

# CONDUCTA SUICIDA EN MUJERES ADULTAS



## FACTORES DE RIESGO



## TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Autora:** Maitane Isazelaia Salamanca

**Directora:** Lidia Grima Ruiz de Angulo

**Curso Académico:** 2016-2017

**Nº Palabras:** 6997

## ÍNDICE

<b>1. Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Marco conceptual y justificación.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Objetivo.....</b>	<b>8</b>
<b>4. Metodología.....</b>	<b>8</b>
<b>5. Resultados y discusión.....</b>	<b>10</b>
5.1 Factores sociodemográficos.....	10
5.2 Factores psiquiátricos.....	11
5.3 Factores de personalidad.....	17
5.4 Factores biológicos.....	18
5.5 Factores vitales estresantes.....	19
<b>6. Conclusiones.....</b>	<b>21</b>
<b>7. Bibliografía.....</b>	<b>23</b>
<b>8. Anexos.....</b>	<b>26</b>
8.1 Anexo 1: Mapa de tasas de suicidio a nivel mundial.....	26
8.2 Anexo 2: Mapa de tasas de suicidio a nivel español en mujeres.....	27
8.3 Anexo 3: Tabla de sinónimos y palabras clave de la búsqueda dirigida al objetivo.....	28
8.4 Anexo 4: Ecuaciones de búsqueda probadas y resultados de la Búsqueda Dirigida al Objetivo.....	29
8.5 Anexo 5: Tabla y guión de Lectura Crítica de estudios de investigación.....	33
8.6 Anexo 6: Tablas resumen de la literatura consultada.....	42
8.7 Anexo 7: Diagrama de flujo.....	48
8.8 Anexo 8: Árbol categorial.....	49

## 1. INTRODUCCIÓN

La conducta suicida se considera uno de los mayores problemas de Salud Pública a nivel mundial, dada su alta tasa de prevalencia y el aumento de su incidencia en la última década. Las publicaciones consultadas sugieren que son las mujeres adultas las que con mayor frecuencia presentan este tipo de ideaciones y comportamientos, pero es necesario determinar con exactitud cuáles son los factores que más inciden en este sexo para poder intervenir precozmente y evitar posibles intentos de suicidio o desenlaces fatales.

Dado que la enfermería juega un papel importante en su manejo y detección, este trabajo pretende dar lugar a una revisión bibliográfica que pueda determinar dichos factores que aumentan el riesgo de que las mujeres adultas presenten conductas suicidas a lo largo de su vida. Los resultados muestran que los factores de personalidad, demográficos, biológicos, los factores vitales estresantes y los psiquiátricos son los que más prevalencia presentan, haciendo especial mención a estos últimos y en concreto al Trastorno Depresivo Mayor.

## 2. MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN

La conducta suicida se define como el conjunto de las ideas y comportamientos que, de manera consciente o inconsciente, se llevan a cabo con el fin de cometer una acción suicida. Es decir, se trata de una conducta conformada por ideaciones, gestos y amenazas que pueden llegar a ser consumadas mediante el intento de suicidio o el mismo acto de suicidarse<sup>1</sup>. Para poder comprender con mayor claridad dicho significado, es necesario definir brevemente los conceptos de “suicidio” e “intento de suicidio”. El primero de ellos, se refiere al hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo de manera intencionada una lesión o una serie de lesiones cuyo acto resultante es la muerte. Mientras que, en el segundo concepto, dicha muerte no llega a producirse, independientemente de que también exista la intención autolítica<sup>1,2</sup>. De cualquier manera, en toda conducta suicida existe previamente una mínima ideación en la que la persona “se representa” su propia muerte, a pesar de que el resultado no sea éste en todos los casos<sup>3,4</sup>.

Respecto al perfil de la población que padece este tipo de conductas, varios estudios demuestran que las tasas de suicidio son mayores en hombres que en mujeres (2.8 hombres por cada mujer a nivel mundial), sobre todo en adultos jóvenes de entorno urbano. Aun así, esto no significa que la conducta suicida sea más prevalente en hombres, sino que en el caso de éstos, tiene más prevalencia el suicidio consumado y en el de las mujeres, en cambio, la ideación y tentativa suicida<sup>2,5,6</sup>. Por lo tanto, parece que son las mujeres adultas las que con mayor frecuencia muestran conductas suicidas, sobre todo con un nivel cultural bajo y en situación de desempleo (generalmente debido a episodios que rompen con la homeostasis psíquica, física, social y espiritual de la persona)<sup>4,6,7</sup>.

El comportamiento suicida se considera un grave problema de Salud Pública a nivel mundial debido a su alta tasa de incidencia, ya que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 10.2 millones de personas en el mundo realizan algún tipo de conducta autolítica que requiere atención médica, y alrededor de 30 millones se encuentran en riesgo de tenerla<sup>2,5</sup>. Con todo ello, se estima que aproximadamente 1 de cada 3 personas presentará ideas suicidas a lo largo del curso de su vida<sup>6,8</sup>. Aun así, existen numerosos obstáculos en el tratamiento y atención continuada de dicho problema, ya que, en la mayoría de los casos mencionados, son los

propios pacientes los que no perciben la necesidad de ser tratados (45%) o piensan que éstos carecen de eficacia (12%), considerando que pueden recuperarse sin ayuda (36%) o que directamente los problemas no son tan graves como para que deban ser tratados por profesionales sanitarios (13%)<sup>2,3</sup>. A pesar de ello, las cifras no muestran lo mismo, y el suicidio es considerado como la decimotercera causa de muerte en el mundo, y la tercera en edades comprendidas entre los 15 y 44 años, causando además la pérdida de 20 millones de años potenciales de vida como consecuencia de la muerte prematura o de la discapacidad que provoca (lesiones, hospitalizaciones, traumas emocionales y mentales, etc)<sup>4,8</sup>. Además, según datos de la OMS, se estima que la tasa de suicidio es de aproximadamente 8 y 15 por cada 100.000 mujeres y hombres respectivamente (Anexo 2), y añade que para el año 2020, se producirá una muerte por suicidio cada 20 segundos, lo que supondrá un total de 1.5 millones de fallecimientos al año a nivel mundial<sup>9,10</sup>.

En la Unión Europea, en concreto, mueren alrededor de 60.000 personas al año por este motivo (4.9 y 20 por cada 100.000 mujeres y hombres, respectivamente), aunque es importante destacar las diferencias que existen entre los distintos países, siendo Escandinavia, Finlandia, Suiza, Alemania, Austria y Europa del Este los que presentan mayores tasas (por encima de 25/100.000 habitantes); a diferencia de Grecia e Italia, que presentan una menor incidencia (por debajo de 5/100.000 habitantes). Se cree que la razón de ello radica en diferencias culturales, debido a que los países nórdicos y de Europa del Este presentan una cultura basada en la supervivencia individual que empuja a que la población deba asumir la presión de hacer frente a las situaciones estresantes de la vida de manera individual, conllevando a que muchas personas puedan sentirse frustradas o con miedo a sufrir el estigma social<sup>2, 6,11</sup>.

En el caso de España, también es considerado uno de los países con las menores tasas de suicidio, correspondiente a 8.7 por cada 100.000 habitantes, y en concreto a 3.28 suicidios por cada 100.000 mujeres (Anexo 2). A pesar de ello, ha sufrido uno de los incrementos más altos en los últimos 15 años, ya que su incidencia ha ascendido alrededor de un 17.2% y desde el año 2008, el suicidio se considera la primera causa de muerte no natural<sup>4,7,8,11</sup>. En cuanto al método utilizado para llevarlo a cabo, según el Instituto Nacional de Estadística, entre los hombres el más común es el de ahorcamiento o defenestración (40% del total), seguido por el de precipitarse desde una altura (14%), mientras que entre las mujeres es justo a la inversa: precipitarse desde una altura (59%

del total) seguido del ahorcamiento (14%)<sup>12</sup>. En cambio, en lo que a las tentativas de suicidio se refiere, se estima que alrededor del 70-80% de éstas se realizan por sobreingesta medicamentosa<sup>6,8</sup>.

Como consecuencia, el impacto económico que causa a nivel mundial es muy elevado, tanto que solo en Estados Unidos el coste del suicidio consumado asciende a 111 mil millones de dólares frente a los 48 mil millones que corresponden a la depresión. Además, según el indicador D.A.I.L.Y. (*Disability Adjusted Life Years*), el cual mide el impacto sobre la sociedad, el suicidio se asocia con más del 2% del total del impacto de las patologías mundiales, lo que equivaldría al coste que suponen la guerra y los homicidios, y al doble de la Diabetes Mellitus. Por lo tanto, la conducta suicida origina una gran cantidad de costes sociales y económicos, todos ellos debido a las disfunciones sociales, la utilización de recursos sanitarios y la discapacidad que genera<sup>7,10</sup>.

Dada la magnitud y la gravedad descrita, el Ministerio de Sanidad, Relaciones Sociales e Igualdad de España implementó una nueva Estrategia Nacional de Salud Mental el 8 de octubre del 2015, abordando la lucha contra el suicidio como una de las principales líneas estratégicas. El objetivo principal de ésta es disminuir la conducta suicida mediante la prevención y detección precoz, incidiendo, entre otros aspectos, en la atención e intervención con el núcleo familiar, la mejora de los sistemas de información, la autonomía y los derechos del paciente o la colaboración de las instituciones<sup>8,13</sup>. Por otro lado, la Asociación Americana de Psiquiatría ha realizado ciertas modificaciones en su quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), con el fin de detectar y diagnosticar con mayor facilidad la conducta suicida, incluyendo el término de autolesión no suicida (es decir, diferenciándolo del intento de suicidio y suicidio consumado)<sup>13</sup>.

En lo referente a los factores de riesgo que intervienen en la conducta suicida, cabe destacar que generalmente se clasifican en 2 grupos: los inmodificables y los modificables. Respecto a los primeros, son los que se relacionan con la propia persona y el entorno social al que ésta pertenece, como la heredabilidad, el sexo, la edad, el estado civil, situación laboral, apoyo social y la conducta suicida previa. Los factores modificables, en cambio, son aquellos que se relacionan con la situación clínica y vital de la persona: trastornos mentales (como por ejemplo los trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de personalidad, etc), salud física y

dimensión psicológica<sup>4,7,9</sup>. Dentro de estos factores modificables y concretamente en los trastornos mentales, la mayoría de las publicaciones y estudios consultados muestran una relación muy estrecha entre la conducta suicida y el Trastorno Depresivo Mayor, conocido como un síndrome persistente en el tiempo que genera en la persona que lo padece una afectación global de la esfera psíquica y en concreto de la afectiva (tristeza patológica, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar, etc). Tanto es así que alrededor del 15% de los pacientes que padecen Depresión Mayor terminan su vida por suicidio, dado que el riesgo de suicidio consumado es 20 veces mayor que en el de la población en general<sup>4,6</sup>. Además, muchos estudios indican que cuanto mayor sea el dolor psíquico que sufra la persona, más elevada es la aparición de ideas y conductas suicidas junto con la intensidad y frecuencia de éstas<sup>14,15</sup>.

En referencia a los principios legales y éticos que rigen nuestra profesión enfermera, la detección precoz de las mujeres con conducta suicida supone actuar de manera inmediata con el fin de salvaguardar el derecho a la protección de la vida, ya que la no actuación podría suponer cometer una *mala praxis* en la que se vulnera el principio de justicia. Por otro lado, podrían surgir conflictos éticos en los que se ponen en contraposición el principio de autonomía del paciente y el principio de beneficencia. Aunque bien es sabido que toda persona tiene derecho a decidir libremente sobre su proceso de salud, pueden darse momentos en los que su autonomía para tomar decisiones pueda estar afectada o limitada por los factores anteriormente mencionados, por lo que en estos casos debemos actuar bajo el principio de beneficencia y a su vez el de no-maleficencia, ayudando al paciente a luchar contra el dolor psíquico que pueda estar sufriendo y evitando que pueda llegar a cometer un atentado contra su persona a causa de ello.

