

Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio

E. García-Resa, D. Braquehais, H. Blasco, A. Ramírez, L. Jiménez, C. Díaz-Sastre, E. Baca-García* y J. Sáiz

Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. Madrid. * Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Sociodemographic features of suicide attempts

Resumen

La conducta suicida es un importante problema de salud pública en el que los factores sociodemográficos desempeñan un papel importante tanto en su génesis como en las intervenciones preventivas y terapéuticas sobre estas conductas. Los factores sociodemográficos, junto al diagnóstico psiquiátrico, han sido los elementos sobre los que se ha basado la decisión terapéutica en el manejo del intento de suicidio. Así el género femenino se ha ligado a este tipo de conducta mientras el género masculino se ha relacionado más con el suicidio consumado. Se ha considerado que los jóvenes y los ancianos tenían más riesgo de conductas suicidas severas. La edad se entremezcla con el estado civil potenciándose el riesgo en el caso de solteros y viudos. En esta línea los jóvenes homosexuales y bisexuales también tienen un mayor riesgo de suicidio. La emigración y el desarraigo que conlleva es un marcador de riesgo a tener en cuenta. Se ha comprobado que los factores económicos (ingresos y situación laboral) tienen un peso modesto en el riesgo de suicidio. La escasez de trabajos que valoren las interacciones de varios de estos factores, constituyendo una línea de investigación, aún muy prometedora, en este campo.

Palabras clave: conducta suicida, factores de riesgo, factores sociodemográficos, prevención.

Summary

Suicide accounts for about 10% of deaths among psychiatric patients, and life-threatening attempts are much more common than fatalities. Despite progress in defining risk rates and predictive factors, knowledge on which to base sound clinical and public policies regarding suicide prevention and treatment remains remarkably limited. Social risk factors and psychiatry diagnoses are the main arguments to management the suicidal behaviour in emergency room. Female gender is associate with suicide attempts while male gander is associate with completed suicide. Risk of suicide is increased in young and elderly people. Age is a confounding factor in the relationship among suicide and widow, income and professional status. Emigration and anomie are related with suicide. Social factor, as a marker of suicidal behaviour, are a promising research question.

Key words: suicidal behaviour, risk factors, sociodemographical factor, prevention.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha producido un incremento de las conductas suicidas en la mayoría de los países occidentales. Sirva como ejemplo el aumento de la demanda sanitaria que se produce como consecuencia de lesiones autoprovocadas (120.000 intentos de suicidio

en Francia a lo largo de 1998, 750.000 anualmente en EE.UU.)^{1,2} o el millón de fallecimientos que se producen aproximadamente al año por este motivo. Se trata, por tanto, de un problema de Salud Pública de primer orden. Todo ello ha contribuido al creciente interés que suscita este problema tanto desde un punto de vista psiquiátrico como sociológico.

Actualmente la conducta suicida es entendida como el resultado de la interacción de diversos factores: trastornos psiquiátricos, factores genéticos, biológicos, familiares y socioculturales, pudiendo actuar éstos bien como predisponentes bien como precipitantes de la conducta. Sin embargo, la primera dificultad con la que se encuentra el estudio de la conducta suicida es la falta de consen-

CORRESPONDENCIA:

Enrique Baca-García.
Servicio de Psiquiatría.
Fundación Jiménez Díaz.
Avda. Reyes Católicos, 2.
28040 Madrid.

so que existe a la hora de definir la misma. En este sentido han surgido distintos conceptos (suicidio consumado, intento de suicidio, parasuicidio, autolesión voluntaria, etc.) y se han propuesto diversas nomenclaturas, entre ellas la desarrollada por O'Carroll et al en 1996³ y que posteriormente recomendó el *National Institute of Mental Health* estadounidense en su programa de investigación en suicidiología⁴. Esta nomenclatura utiliza para sus definiciones los criterios de resultado, autoprovocación e intencionalidad:

1. *Suicidio o suicidio consumado*: muerte por lesión, envenenamiento o asfixia en la que hay evidencia, explícita o implícita, de que la lesión ha sido autoinfligida y que existía la intención de autoprovocarse la muerte.