Con todo ello, teniendo en cuenta que las mujeres adultas son las que con mayor frecuencia adoptan este tipo de comportamientos, considero que es importante realizar una revisión crítica de la literatura para poder determinar cuáles son los factores de riesgo que más concretamente se asocian a éstas.

### 3. OBJETIVO

Identificar y evaluar los factores de riesgo que inciden en la conducta suicida en mujeres adultas.

### 4. METODOLOGÍA

Con el fin de dar respuesta al objetivo propuesto, se ha realizado un diseño cercano a una revisión crítica de la literatura. A pesar de su cercanía, no se ha podido desarrollar en su totalidad debido a que se trata de un ejercicio docente limitado en el tiempo, en el cual no existen intereses lucrativos ni de ningún otro aspecto.

Para poder comenzar con el proceso de búsqueda dirigido al objetivo del trabajo, primero se definieron una serie de criterios de inclusión y exclusión:

#### **Criterios de inclusión:**

- Tipo de publicación: Artículos publicados en revistas científicas y artículos de investigación con acceso a resumen y texto completo, estudios descriptivos y experimentales, revisiones sistemáticas y revisiones críticas de la literatura, guías de práctica clínica, libros.
- Tipo de pacientes: Mujeres adultas de entre 18 y 64 años.
- Idioma de publicación: Castellano e inglés.
- Tiempo: Artículos desde hace 10 años hasta la actualidad, es decir, del 2006 al 2017.

#### **Criterios de exclusión:**

- Tipo de publicación: Artículos sin acceso a texto completo o de pago, conferencias y pósteres, cartas a editoriales, artículos de opinión, estudios piloto.

Una vez establecidos dichos criterios, se procedió a elaborar una tabla de palabras clave relacionadas con el objetivo del trabajo, obteniendo sinónimos de éstas y sus correspondientes traducciones al inglés, con el fin de traducirlas después a un lenguaje controlado y utilizar los descriptores para llevar a cabo la búsqueda avanzada en la base de datos (Anexo 3).



Posteriormente, se llevó a cabo una búsqueda avanzada en diferentes bases de datos electrónicas mediante la elaboración de una serie de ecuaciones de búsqueda relacionadas con el objetivo del tema (Anexo 4). Para ello, se pudo acceder a estas bases de datos a través de las plataformas virtuales *My Athens* y con el programa Cisco facilitado por la UPV. Se consultaron fuentes de datos tales como Medline, CINAHL, Cuiden, Psycinfo y Cochrane, y también se llevó a cabo un proceso de búsqueda manual en ScienceDirect; con el fin de seleccionar los artículos que más se ajustaban al tema, objetivo y criterios de inclusión del trabajo a realizar. De la bibliografía encontrada, se realizó un proceso de selección crítica mediante la lectura del título y resumen de los artículos y después a través de la lectura del artículo completo, haciendo uso de las parrillas de lectura crítica para analizar la calidad de los estudios cuantitativos seleccionados (Anexo 5.1 y 5.2). Finalmente, el número total que compone la muestra final de la revisión de es 16 artículos, los cuales están resumidos en las tablas de resumen de la literatura consultada (Anexo 6).

Para llegar a este proceso de selección, primeramente se identificaron un total de 280 artículos tras la búsqueda en las diferentes bases de datos y búsquedas manuales para revisarlos por título y resumen. Después, tras revisarlos siguiendo una serie de condiciones o aspectos indicadores, se excluyeron 219 publicaciones, obteniendo una suma de 61 artículos para lectura de texto completo (52 provenientes de búsquedas de bases de datos y 9 de búsquedas manuales). Una vez analizados e interpretados, 45 estudios fueron excluidos por diferentes criterios, dando lugar a una muestra final de 16 artículos con los cuales se elaboraron los apartados de resultados y conclusión del presente trabajo. Dicho proceso queda reflejado mediante la realización del Diagrama de Flujo (Anexo 7).

## 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras el análisis e interpretación de los 16 artículos escogidos y con el fin de dar respuesta al objetivo de este trabajo, los factores de riesgo que más inciden en la conducta suicida en mujeres adultas se han agrupado dependiendo de la etiología de éstos, y se han representado mediante un Árbol Categorial (Anexo 8). Dichos factores pueden dividirse en: Sociodemográficos, psiquiátricos, de personalidad, biológicos y factores vitales estresantes<sup>16</sup>.

### 5.1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

En general, la mayoría de los artículos coinciden en que son las mujeres de raza caucásica ( $p < 0.01$ )<sup>17</sup> las que presentan mayores probabilidades de adoptar una conducta suicida a lo largo de su vida, basada en ideaciones suicidas y posibles intentos de suicidio, pero sin tendencia al acto consumado (ya que éste último es más prevalente en el sexo masculino)<sup>16,18-22</sup>.

En cuanto a la edad, los resultados evidencian que la edad adulta es el rango en el que el sexo femenino presenta más suicidabilidad, concretamente las adultas jóvenes<sup>16,20,21,23,24</sup>. Aun así, a la hora de determinar la edad media, varios estudios difieren entre sí: Según el estudio ESEMED (Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales) llevado a cabo en 6 países europeos y con una muestra de 8.796 personas, la edad media fue de 47 años<sup>19</sup>, mientras que en un estudio americano con 3.020 mujeres realizado por Bentley KH et al.<sup>17</sup>, se demostró una prevalencia estadísticamente significativa en las edades comprendidas entre los 37 y 43 años ( $p < 0.01$ ), al igual que en un estudio prospectivo americano llevado a cabo por Oquendo MA et al.<sup>24</sup> ( $n=314$ ). Con todo ello, en un estudio de cohortes suizo publicado por Crump C et al.<sup>23</sup> con una muestra de 7.140.589 personas en el que se realizó un seguimiento de 8 años, se determinó que el rango de edad que presentaba mayores tasas de comportamientos suicidas abarcaba desde los 35 hasta los 64 años ( $p < 0.001$ ), lo cual apoya los diferentes datos aportados en los artículos anteriores<sup>16,17,19-21,24</sup>.

En lo referente al estado conyugal y lugar de residencia, tanto el estudio ESEMED<sup>19</sup> como la mayoría de la bibliografía consultada demostró que la prevalencia más alta corresponde a aquellas mujeres solteras, divorciadas o viudas que viven en áreas

urbanas (aproximadamente el 77.2% de los casos analizados)<sup>16,20,21,25</sup>. Además, en el estudio de Crump C et al.<sup>23</sup>, se obtuvieron datos estadísticamente significativos de ello ( $p < 0.001$ ).

En relación al nivel de educación y situación laboral, se observa mayor suicidabilidad cuando el nivel educativo es bajo y/o se encuentran en situación de desempleo<sup>21,24</sup>, tal y como se indica en la revisión sistemática de la literatura internacional llevada a cabo por Nock MK et al.<sup>16</sup> y en un estudio de casos y controles con pacientes que presentaban conducta suicida ( $n=54$ ), en el cual se observaba que alrededor del 50% de las mujeres cumplían con dichos aspectos demográficos<sup>20</sup>. Estos mismos datos también fueron estadísticamente significativos en el estudio de cohortes suizo ( $p < 0.001$ )<sup>23</sup>. Aun así, en un estudio nacional de casos y controles elaborado por Baca García E et al.<sup>25</sup> ( $n=782$ ), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al nivel educativo y la situación laboral.

## **5.2 FACTORES PSIQUIÁTRICOS**

La mayoría de las investigaciones sugieren que se trata del grupo de factores de riesgo más severo y prevalente de las conductas suicidas en las mujeres adultas: según la revisión sistemática de Nock MK et al.<sup>16</sup>, las autopsias revelaron que alrededor del 90-95% de las personas que se suicidaron presentaban alguna enfermedad psiquiátrica, al igual que en la revisión sistemática de Schrijvers DL et al.<sup>18</sup>, el cual indica que existe una clara asociación entre el suicidio y la psicopatología tras observar que el 87.3% de las personas que cometieron un acto suicida presentaban un diagnóstico psiquiátrico previo a su muerte. Con todo ello, el estudio ESEMED determinó que el factor más importante de la suicidalidad en la mujer fue el de sufrir un trastorno mental<sup>19</sup>, y el estudio de cohortes realizado en Suiza demostró que la prevalencia de la enfermedad psiquiátrica era del 56.3% en el caso de las mujeres que se suicidaron, siendo un dato estadísticamente significativo el de que los trastornos psiquiátricos estaban más presentes en aquellas con conducta suicida en comparación con el resto de la población estudiada ( $p < 0.001$ )<sup>23</sup>.

Dentro de estos factores psiquiátricos, las investigaciones recogen aquellos trastornos que con mayor frecuencia inciden significativamente en el comportamiento suicida del sexo femenino, entre los que destacan:

### **5.2.1. Trastorno Depresivo Mayor (TDM)**

Según la evidencia disponible, las mujeres con diagnóstico de TDM tienen mayores probabilidades de presentar ideaciones, intentos y actos suicidas a lo largo del ciclo de su vida<sup>16,17,21,22,25</sup>. Atendiendo a los datos obtenidos del estudio realizado por Schrijvers DL et al.<sup>18</sup>, la prevalencia del TDM sugiere una estrecha asociación con la conducta suicida en las mujeres, correspondiendo a que alrededor de un 5-10% de éstas la presentaba; y en el estudio ESEMED, también pudo objetivarse un 28% de riesgo atribuible de los intentos suicidas, siendo uno de los factores más relevantes a la hora de determinar el progreso de la ideación autolítica al intento de suicidio<sup>19</sup>.

Por otro lado, el estudio de Crump C et al.<sup>23</sup> pudo mostrar que el trastorno mental más frecuente de las mujeres fallecidas por suicidio fue el de la depresión, el cual estaba presente en un 31.9% de todas ellas. En el estudio de casos y controles realizado por Sarmiento Falcón Z et al.<sup>20</sup> con una muestra de 54 integrantes con conducta suicida, la depresión obtuvo una relación de causalidad estadísticamente significativa, aumentando las probabilidades de intento de suicidio 14.15 veces más ( $p < 0.0002$ ).

Con todo ello, Cogle JR et al.<sup>26</sup> evidenciaron mediante el estudio NWS (National Women's Study) llevado a cabo con una población de 3.085 mujeres americanas que el TDM muestra una relación estadísticamente significativa con las ideaciones suicidas ( $p < 0.001$ ), de la misma manera que Smith PN et al.<sup>27</sup> objetivaron graves síntomas depresivos en su estudio con una muestra de 106 mujeres con dicha nacionalidad ( $p = 0.022$ ). Otras investigaciones llevadas a cabo en mujeres con ideación autolítica, como las de Oquendo MA et al.<sup>24</sup> ( $n = 184$ ), Mandelli L et al.<sup>28</sup> ( $n = 415$ ) y Nickel MK et al.<sup>29</sup> ( $n = 152$ ), también determinaron que el riesgo de presentar conductas suicidas era estadísticamente significativo en presencia de un diagnóstico de TDM, obteniendo en todos estos estudios un valor de  $p < 0.001$ .

### **5.2.2. Trastorno Límite de Personalidad (TLP)**

Varios artículos demuestran la posibilidad de que este tipo de trastorno psiquiátrico esté asociado a la conducta suicida en mujeres<sup>16,21,25</sup>. Según una revisión sistemática de Schrijvers DL et al.<sup>18</sup>, es posible observar una íntima relación entre el TLP y la suicidalidad en mujeres, aumentando en un 5-10% el riesgo de presentar conducta e intentos de suicidio en éstas. Con ello, el estudio internacional BRIDGE-II-Mix llevado a cabo en 2.811 personas demostró que este trastorno mental es un factor de riesgo estadísticamente significativo de la conducta suicida ( $p < 0.001$ )<sup>22</sup>. De la misma forma, Oquendo MA et al.<sup>24</sup> analizaron la incidencia de suicidalidad en mujeres con diagnóstico de TLP, obteniendo a su vez datos estadísticamente significativos ( $p = 0.02$ ) que indicaban su relación de causalidad.

### **5.2.3. Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT)**

En vista de los resultados del estudio ESEMED, el TEPT se consideró un determinante importante del comportamiento suicida en el sexo femenino<sup>19</sup>, tal y como se muestra en el estudio prospectivo francés de Monnin J et al.<sup>21</sup> ( $n = 273$ ), en el que se observó la presencia de esta enfermedad psiquiátrica en el 17.2% de los pacientes que habían ingresado por intento de suicidio durante los 2 años de estudio. A su vez, en el estudio NWS ( $n = 3.085$ ), el TEPT mostró una relación estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ) y se consideró un factor de riesgo de las ideaciones suicidas a lo largo de la vida en el sexo femenino, lo que induce a tenerlo en cuenta como factor predictivo de este tipo de conductas junto a otros trastornos mentales<sup>26</sup>, al igual que se objetivó también en el meta-análisis de Bentley KH et al.<sup>30</sup> tras la revisión de 65 artículos.

En una investigación en la que los autores Rojas SM et al.<sup>17</sup> estudiaron la suicidalidad en 3.020 mujeres americanas con diagnóstico de TEPT, concluyeron que aproximadamente el 19% de la muestra analizada presentaba la posibilidad de tener ideaciones autolíticas a lo largo de la vida ( $p < 0.01$ ).

#### **5.2.4. Antecedentes de intentos de suicidio**

Tras analizar los resultados del estudio de Sarmiento Falcón Z et al.<sup>20</sup>, el antecedente de intento de suicidio se mostró en el 18.5% del grupo de estudio, demostrando una asociación causal debido a que estas personas poseen 43.75 veces más probabilidades de presentar una conducta suicida que las personas sin antecedentes previos ( $p < 0.0001$ ). En la investigación llevada a cabo por Monnin J et al.<sup>21</sup> en pacientes ingresados por intentos autolíticos, fue posible determinar que el factor correspondiente al número de intentos previos es estadísticamente significativo ( $p < 0.0001$ ) y está íntimamente ligado con mantener una conducta suicida a lo largo de toda la vida en las mujeres. Concretamente, se demostró que cuanto más número de intentos de suicidio previos presenta una mujer, el riesgo de volver a cometerlo en los dos próximos años aumentaba exponencialmente ( $p < 0.0001$ ), al igual que se pudo objetivar en la investigación de Oquendo MA et al.<sup>24</sup>: cada intento previo de suicidio aumenta aproximadamente en un 30% el riesgo de un intento futuro.

A su vez, ciertas publicaciones como las del estudio BRIDGE-II-Mix<sup>22</sup>, Baca García E et al.<sup>25</sup> y Nickel MK et al.<sup>29</sup>, demostraron una causalidad estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ) entre los antecedentes de suicidio y el comportamiento suicida, basada en la presencia de nuevos intentos autolíticos en las personas sometidas a estudio.

#### **5.2.5. Trastorno de Ansiedad**

Según el estudio ESEMED, aproximadamente un 4% de las personas con intentos suicidas presentaban el diagnóstico de trastorno de ansiedad, lo cual indica que esta enfermedad aumentaba la prevalencia de la conducta suicida<sup>19</sup>, dato que también pudo observarse en la investigación llevada a cabo por Monnin J et al.<sup>21</sup>, al determinar que el trastorno psiquiátrico más prevalente de los pacientes que habían ingresado por intento de suicidio en el Servicio de Urgencias era el trastorno de ansiedad, correspondiente concretamente al 58.9% de la muestra estudiada ( $p < 0.0001$ ). Además, si se observan los resultados obtenidos del estudio de Mandelli L et al.<sup>28</sup>, es posible destacar que las mujeres con ideaciones suicidas presentan tasas significativamente más altas ( $p < 0.001$ ) de este tipo de trastorno que aquellas mujeres sin pensamientos autolíticos.

En el meta-análisis elaborado por Bentley KH et al.<sup>30</sup>, tras la revisión se pudo concluir que se trata de un factor de riesgo estadísticamente significativo de las ideaciones suicidas y los intentos de suicidio (ambos  $p < 0.001$ ), pero no en cambio para del acto consumado.

### **5.2.6 Abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas**

Existen numerosas publicaciones que destacan la alta tasa de incidencia entre el abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas y la posibilidad de presentar una conducta suicida en mujeres adultas<sup>16,18</sup>. El estudio ESEMED reveló que la dependencia al alcohol podría aumentar en un 30% las ideaciones y en un 10% los intentos de suicidio, considerándolo como uno de los factores más prevalentes<sup>19</sup>. Por otro lado, según Monnin J et al.<sup>21</sup>, el abuso de sustancias fue el tercer factor más prevalente después del trastorno de ansiedad y el TDM, con una presencia del 27% de los pacientes que se encontraban ingresados por intento de suicidio ( $p < 0.001$ ). En el mismo estudio, ser fumador se relacionó significativamente con el riesgo de volver a presentar un intento autolítico en los dos próximos años, correspondiente a un 72% de riesgo atribuible ( $p = 0.011$ ).

Con todo ello, el estudio NWS demostró que el abuso o la dependencia al alcohol presentaba una relación estadísticamente significativa con la suicidalidad de las mujeres ( $p = 0.002$ ), considerándolo como un factor psiquiátrico de riesgo para ello<sup>26</sup>; y el estudio BRIDGE-II-Mix también analizó este trastorno como posible factor clave en la detección de estas conductas, mostrando una causalidad estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ )<sup>22</sup>.

### **5.2.8. Comorbilidad de Trastornos Psiquiátricos**

La gran mayoría de las publicaciones y artículos coinciden en que la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos acentúan más el riesgo de padecer una conducta suicida en las mujeres adultas que cuando dichos trastornos se presentan de manera individual<sup>16,18-20,23,27</sup>.

En el estudio prospectivo realizado por Monnin J et al.<sup>21</sup>, se observó que el riesgo de presentar intentos autolíticos en las mujeres aumentaba cuando los trastornos más

prevalentes anteriormente mencionados se daban en comorbilidad: TDM junto con trastorno de ansiedad (31.2%); TDM, trastorno de ansiedad y abuso de sustancias (16.2%), TLP y de ansiedad (10.7%); y finalmente TLP, trastorno de ansiedad y abuso de sustancias (5.5%). Junto con ello, también se observó que aquellas pacientes que presentaban antecedentes previos de suicidio presentaban a su vez mayor prevalencia de otras enfermedades mentales que las mujeres sin antecedentes previos: TEPT (24.5% vs 9.4%) ( $p=0.003$ ) y TLP (14.3% vs 2.9%) ( $p=0.004$ ). Finalmente, se pudo determinar que el número de comorbilidades presenta una relación estadísticamente significativa con la conducta suicida en el sexo femenino ( $p=0.033$ ).

Según el estudio NWS, el análisis de los intentos de suicidio indicó que aunque el TDM, el TEPT y el abuso de sustancias sean factores psiquiátricos estadísticamente significativos de la conducta suicida en mujeres, las tasas son aún más altas cuando alguno de éstos se da en comorbilidad con otro de ellos ( $p<0.001$ )<sup>26</sup>. En el estudio BRIDGE-II-Mix, a su vez, pudo objetivarse que el hecho de padecer un TDM junto con otras enfermedades psiquiátricas como el TLP o la dependencia a sustancias, se asoció significativamente a la presencia de historia de intentos de suicidios previos y sobre todo en un futuro ( $p<0.001$ )<sup>22</sup>.

Baca García E et al.<sup>25</sup> manifiestan en su estudio que los pacientes con trastorno ansioso-depresivo presentaron una mayor proporción de historia de abuso de sustancias ( $p=0.011$ ), TLP ( $p<0.001$ ) e historia de intentos de suicidio ( $p<0.001$ ), sobre todo en comorbilidad, pudiendo deducir que la comorbilidad de los diagnósticos de TDM y ansiedad es uno de los factores de riesgo más severos y prevalentes de la conducta suicida ( $p<0.001$ ), explicando cómo los trastornos de ansiedad pueden potenciar la tendencia suicida en personas diagnosticadas de TDM, al aumentar su ideación suicida.

En el estudio prospectivo de Oquendo MA et al.<sup>24</sup>, las mujeres con diagnóstico de TDM y con antecedentes de intento de suicidio presentaron 6 veces más probabilidades de cometer futuros actos suicidas que aquellas que no habían realizado ninguno ( $p<0.001$ ) y en la investigación de Mandelli L et al.<sup>28</sup> un 44.3% de ellas presentaba algún trastorno como el TDM o el TLP junto con el diagnóstico de trastorno de ansiedad en comorbilidad.

Además de lo ya mencionado, otros estudios como el de Rojas SM et al.<sup>17</sup> también informaron sobre la relevancia de presentar ciertos trastornos mentales en comorbilidad



a la hora de determinar un comportamiento suicida en las mujeres. En éste se comentó que el diagnóstico de TDM junto con el de TEPT estaba presente en un 52.6% de la muestra de estudio ( $p < 0.01$ ), y se observó que cuanto mayor era la duración en el tiempo de la dependencia al alcohol en mujeres con TDM, mayor era la posibilidad de presentar ideaciones autolíticas a lo largo de la vida ( $p < 0.05$ ).

### **5.3 FACTORES DE PERSONALIDAD:**

Tras el análisis de los artículos llevados a cabo, las revisiones críticas elaboradas por Nock MK et al.<sup>16</sup> y Schrijvers DL et al.<sup>18</sup> y el estudio prospectivo de Nickel MK et al.<sup>29</sup> coinciden en que la desesperanza, la anhedonia (ambos síntomas del TDM), la impulsividad y una alta reactividad emocional (ambos síntomas del TLP) son los rasgos más prevalentes en las mujeres que presentan conductas suicidas. En el estudio de casos y controles que se realizó de pacientes con comportamiento suicida, la desesperanza y la culpa están presentes en un 31.5% del grupo estudio, mientras que solo se encuentran en un 13% del grupo control (que no presentaba conducta suicida), lo cual sugiere que la asociación de tipo causal es estadísticamente significativa, aumentando 70.43 veces más las posibilidades de realizar un intento futuro (riesgo atribuible de 98.5%,  $p < 0.0001$ ). Además, todos los participantes del grupo de caso sintieron impulsos emocionales en algún momento en respuesta a agresiones psicológicas y/o ambientales, demostrando que el rasgo de la impulsividad también presenta una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.0001$ ). Con todo ello, en este mismo estudio se pudo observar que una persona hostil (rasgo típico del TLP) presenta 10.77 veces más probabilidad de llevar a cabo un intento suicida en comparación con una persona que no presenta esta característica, convirtiéndolo en estadísticamente significativo para detectar una posible conducta suicida ( $p < 0.0001$ )<sup>20</sup>.

Monnin J et al.<sup>21</sup> y Baca García E et al.<sup>25</sup> también mencionaron en sus artículos que la impulsividad sugiere una relación directa con las ideaciones y el intento de suicidio en las mujeres ( $p = 0.019$  y  $p < 0.001$  respectivamente), de la misma manera que en el estudio BRIDGE-II-Mix publicó que la impulsividad puede facilitar la transición de los pensamientos autolíticos a la intencionalidad suicida en las mujeres y por lo tanto es un factor importante de este comportamiento, junto con otros síntomas frecuentes que se detectaron en las pacientes diagnosticadas de TDM: Humor irritable (40.3%), labilidad

emocional (36.3%), distracción (29.3%), agitación psicomotora (23.6%), todas ellas con un valor de  $p < 0.001$ <sup>22</sup>.

En el estudio prospectivo llevado a cabo por Oquendo MA et al.<sup>24</sup>, el cual tenía una muestra de 184 mujeres con diagnóstico de TDM, se pudo determinar que algunos de sus rasgos de personalidad también podrían ser causa de presentar conductas suicidas, tales como la anhedonia ( $p < 0.001$ ) y la hostilidad ( $p = 0.03$ ), los cuales aumentarían aún más el riesgo que solo con la presencia del diagnóstico de TDM.

#### **5.4 FACTORES BIOLÓGICOS**

En cuanto a los factores biológicos, en general destacan los siguientes: historia familiar de suicidios o heredabilidad, las enfermedades somáticas y la alteración de los niveles de serotonina y cortisol<sup>16,18,21,23,25,31</sup>.

En la revisión sistemática de la literatura publicada por Nock MK et al.<sup>16</sup>, los autores manifestaron que la heredabilidad, es decir, la historia familiar de suicidios previos, presenta evidencia significativa en la transmisión de la conducta suicida a sus descendientes. Tras analizar los artículos recogidos en dicha revisión, este factor se relacionó con problemas en el funcionamiento del neurotransmisor de la serotonina tras objetivar que las personas que se habían suicidado presentaban lo siguiente: niveles más bajos de metabolitos de serotonina en su LCR, mayores niveles del receptor de la serotonina en las plaquetas y menos transportadores presinápticos y más receptores postsinápticos de serotonina en el córtex prefrontal. Estos datos aportados suponen que las personas que habían cometido el acto del suicidio presentaban déficits en la habilidad de inhibir el comportamiento impulsivo, lo cual, como ya se ha mencionado anteriormente, sugiere una relación de tipo causal estadísticamente significativa.

En relación con la heredabilidad, las investigaciones de Monnin J et al.<sup>21</sup> y Baca García E et al.<sup>25</sup> también mostraron la prevalencia de este factor en la conducta suicida. En el primer estudio, en una muestra de 273 personas que habían ingresado en la Unidad de Urgencias por intento de suicidio se observó que el 41% de éstas presentaban antecedentes familiares de intentos de suicidio y suicidio consumado<sup>21</sup>; mientras que en el segundo estudio, las mujeres diagnosticadas de trastornos de ansiedad y TDM con historia de intentos de suicidio ( $n = 507$ ) mostraron una prevalencia más alta de historia

de antecedentes familiares que aquellas que no habían realizado ningún intento autolítico (correspondiente a un 74% y un 25% respectivamente, con un valor de  $p=0.02$ )<sup>25</sup>.

En lo referente a las enfermedades somáticas, en el estudio de cohortes suizo se obtuvieron cifras estadísticamente significativas que relacionaban algunas enfermedades con la conducta suicida, entre ellas: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica ( $p<0.001$ ), seguida de los trastornos de la espina dorsal ( $p<0.001$ ) y el asma ( $p=0.002$ ). Otras enfermedades como el cáncer, la Diabetes Mellitus, el Accidente Cerebro-Vascular y el Infarto Agudo de Miocardio fueron estadísticamente menos prevalentes (todas  $p<0.01$ )<sup>23</sup>.

Finalmente, en el meta-análisis de O'Connor DB et al.<sup>31</sup> que recogía 27 estudios y un total de 2,269 participantes, se observó que las personas menores de 40 años que habían intentado suicidarse presentaban mayores niveles de cortisol que los que no lo habían intentado, y que en el caso de los participantes mayores de 40 años, ocurría justo lo contrario: aquellos que presentaban antecedentes de suicidio tenían menores niveles de cortisol que los que no lo habían hecho. Con estos datos, el nivel alto de cortisol se asoció a una mayor intencionalidad suicida en los sujetos menores de 40 años ( $p<0.001$ ), y el nivel de cortisol bajo a una mayor intencionalidad en los mayores de 40 ( $p<0.001$ ). Las diferencias fueron estadísticamente significativas e indicaron que la actividad del eje Hipotalámico-Hipofisiario-Adrenal (HPA) se asocia con el intento de suicidio.

## **5.5 FACTORES VITALES ESTRESANTES**

Tal y como se explica en el artículo de Nock MK et al.<sup>16</sup>, son aquellos que actúan como cofactores unidos a algunos de los mencionados anteriormente, aumentando el riesgo de conducta suicida. Los comportamientos suicidas suelen estar precedidos por eventos estresantes tales como los conflictos familiares y/o románticos, la presencia de problemas legales y/o disciplinarios o el abuso sexual en la infancia. Con todo ello, la revisión sistemática realizada por Schrijvers DL et al.<sup>18</sup> añade que los abusos sexuales en la infancia han demostrado ser un gran impacto a la hora de que las mujeres presenten conductas suicidas en la edad adulta, sobre todo cuando ocurren en

comorbilidad con el TDM y la desesperanza, observando que pueden llegar a incrementar hasta 3 veces más el riesgo de padecer estos comportamientos que en el caso de las mujeres sin antecedentes de abuso infantil. Este dato fue también estadísticamente significativo en el artículo de Baca García E et al.<sup>25</sup> ( $p < 0.01$ ), así como en otras investigaciones<sup>27-29</sup>.

Por otro lado, el estudio de Sarmiento Falcón Z et al.<sup>20</sup>, demostró que la falta de apoyo familiar se considera un factor de riesgo estadísticamente significativo, al estar presente en un 24.1% de los participantes ( $p < 0.001$ ). De esta misma manera, la investigación de Mandelli L et al.<sup>28</sup> sugirieron que las mujeres diagnosticadas de TDM con una red de apoyo social deficiente y expuestas a eventos estresantes a lo largo de la vida presentan una probabilidad significativa de padecer comportamientos suicidas ( $p < 0.001$ ).

Según el meta-análisis de O'Connor DB et al.<sup>31</sup>, los niveles de cortisol afectan significativamente a la conducta suicida, al observar que el eje HPA se activa repetidamente en situaciones de estrés y puede presentar alteraciones si las demandas son muy altas. Esto indica que es probable que los menores de 40 años que hayan estado expuestos a eventos vitales estresantes continúen exhibiendo una respuesta adaptativa al estrés a corto y mediano plazo, liberando altos niveles de cortisol en respuesta al entorno adverso. Por el contrario, las personas mayores de 40 años que hayan estado expuestas a eventos estresantes más sostenido y largo, su eje HPA puede haberse alterado conduciendo a una menor secreción de cortisol. En definitiva, esto explicaría por qué las personas menores de 40 años que se suicidaron presentaban altos niveles de cortisol y las mayores de 40 años, en cambio, bajos niveles.

## 6. CONCLUSIONES

En vista de los resultados de la bibliografía obtenida, ha sido posible detectar aquellos factores y cofactores que actúan e inciden en la conducta suicida en mujeres adultas. De esta manera, se ha conseguido determinar las causas que pueden llevar a que una mujer presente ideaciones y comportamientos suicidas a lo largo de su vida, lo cual puede servir como una herramienta eficaz para detectarlos precozmente e intervenir con el fin de evitar desenlaces fatales.

Mediante la revisión llevada a cabo, se ha podido observar que los factores de riesgo más relevantes son: los sociodemográficos, psiquiátricos, de personalidad, biológicos, y los factores vitales estresantes. Aun así, se debe tener en cuenta que algunos de los factores mencionados no son posibles de modificar (como por ejemplo los sociodemográficos, los hereditarios, los antecedentes de abuso sexual infantil), por lo que únicamente son útiles para orientarnos como profesionales sanitarios a identificar dichas conductas de riesgo. En cuanto a los demás factores, además de servirnos como indicativos, también es posible intervenir sobre ellos e interrumpir su actuación sobre las mujeres afectadas.

Con todo ello, me gustaría que este trabajo sirviera para hacer hincapié en la relación existente entre la conducta suicida y las enfermedades psiquiátricas en el sexo femenino, en especial el TDM, sobre todo en comorbilidad con otros factores (y más aún si pertenecen a la esfera psíquica). Tal y como muestran la mayoría de las publicaciones, las mujeres diagnosticadas de TDM presentan comportamientos e ideas autolíticas que en muchas ocasiones terminan en intentos de suicidios o suicidios consumados, por lo que se trata de un indicador principal que debe de servir de alerta en cualquiera de los ámbitos sanitarios.

Dándole un enfoque enfermero, creo que sería posible llevarlo a cabo mediante los profesionales de enfermería que se encuentran en las consultas de Atención Primaria, así como en las Consultas Externas de Salud Mental en el caso de personas con antecedentes psiquiátricos, ya que mantienen un contacto directo y cercano con sus pacientes y pueden servir como herramienta en la prevención primaria y manejo de dichas conductas. A su vez, también es factible mediante los profesionales de enfermería que desempeñan su labor en las unidades de Urgencias Generales y Psiquiátricas, las cuales pueden ser el primer eslabón a la hora de dar la voz de alarma.

Gracias al conocimiento de dichos factores de riesgo, es posible llevar a cabo la identificación y valoración de las conductas suicidas mediante la revisión de la Historia Clínica y la exploración general y/o psicopatológica de las mujeres que se encuentren en las áreas sanitarias mencionadas anteriormente.

Finalmente, quiero mencionar que el trabajo presenta numerosas limitaciones debido a que se trata de un ámbito poco investigado, ya que en general los estudios incluyen únicamente a hombres y tratan el suicidio, en lugar de todos los aspectos que incluye la conducta suicida. Además, el proceso de búsqueda de la literatura ha sido especialmente dificultoso, sobre todo teniendo en cuenta que solo podía acceder a artículos a texto completo gratuitos y que la mayoría de éstos eran de tipo descriptivo, con apenas publicaciones con diseños experimentales. Por ello, gran parte de la bibliografía consultada sugiere aumentar las líneas de investigaciones futuras con el fin de obtener resultados más exactos y extrapolables, sobre todo en la población femenina.

Desde mi punto de vista, es muy importante continuar investigando en este ámbito de forma que los conocimientos de los profesionales de enfermería puedan aumentar. Además, todo ello facilitaría que el cuidado enfermero se centrara en promover los principios legales y éticos, atendiendo a las necesidades que presentan las mujeres que padecen las conductas suicidas. Es decir, respetando, por un lado, el derecho a la autonomía del paciente al hacerlas conscientes y partícipes de su propio proceso de salud, y por otro lado, salvaguardando los principios de beneficencia y no-maleficencia al tratar de comprender y evitar el sufrimiento psíquico que puedan estar sufriendo y sobre todo posibles consecuencias fatales que vulneren el derecho a la vida.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Mansilla Izquierdo F. Suicidio y Prevención. *InterSalud*. 2010; 1: p. 6-17
2. García de Jalón E, Peralta V. Suicidio y Riesgo de Suicidio. *ANALES Sis San Navarra*. 2002; 25(3): p. 87-96
3. Chesin M, Stanley B. Evaluación del riesgo e intervenciones psicosociales para pacientes suicidas. *Revista de Toxicomanía*. 2015; 1: p. 22-32
4. Giner J, Medina A, Giner L. Aspectos socioculturales del suicidio: Medidas preventivas y crisis económica. *Encuentros en Psiquiatría*. 2014; 1: p. 11-105
5. Ruiz Pérez I, Orly de Labry Lima A. El suicidio en la España de hoy. *Gac Sanit*. 2006; 20(1): p. 25-31
6. Soler Insa PA, Gascón Barrachina J. Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales. *RTM-III*. 2009; 7(3): p. 2-17
7. Lopez-Castroman J, Mendez-Bustos P, Perez-Fominaya M, Villoria Borrego L, Zamorano Ibarra MJ, Molina CA, et al. Código 100: Un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos. *Actas Esp en Psiquiatr*. 2015; 3(43): p. 142-148
8. Ayala G, Martí JB. ¿Son suficientes las estadísticas oficiales para acercarnos a la realidad suicida en España? *Psiquiatría y Atención Primaria*. 2006; 1: p. 21-25
9. Oquendo MÁ, Currier D, Posner K. Reconceptualización de la nosología psiquiátrica: el caso de la conducta suicida. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2009; 2(2): p. 63-65
10. Gómez Restrepo C, Bohórquez Peñaranda AP, Gil Lemus LM, Jaramillo LE, García Valencia J, Narváez EB, Montoya Cano GP. Evaluación del riesgo de suicidio en la guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la depresión en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013; 1(43): p. 3-11
11. Echeverry Quintero Y, Aristizabal O, Barraza F, Aristizabal Morroy A, Martínez JL, et al. Suicidio: Revisión de aspectos neurobiológicos. *Rev Invest Univ Quindío*. 2010; 1(21): p. 186-193.
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Notas de Prensa. [Online]. [cited 2016 Oct 27. Available from: <http://www.msssi.gob.es/en/gabinete/notasPrensa.do?id=3789>

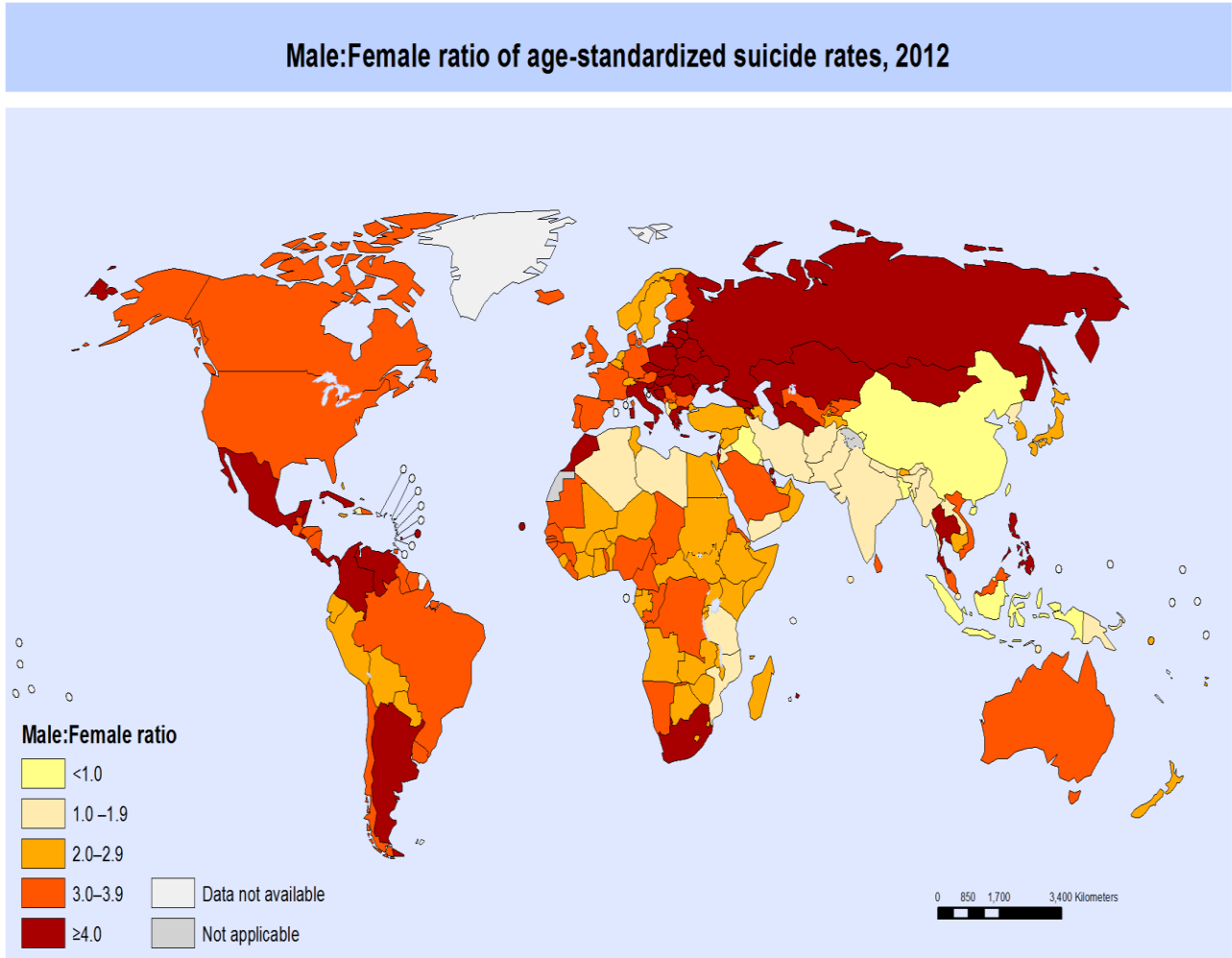
13. Bobes García J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y del manejo del comportamiento suicida. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. 2011; 2 (1): p. 9-81
14. Castro-Díaz S, Gómez-Restrepo C, Gil F, Uribe Retrepo M, Miranda C, de la Espriella M, et al. Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. Rev Colomb de Psiquiatr. 2013; 1(43): p. 27-35
15. Sáiz PA, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2014; 1(7): p. 1-4
16. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. Rev Epidemiol. 2008; 30(1): p. 133-154
17. Rojas SM, Bujarski S, Babson KA, Dutton CE, Feldner MT. Understanding PTSD comorbidity and suicidal behavior: Associations among histories of alcohol dependence, major depressive disorder, and suicidal ideation and attempts. J Anx Disord. 2014; 28(1): p. 318-325
18. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BGC. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. J Affect Disord. 2012; 138(2): p. 19-26
19. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. J Affect Disord. 2007; 101(4): p. 27-34
20. Sarmiento Falcón Z, Sánchez Sánchez S, Vargas Polanco I, Álvarez Rodríguez M. Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. MEDISAN. 2010; 14(8): p. 1054-1060.
21. Monnin J, Thiemard E, Vandel P, Nicolier M, Tio G, Courtet P, et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: Gender differences in a prospective study. J Affect Disord. 2012; 136(3): p. 35-43
22. Popovic D, Vieta E, Azorin JM, Angst J, Bowden CL, Mosolov S, et al. Suicide attempts in major depressive episode: evidence from the BRIDGE-II-Mix study. J Bipol Disord. 2015; 17(1): p. 795-803
23. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish nacional cohorte study. Psychological Medicine. 2014; 44(1): p. 279-289



24. Oquendo MA, Bongiovi García ME, Galfalvy H, Goldberg PH, Grunebaum MF, Burke AK. Sex Differences in Clinical Predictors of Suicidal Acts After Major Depression: A Prospective Study. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(8): p. 134-141
25. Baca García E, Aroca F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Rev Salud Ment*. 2014; 37(5): p. 373-380
26. Cogle JR, Resnick H, Kilpatrick DG. PTSD, Depression, and their comorbidity in relation to suicidality: Cross-sectional and prospective analyses of a national probability sample of women. *J Depr and Anx*. 2009; 26(1): p. 1151-1157
27. Smith PN, Gamble SA, Cort NA, Ward EA, Conwell Y, Talbot NL. The Relationships of Attachment Style and Social Maladjustment to Death Ideation in Depressed Women with a History of Childhood Sexual Abuse. *J Clinic Psychology*. 2012; 68(1): p. 78-87
28. Mandelli L, Nearchou FA, Vaiopoulos C, Stefanis CN, Vitoratou S, Serretti A, et al. Neuroticism, social network, stressful life events: Association with mood disorders, depressive symptoms and suicidal ideation in a community sample of women. *Psychiatry Research*. 2015; 226(1): p. 38-44
29. Nickel MK, Simek M, Lojewski N, Muehlbacher M, Fartacek R, Kettler C, et al. Familial and Sociopsychopathological Risk Factors for Suicide Attempt in Bulimic and in Depressed Women: Prospective Study. *Int J Eat Disord*. 2006; 39(5): p. 410-417
30. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EV, Fox KR, Nock MK. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2016; 43(5): p. 30-46
31. O'Connor DB, Ferguson E, Green JA, O'Carroll RE, O'Connor RC. Cortisol levels and suicidal behavior: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2016; 63(1): p. 370-379

## 8. ANEXOS

### 8.1 Anexo 1: Mapa de tasas de suicidio a nivel mundial: mujeres vs hombres <sup>4</sup>.

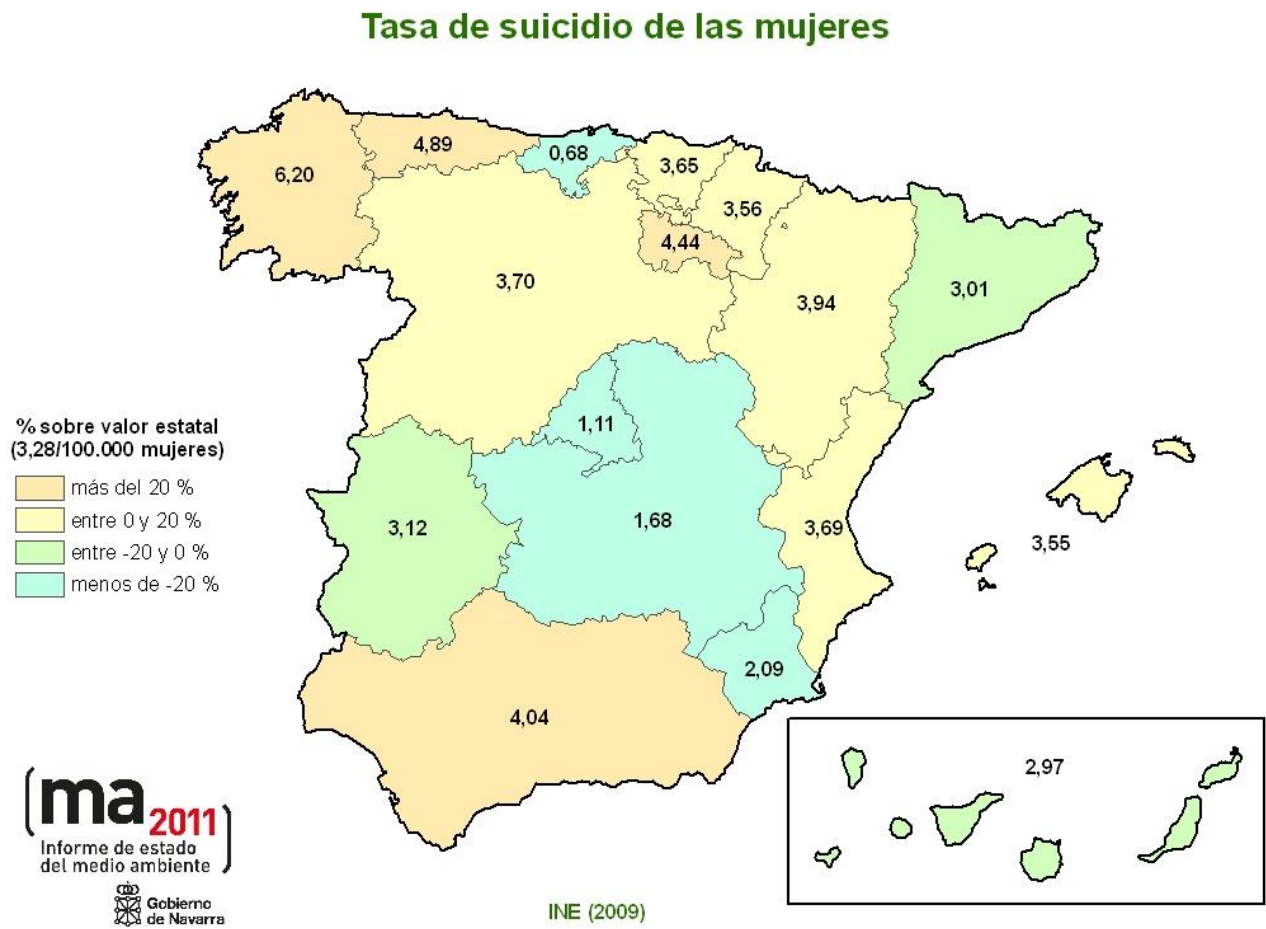


The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization  
 Map Production: Health Statistics and Information Systems (HSI)  
 World Health Organization

 **World Health Organization**  
 © WHO 2014. All rights reserved.

8.2 Anexo 2: Mapa de tasas de suicidio a nivel español en mujeres<sup>8</sup>



### 8.3 Anexo 3: Tabla Sinónimos y Palabras Clave de la Búsqueda Dirigida al Objetivo. Elaboración propia.

CONCEPTO	SINÓNIMO (lenguaje natural)	INGLÉS	DESCRIPTOR (palabra clave)
<b>Suicidio</b>	-Quitarse la vida -Matarse	Suicide	MEDLINE, CINAHL, PSYCINFO, COCHRANE: Suicide CUIDEN: Suicidio
<b>Ideación suicida</b>	Pensamiento suicida	Suicidal ideation	MEDLINE, CINAHL, PSYCINFO, COCHRANE: Suicidal ideation CUIDEN: -
<b>Intento de suicidio</b>	-Acto suicida -Tentativa suicida	Suicide attempt	MEDLINE, COCHRANE: Suicide attempted CINAHL, CUIDEN: - PSYCINFO: Attempted suicide
<b>Conducta suicida</b>	-Comportamiento suicida -Actitud suicida	Suicidal behavior	MEDLINE, PSYCINFO, COCHRANE, CUIDEN: - CINAHL: Suicidal behavior
<b>Factores de riesgo</b>	-Componentes de riesgo -Circunstancias de riesgo -Causas de riesgo	Risk factors	MEDLINE, CINAHL, PSYCINFO, COCHRANE: Risk factors CUIDEN: Factores de riesgo
<b>Mujeres</b>	-Hembras -Féminas -Chicas	Women	MEDLINE, CINAHL, COCHRANE: Women PSYCINFO: Human Females CUIDEN: Mujer
<b>Adulto</b>	-Persona mayor -Mayor de edad	Adult	MEDLINE, CINAHL, COCHRANE: Adult PSYCINFO: - CUIDEN: Adultos
<b>Trastorno Depresivo Mayor</b>	-Depresión mayor	Major Depressive Disorder	MEDLINE, COCHRANE: Major Depressive Disorder CINAHL: Mental depression PSYCINFO: Major depression CUIDEN: Depresión

**8.4 Anexo 4: Ecuaciones de Búsqueda probadas y Resultados de la Búsqueda Dirigida al Objetivo. Elaboración propia.**

BASE DE DATOS		ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	Nº RESULTADOS	OBSERVACIONES	ARTÍCULOS para lectura de Título + Abstract	ARTÍCULOS para Lectura Completa	Artículos a integrar en TFG
<b>MEDLINE</b>  <b>Filtros:</b> <i>Full text, desde 2006</i>	1	(Risk factors) AND (Suicidal ideation) AND (Women) AND (Adult)	94	Búsqueda amplia. La mayoría de artículos no se ajustan al tema ni objetivo deseado.	22	3	0
	2	(Risk factors) AND (Suicide attempted) AND (Women) AND (Adult)	113	Búsqueda más amplia cambiando uno de los descriptores. Algunos artículos se ajustan más que los anteriores al tema y objetivo deseado, muchos se repiten. Uno de los artículos es válido para integrar en TFG.	35	6	1
	3	(Risk factors) AND (Suicidal ideation) AND (Women) AND (Adult) AND (Major Depressive Disorder)	9	Búsqueda muy concreta pero válida. La mayoría de artículos se ajustan al tema y objetivo, pero algunos no cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Uno de los artículos es válido para integrar en TFG.	7	3	1

	4	(Risk factors) AND (Women) AND (Adult) AND (Suicide attempted) OR (Suicidal ideation)	2	Búsqueda demasiado centrada. Ninguno de los artículos se ajusta al tema y objetivo deseado.	0	0	0
<b>CINAHL</b>  <b>Filtros:</b> <i>Full text,</i> <i>desde 2006</i>	1	(Risk factors) AND (Suicidal behavior) AND (Mental depression) AND (Women) AND (Adult)	158	Búsqueda muy amplia pero válida, muchos artículos se ajustan al tema y objetivo deseado. Cinco artículos válidos para integrar en TFG.	52	10	5
	2	(Risk factors) AND (Suicidal behavior) OR (Suicidal ideation) AND (Women) AND (Adult)	59	Búsqueda amplia, algunos artículos se repiten. Muchos artículos cumplen con el tema pero no con el objetivo deseado, y otros se descartan porque no aportan información y/o la muestra es demasiado pequeña. Uno de los artículos es válido para integrar en TFG.	20	5	1
<b>PSYCINFO</b>  <b>Filtros:</b> <i>Full text,</i> <i>desde 2006</i>	1	(Risk factors) AND (Suicidal ideation) AND (Attempted suicide)	81	Búsqueda amplia pero válida, muchos artículos se ajustan al tema y objetivo deseado, pero algunos no cumplen con la tipología de estudio a incluir. Dos artículos son válidos para integrar en TFG.	33	8	2

	2	(Major depression) AND (Risk factors) AND (Suicidal ideation)	43	Búsqueda más concreta. Algunos artículos se repiten y otros no se ajustan a los criterios de inclusión y exclusión. Uno de los artículos es válido para integrar en TFG.	18	4	1
	3	(Risk factors) AND (Suicidal ideation) AND (Human females)	9	Búsqueda muy centrada pero válida. La mayoría de los artículos se ajustan al tema y objetivo deseado, aunque en algunos la muestra es demasiado pequeña y también se descartan. Uno de los artículos es válido para integrar en TFG.	6	3	1
	4	(Risk factors) AND (Attempted suicide) AND (Human females)	5	Búsqueda muy centrada. Algunos artículos no se ajustan al objetivo deseado y/o son irrelevantes.	3	1	0
<b>COCHRANE</b>  <b>Filtros:</b> <i>Full text,</i> <i>desde 2006</i>	1	(Risk factors) AND (Suicidal ideation) AND (Adult)	47	Búsqueda válida. Muchos artículos se ajustan al tema y objetivo deseado. Algunos no cumplen los criterios de inclusión y exclusión. Dos de los artículos son válidos para integrar en TFG.	19	6	2
	2	(Risk factors) AND (Suicide attempted) AND (Major Depressive Disorder)	10	Búsqueda concreta. Los artículos se ajustan al tema pero no al objetivo deseado.	4	0	0

<b>CUIDEN</b>  <b>Filtros:</b> <i>Full text,</i> <i>desde 2006</i>	1	(Factores de riesgo) AND (Suicidio) AND (Mujer)	0	No se obtienen resultados con los descriptores utilizados.	0	0	0
	2	(Factores de riesgo) AND (Suicidio)	12	Búsqueda concreta y limitada. Algunos artículos cumplen con los criterios establecidos, pero el tamaño muestral es pequeño. Uno de los artículos es válido para integrar en TFG.	7	3	1

BÚSQUEDA MANUAL	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	Nº RESULTADOS	OBSERVACIONES	ARTÍCULOS para lectura de Título + Abstract	ARTÍCULOS para Lectura Completa	ARTÍCULOS a integrar en TFG	
<b>SCIENCE DIRECT</b>  <b>Filtros:</b> <i>Full text,</i> <i>desde 2006</i>	1	(Risk factors) AND (Suicidal behavior) AND (Women) AND (Adult)	119	Búsqueda muy amplia. Algunos artículos no se ajustan al tema ni objetivo deseado, y otros no cumplen con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.	33	5	0
	2	(Risk factors) AND (Suicidal behavior) AND (Suicidal ideation) AND (Women) AND (Adult)	57	Búsqueda más concreta al añadir más descriptores. Algunos artículos se repiten, otros no dan respuesta al objetivo deseado. Un artículo es válido para integrar en TFG.	21	4	1



**8.5 Anexo 5.1: Tabla de resultados de la Literatura Crítica (parrilla Caspe). Elaboración propia.**

ARTÍCULOS	ELEGIDO	CAUSAS
<b>Suicide attempts in Major Depressive Episode: evidence from the BRIDGE-II-Mix study</b>	X	<u>Limitaciones:</u> Los centros participantes no fueron seleccionados al azar, existe una amplia variación en las tasas de pacientes hospitalizados entre países y la falta de datos sobre la naturaleza de los intentos de suicidio. A pesar de ellas, se incluye en la actual revisión debido al gran tamaño de la muestra perteneciente de ocho países de tres continentes y a la alta tasa de resultados estadísticamente significativos obtenidos.
<b>PSTD, depression, and their comorbidity in relation to suicidality: Cross-sectional and prospective analyses of a national probability sample of women</b>	X	<u>Limitaciones:</u> El periodo de tiempo en el que se realizó el estudio es corto en comparación con otros realizados, el cuestionario realizado no incluía preguntas concretas en cuanto al intento o planificación del suicidio. A pesar de ellas, se incluye en la actual revisión debido a que en la muestra se incluyen únicamente mujeres y a la alta tasa de resultados estadísticamente significativos.
<b>Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: Gender differences in a prospective study</b>	X	<u>Limitaciones:</u> Los pacientes de la muestra fueron reclutados de las unidades de emergencias psiquiátricas sin incluir a la proporción de actos suicidas que no llegaron a ser hospitalizados, el tamaño muestral es bastante limitado. A pesar de ellas, se incluye en la actual revisión debido a que el estudio muestra los resultados diferenciándolos entre hombres y mujeres y a la alta tasa de resultados estadísticamente significativos.
<b>Neuroticism, social network, stressful life events: Association with mood disorders, depressive symptoms and suicidal ideation in a community sample of women</b>	X	<u>Limitaciones:</u> Se utilizó un diseño observacional para realizar el estudio en lugar de un estudio de casos y controles, no se tuvieron en cuenta posibles trastornos en comorbilidad con el TDM y el trastorno de ansiedad, el tamaño de la muestra solo permite extrapolar los resultados a efectos pequeños o medianos. A pesar de ellas, se incluye en la actual revisión debido a que en la muestra se incluyen únicamente mujeres y a la alta tasa de resultados estadísticamente significativos.

<b>Sex differences in clinical predictors of suicidal acts alter Major Depression: A prospective study</b>	X	<p><u>Limitaciones:</u> El seguimiento de la muestra de estudio fue de solo 2 años (tiempo en el que el riesgo de cometer actos suicidas es mayor), se excluyeron pacientes que presentaban dependencia al alcohol u otras sustancias tóxicas.</p> <p>A pesar de ellas, se incluye en la actual revisión debido a que el estudio muestra los resultados diferenciándolos entre hombres y mujeres y a la alta tasa de resultados estadísticamente significativos.</p>
<b>Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study</b>	X	<p><u>Limitaciones:</u> Incapacidad para examinar los trastornos psiquiátricos y/o somáticos que no estaban diagnosticados, no está del todo claro si los resultados obtenidos se pueden extrapolar a otros países con condiciones socio-económicas y sanitarias diferentes.</p> <p>A pesar de ellas, se incluye en la actual revisión debido al gran tamaño de la muestra, al largo periodo de tiempo utilizado para llevar a cabo el estudio, a la alta tasa de resultados estadísticamente significativos obtenidos diferenciados entre hombres y mujeres.</p>
<b>The relationships of attachment style and social maladjustment to death ideation in depressed women with a history of childhood sexual abuse</b>	X	<p><u>Limitaciones:</u> Ciertos aspectos estudiados varían en función del amplio periodo de edad incluido para la muestra, el diseño del estudio utilizado debería ser prospectivo.</p> <p>A pesar de ellas, se incluye en la actual revisión debido a que en la muestra se incluyen únicamente mujeres y a la alta tasa de resultados estadísticamente significativos.</p>
<b>Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study</b>	X	<p><u>Limitaciones:</u> Los diagnósticos psiquiátricos se establecieron por personas especialistas en leyes en lugar de por especialistas de Salud Mental, las diferencias observadas entre los países también pueden ser debidas al concepto cultural sobre el suicidio de cada uno de éstos.</p> <p>A pesar de ellas, se incluye en la actual revisión debido al gran tamaño de la muestra perteneciente de seis países europeos y a la alta tasa de resultados estadísticamente significativos obtenidos.</p>

<b>Understanding PTSD comorbidity and suicidal behavior: Associations among histories of alcohol dependence, major depressive disorder, and suicidal ideation and attempts</b>	X	<p><u>Limitaciones:</u> La negación de idea suicida por parte de los encuestados puede haber sido un sesgo de respuesta debido a que pudieron sentirse incómodos relevándose al entrevistador, se debería de haber tenido en cuenta la posible contribución de otros aspectos como los genéticos y biológicos que también pudieran afectar a la conducta suicida.</p> <p>A pesar de ellas, se incluye en la actual revisión debido al gran tamaño de la muestra y a la alta tasa de resultados estadísticamente significativos obtenidos, sobre todo en relación a la comorbilidad entre los diferentes factores de riesgo.</p>
<b>Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad</b>	X	<p><u>Limitaciones:</u> La posible heterogeneidad del grupo control, uno de los grupos presenta menor tamaño muestral.</p> <p>A pesar de ellas, se incluye en la actual revisión debido a que el tamaño muestral del estudio es adecuado, a que el estudio es nacional (extrapolable a la población española) y a la alta tasa de resultados estadísticamente significativos obtenidos.</p>
<b>Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales</b>	X	<p><u>Limitaciones:</u> El tamaño muestral del grupo de estudio y del grupo control es reducido, el contexto socio-cultural es diferente debido a que está realizado en Cuba.</p> <p>A pesar de ello, se incluye en la actual revisión debido a que el estudio se centran en los factores de riesgo psicosociales y a la alta tasa de resultados estadísticamente significativos obtenidos.</p>
<b>Familial and Sociopsychopathological Risk factors for Suicide Attempt in Bulimic and in Depressed Women: Prospective Study</b>	X	<p><u>Limitaciones:</u> El periodo de observación fue de un año y por lo tanto se desconoce la manera en la que siguieron comportándose las mujeres incluidas en la muestra, los factores evaluados pueden verse afectados por la diferencia de edad existente en ambos grupos.</p> <p>A pesar de ellas, se incluye en la actual revisión debido a que en la muestra se incluyen únicamente mujeres y a la alta tasa de resultados estadísticamente significativos, sobre todo en relación a la comorbilidad de los factores de riesgo.</p>

### 8.5 Anexo 5.2: Guión de Lectura Crítica de Estudios de Investigación. Elaboración propia.

<b>Artículo: Risk factors for suicidality in Europe: Results from de ESEMED study</b>			
<b>Objetivos e hipótesis</b>	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	<u>Si</u>	<b>¿Por qué?</b> Porque aporta los datos necesarios para que el objetivo esté bien definido (qué, quién, dónde, cuándo) y lo realiza en los apartados correspondientes del artículo. Pretende investigar la prevalencia y correlación de las ideas y los intentos de suicidio en la población general europea.
	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	<u>Si</u>	<b>¿Por qué?</b> Porque se trata de un estudio prospectivo y transversal con el fin de analizar la prevalencia del objetivo y/o hipótesis planteado empleando como herramientas varias escalas de medición validadas.
<b>Diseño</b>	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?	<u>Si</u>	<b>¿Por qué?</b> Porque los participantes fueron evaluados en sus hogares mediante una entrevista personal asistida por computadora y la encuesta se administró en dos partes. La parte II solo se administró a los participantes con en la parte I presentaron un trastorno de por vida. El instrumento diagnóstico fue desarrollado y adaptado por el Comité Coordinador de la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS (WMH).

<b>Población y muestra</b>	¿Se identifica y describe la población?	<u>Si</u>	<b>¿Por qué?</b> Porque se describe claramente y se anexa un tabla aportando datos tales como: Muestra representativa de adultos no institucionalizados (mayores de 18 años) de seis países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos y España), con un total de 21.425 encuestados. Los análisis se basan en el cuestionario de la parte II, administrada a un total de 8.796 individuos.
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	<u>Si</u>	<b>¿Por qué?</b> Porque con la estrategia de muestreo utilizada se llevó a cabo mediante el instrumento diagnóstico desarrollado y adaptado por el WMH, consiguiendo que los porcentajes incluidos para la muestra en el estudio de cada país europeo fueran similares: España (78.6%), Italia (71.2%), Alemania (57.8%), Países Bajos (56.4%), Bélgica (50.6%) y Francia (45.9%).
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	<u>Si</u>	<b>¿Por qué?</b> Porque las estimaciones globales fueron ponderadas para restablecer la dimensión relativa de la población entre países. Además, el tamaño muestral es amplio y consigue diferencias estadísticamente significativas que indican que la muestra es representativa.

<b>Medición de las variables</b>	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	<u>Si</u>	<b>¿Por qué?</b> Porque las herramientas de medición empleadas están validadas y son extrapolables: Modelo de riesgo proporcionales de Cox, cálculo de las relaciones de velocidad (RR) con intervalos de confianza del 95%, se calculó el riesgo atribuible a la población (PAR) y una función de supervivencia de Kaplan Meier, etc.
<b>Control de Sesgos</b>	Si el estudio es de efectividad/relación: Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	<u>No</u>	<b>¿Por qué?</b> No hay grupo de control.
	Si el estudio es de efectividad/relación:  ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada	<u>No</u>	<b>¿Por qué?</b> Porque no hay doble ciego.
<b>Resultados</b>	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	<u>Si</u>	<b>¿Por qué?</b> Porque determinan la prevalencia y la correlación de las variables de las ideaciones suicidas y los intentos de suicidio en la muestra estudiada, especificando los resultados para el objetivo propuesto.
<b>Valoración Final</b>	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	<u>Si</u>	<b>¿Por qué?</b> Porque presenta un gran tamaño muestral extrapolable a la población general europea y una alta tasa de resultados estadísticamente significativos, lo cual sirve para dar respuesta al objetivo de esta revisión bibliográfica.

**Artículos:**

**1: Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: Gender differences in a prospective study**

**2: PTSD, depression, and their comorbidity in relation to suicidality: Cross-sectional and prospective analyses of a national probability sample of women**

**3: Neuroticism, social network, stressful life events: Association with mood disorders, depressive symptoms and suicidal ideation in a community sample of women**

**4: Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after Major Depression: A prospective study**

**5: Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study**

**6: The relationships of attachment style and social maladjustment to death ideation in depressed women with a history of childhood sexual abuse**

**7: Suicide attempts in Major Depressive Episode: evidence from the BRIDGE-II-Mix study**

**8: Understanding PTSD comorbidity and suicidal behavior: Associations among histories of alcohol dependence, major depressive disorder, and suicidal ideation and attempts**

**9: Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad**

**10: Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales.**

**11: Familial and Sociopsychopathological Risk factors for Suicide Attempt in Bulimic and in Depressed Women: Prospective Study**

	<b>Criterios</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>
<b>Objetivos e hipótesis</b>	<b>¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?</b>	<u><b>Si</b></u>	<u><b>Si</b></u>	<u><b>Si</b></u>	<u><b>Si</b></u>	<u><b>Si</b></u>	<u><b>Si</b></u>	<u><b>Si</b></u>	<u><b>Si</b></u>	<u><b>Si</b></u>	<u><b>Si</b></u>	<u><b>Si</b></u>	Si	Si
													No	No

<b>Diseño</b>	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	Si	Si
													No	No
	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	Si	Si
													No	No
<b>Población y muestra</b>	¿Se identifica y describe la población?	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	Si	Si
													No	No
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	Si	Si
													No	No
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>Si</u>	Si	Si
													No	No
<b>Medición de las variables</b>	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	Si	Si
													No	No



<b>Control de Sesgos</b>	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	Si	Si
													No	No
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>No</u>	Si	Si
													No	No
<b>Resultados</b>	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	Si	Si
													No	No
<b>Valoración Final</b>	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	<u>Si</u>	Si	Si
													No	No

**8.6 Anexo 6: Tablas Resumen de la Literatura Consultada. Elaboración propia.**

AUTORES	DISEÑO	PALABRAS CLAVE	OBJETIVO	MUESTRA	TIPO DE PACIENTE	HALLAZGOS DE INTERÉS
<b>Oquendo MA, Bongiovi-García ME, Galfalvy H, Goldberg PH, Grunebaum MF, et al.</b>	Estudio descriptivo cuantitativo longitudinal	Sex differences, suicidal acts, Major Depression	Identificar las diferencias de sexo que existen en los factores clínicos asociados al comportamiento suicida.	314 pacientes	Pacientes con DSM-III-R depresión mayor o trastorno bipolar	-En el caso de las mujeres encuestadas, cada intento de suicidio pasado aumenta 3 veces el riesgo futuro. -La ideación suicida, la letalidad de los intentos pasados, la hostilidad, los síntomas subjetivos depresivos, la falta de razones para vivir, el trastorno de la personalidad borderline y el tabaquismo se consideran factores de riesgo suicida en las mujeres adultas.
<b>Mandelli L, Nearchou FA, Vaiopoulos C, Stefanis CN, Vitoratou S, et al.</b>	Estudio descriptivo cuantitativo transversal	Depression, suicide, self-harm, mood disorders, life events, stress, quality of life	Demostrar la relación existente entre diferentes factores.	415 mujeres	Mujeres adultas que participaban en un estudio de prevalencia de trastornos afectivos en Atención Primaria.	-Un 19% de las mujeres encuestadas presentaban Depresión Mayor y un 12% ideaciones suicidas. -La personalidad neurótica está fuertemente asociada a un diagnóstico de Depresión Mayor, a la severidad de los síntomas depresivos y a la ideación suicida. -Los problemas personales e interpersonales son más comunes en mujeres con Depresión Mayor y con ideas suicidas.
<b>Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, et al.</b>	Estudio descriptivo cuantitativo transversal	Mental disorders, suicide, prevalence, depression, risk factors	Investigar la prevalencia de las conductas suicidas en la población europea.	21.425 personas	Adultos no institucionalizados, pertenecientes a 6 países europeos.	-Las mujeres jóvenes, divorciadas o viudas se asocian con una mayor prevalencia de ideas e intentos de suicidio. -El TDM, la distimia, el PTSD son los diagnósticos psiquiátricos que más se asocian con este tipo de conductas, siendo del 28% el riesgo atribuible para el intento de suicidio en la depresión mayor.

<b>Popovic D, Vieta E, Azorin JM, Angst J, Bowden CL, et al.</b>	Estudio descriptivo cuantitativo transversal	Bipolar disorder, mixed features, suicide attempts	Establecer la frecuencia de los estados mixtos en pacientes con un TDM y comparar su validez clínica.	2.811 personas	Adultos con TDM. Se establecieron dos grupos: Uno de 628 personas con intentos de suicidio previos y otro grupo que sin ellos.	Las conductas de riesgo, la agitación psicomotora, la impulsividad, el trastorno límite de la personalidad y el consumo de sustancias son los factores que más se asocian con los intentos previos de suicidio en personas con Trastorno Depresivo Mayor.
<b>Smith PN, Gamble SA, Cort NA, Ward EA, Conwell Y, et al.</b>	Estudio descriptivo cuantitativo transversal	Death ideation, attachment theory, social adjustment, interpersonal vulnerability	Analizar tanto la prevalencia como los factores que se asocian al suicidio en la población española.	106 mujeres	Mujeres adultas, pertenecientes a un Centro de Salud Mental, en tto para la depresión y con antecedentes de abuso sexual infantil	-Existe una estrecha asociación entre la ideación suicida y el desajuste social y laboral en mujeres deprimidas con historia de abuso sexual infantil. -La ideación suicida es aún mayor en mujeres deprimidas con antecedentes de abuso sexual infantil que presentan ansiedad y evitación del apego emocional.
<b>Cogle JR, Resnick H, Kilpatrick DG.</b>	Estudio descriptivo cuantitativo longitudinal	Posttraumatic stress disorder, Depression, Interpersonal violence, Comorbidity, Suicide	Analizar la relación entre la suicidalidad y la comorbilidad del TEPT y el TDM.	4008 mujeres	2008 mujeres fueron escogidas representando la población general y 2000 representando la edad en la que el riesgo de padecerla es mayor.	-La prevalencia de presentar ideas suicidas en mujeres adultas es casi dos veces más alta si la mujer padece conjuntamente los diagnósticos de Episodio Depresivo Mayor y Estrés post-traumático, correspondiente a un 63% de las mujeres adultas. -Con todo ello, también se revela que el abuso a drogas ilícitas y la dependencia del alcohol son más predictivos de un acto suicida que de presentar ideas suicidas. -Los factores de riesgo más prevalentes de la conducta suicida son la depresión, la desesperanza y la falta de apoyo social.

<b>Crump C, Sundquist J, Winkleby MA.</b>	Estudio de cohortes	Chronic disease, Mental disorders, Risk factors, Suicide.	Identificar los factores de riesgo demográficos, psiquiátricos y somáticos que inciden en la conducta suicida.	7140589 personas.	Mediante el uso del registro de defunción Sueco.	-Todos los trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, son fuertes factores de riesgo de suicidio, pero sobre todo la depresión (el riesgo de suicidio aumenta en los primeros 3 meses de ser diagnosticado). -La EPOC, el cáncer, el asma, los trastornos de la columna vertebral y el ICTUS se asocian con un mayor riesgo de suicidio en la población., sobre todo en comorbilidad con diagnósticos de trastornos psiquiátricos.
<b>Sarmiento Falcón Z, Sánchez S, Vargas Polanco I, Álvarez Rodríguez M.</b>	Estudio de casos y controles	Conducta suicida, factores de riesgo psicosociales, prevención, control del suicidio.	Identificar la relación de los factores psicosociales y la conducta suicida.	54 adultos: 18 para el grupo de estudio y 36 como control.	Pacientes con conducta suicida, escogidos al azar mediante muestreo estratificado por edad y sexo.	-Se observa una mayor prevalencia de conducta suicida en mujeres entre los 12 y 29 años. -Se observa una mayor prevalencia de conducta suicida en personas solteras o divorciadas, con un nivel de escolaridad preuniversitario. -La desesperanza como factor psicosocial de riesgo y la culpa como cofactor representan una asociación significativa con la conducta suicida, al igual que la depresión, la hostilidad y el antecedente de intento suicida previo.
<b>Baca García E, Aroca F.</b>	Estudio de casos y controles	Intento de suicidio, depresión, ansiedad	Valorar el riesgo de los intentos de suicidio y tratar de identificar los factores de riesgo comunes.	782 pacientes: 505 con historia de intentos de suicidio y 277 sin ella.	782 pacientes procedentes de los servicios de Psiquiatría de tres hospitales de Madrid, todos ellos mayores de edad.	-La comorbilidad depresión-ansiedad es el factor de riesgo más importante para la conducta suicida. -Los pacientes con depresión y depresión-ansiedad presentan mayor impulsividad, mayor proporción de historia de intentos de suicidio, historia de abuso sexual y emocional en la infancia.

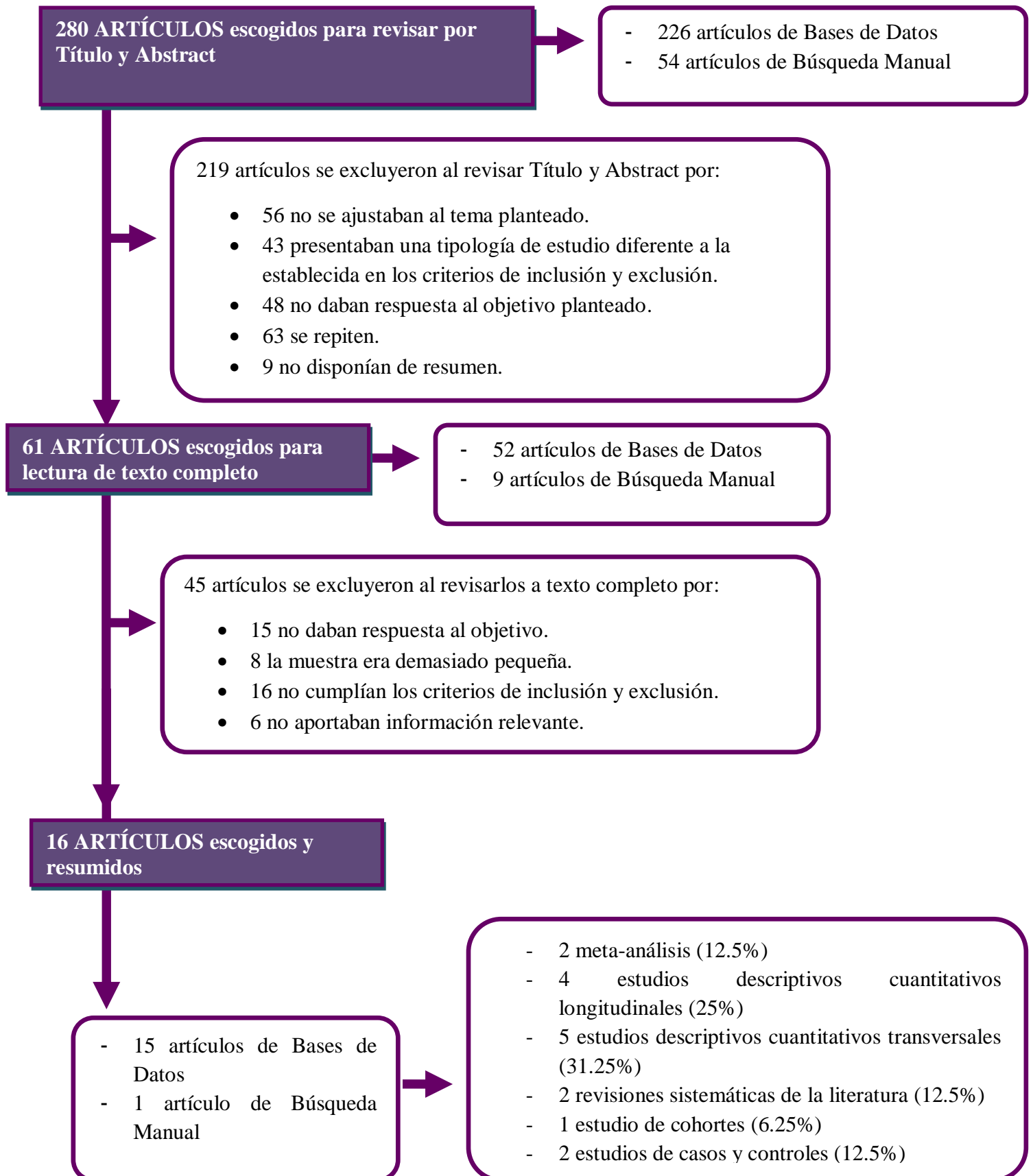
<b>Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, et al.</b>	Revisión sistemática de la literatura	Psychiatry, Public health, Risk factors, Self-injurious behavior, Suicide, Suicide attempted	Examinar la prevalencia, las tendencias y los factores de riesgo y protección de la conducta suicida	327 artículos	Estudios con una muestra superior a 100 personas, que proporcionan una medida específica de uno de los comportamientos suicidas, etc.	Los factores de riesgo de la conducta suicida más relevantes son los siguientes: Factores demográficos, factores psiquiátricos (son el factor de riesgo más prevalente de las conducta suicidas), factores psicológicos, factores biológicos, eventos estresantes de la vida, otros factores.
<b>Monnin J, Thiemard E, Vandelp, Nicolier M, Tio G, et al.</b>	Estudio descriptivo cuantitativo longitudinal	Repeated suicide attempts, Gender, Risk factors, Sociodemographics, Psychopathology.	Determinar los rasgos demográficos y psicopatológicos asociados a la repetición de los intentos de suicidio.	273 adultos	273 pacientes, ingresados en las unidades de emergencia psiquiátrica por intento de suicidio.	-Los principales trastornos psiquiátricos que afectan a la conducta suicida son: Los trastornos de ansiedad, trastorno por estrés post-traumático, síndrome psicótico recurrente, depresión unipolar y el uso indebido de sustancias.
<b>Rojas SM, Bujarski S, Babson KA, Dutton CE, Feldner MT.</b>	Estudio descriptivo cuantitativo transversal	Alcohol dependence, Suicide attempt, Suicidal ideation, PTSD, Comorbidity	Analizar la relación entre el PTSD, el TDM y la dependencia al alcohol con la conducta suicida.	5692 adultos, 3020 mujeres y 2672 hombres.	Muestra de adultos de habla inglesa provenientes de 48 estados de los EEUU.	-Las personas que apoyan la ideación suicida con trastornos de estrés post-traumático y dependencia al alcohol presentan 6 veces más posibilidades de sufrir un intento de suicidio. -Las personas con dependencia al alcohol presentan altos niveles de depresión y un PTSD más agravado.

<b>O'Connor DB, Ferguson E, Green JA, O'Carroll RE, O'Connor RC.</b>	Meta-análisis	Chronic stress, Cortisol, Suicide, Allostatic load.	Analizar la asociación entre el nivel de cortisol y la conducta suicida	27 estudios con un total de 2269 personas	Grupo que había cometido al menos un intento de suicidio previo y otro grupo sin antecedentes	-La actividad del eje HPA, se asocia con el intento de suicidio en personas menores de 40 años. -Los individuos más jóvenes que han estado expuestos a eventos estresantes y psicosociales graves, muestran una respuesta adaptativa del estrés del eje HPA a corto y medio plazo.
<b>Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BGC.</b>	Revisión sistemática de la literatura	Gender paradox, Gender differences, Suicidal behavior, Suicidal process.	Determinar los factores de género más relevantes en la conducta suicida	65 artículos	-	Los factores de género más relevantes son: Estresores de la esfera psicológica, Abuso sexual infantil, comorbilidad psiquiátrica, tratamiento con antidepresivos, métodos e informes de suicidio, procesos cognitivos y comportamiento de búsqueda de ayuda.
<b>Nickel MK, Simek M, Lojewski N, Muehlbacher M, Fartacek R, et al.</b>	Estudio descriptivo cuantitativo longitudinal	Bulimia nervosa, major depression, suicide, risk factors, family history, aggression	Examinar los predictores sociopsicopatológicos de los intentos de suicidio en mujeres bulímicas y con TDM.	152 mujeres	28 mujeres con Bulimia Nerviosa y 126 mujeres con TDM que tenían antecedentes de suicidio previo	-Factores en BN: abusos sexuales en la infancia, eventos estresantes, abuso de sustancias tóxicas, calidad de vida menor, agresividad. -Factores TDM: Antecedentes de suicidio, sentimientos de soledad y desesperanza, agresividad, abuso de alcohol y tabaco.

<b>Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, et al.</b>	Meta-análisis.	Suicide, Anxiety, Risk factor, Meta-analysis.	Examinar la magnitud y utilidad clínica de la ansiedad y sus trastornos en la conducta suicida	65 artículos, 180 casos.	Estudios con un análisis longitudinal con uno o más predictores de la ansiedad.	-Los trastornos de ansiedad predicen de manera significativa la ideación y los comportamientos suicidas, incluso cuando se controla la comorbilidad. -El meta-análisis demuestra que existen aun numerosas limitaciones y que son necesarias futuras investigaciones.
--	----------------	---	--	--------------------------	---	--

---

**8.7 Anexo 7: Diagrama de Flujo. Elaboración propia.**





**8.8 Anexo 8: Árbol Categorial. Elaboración propia.**