2. *Intento de suicidio*: conducta potencialmente autolesiva con resultado no mortal, para la cual hay evidencia, explícita o implícita de que la persona intentaba de algún modo autoprovocarse la muerte. (El intento de suicidio puede provocar o no lesiones).

La mayoría de los estudios dirigidos en los últimos años a esclarecer los distintos determinantes de la conducta suicida centran su atención en los factores implicados de una forma aislada y en relación con la población «suicida» que es objeto de valoración. Ante la ausencia de estudios epidemiológicos que compararan los datos obtenidos en un Hospital General con las características sociodemográficas del área a la que dicho Hospital pertenece, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió llevar a cabo el estudio multicéntrico WHO/EURO entre 1989 y 1992. Se estudiaron los intentos de suicidio, siguiendo unos mismos criterios metodológicos, en 16 áreas de Europa con poblaciones superiores a los 100.000 habitantes⁵. Los resultados obtenidos se compararon con las características sociodemográficas de las poblaciones elegidas con la intención de conocer los factores de riesgo y los posibles indicadores sociales de la conducta suicida. Desde que se realizara el programa WHO/EURO son escasos los estudios completos de la misma índole. En Estados Unidos para analizar las características de los intentos de suicidio se recurre a los datos obtenidos en el proyecto epidemiológico *Epidemiological Catchment Area* (ECA)⁶ y en el *National Comorbidity Survey* (NCS)⁷. Los estudios epidemiológicos sobre los suicidios consumados se obtienen de los certificados de defunción que suministra el Centro Nacional de Estadística de EE.UU.

Existe una variación considerable en las tasas de intentos de suicidio entre diferentes países. Hay que tener en cuenta que la mayor parte de estos datos proceden de países desarrollados y que los hallazgos pueden no ser completamente generalizables a otras partes del mundo. En 1989, sólo 39 de los 166 estados miembros de las Naciones Unidas aportaron datos sobre la mortalidad por suicidio al *World health statistics annual*. El conocimiento de la verdadera magnitud del parasuicidio es mucho menor, si se compara con el suicidio consumado⁸.

El objetivo de esta revisión es situar la importancia de los distintos factores sociodemográficos de cara al diagnóstico y prevención de la conducta suicida.

GÉNERO

En la mayor parte de los países donde se ha estudiado el fenómeno del suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de comportamientos suicidas, excepto suicidios consumados, a las de los varones. Numerosos trabajos sostienen esta afirmación⁹. El estudio realizado por La Vecchia et al (1994)¹⁰ sobre las bases de datos de mortalidad de la OMS en 57 países es el más concluyente y pone de manifiesto cómo los patrones de mortalidad por suicidio en cada país son similares para hombres y mujeres, mientras que la incidencia es mucho menos frecuente en éstas.

Sin embargo las mujeres tienden a repetir con más frecuencia los intentos de suicidio, por lo que, en conjunto, el número de actos suicidas es mayor en mujeres que en hombres. En el estudio WHO/EURO se obtiene una relación mujer: hombre de 1,5:1 en los intentos de suicidio¹¹. En el período que cubre dicho estudio (1989-1992) se observó que las tasas de suicidio disminuyeron un 17% en los hombres y un 14% en las mujeres¹²; en ambos sexos este descenso tenía lugar entre los 35 y los 44 años (en ambos un 19%). En los hombres era más acusado entre los 15 y los 24 años mientras que en las mujeres entre los 45 y los 54 años⁸.

Los lugares donde se ha recogido información, acerca de la paradoja del género en la conducta suicida, son principalmente países occidentales industrializados (América del Norte, Europa Occidental y Nueva Zelanda)¹³.

Durante décadas ha sido habitual describir al prototipo de paciente que consuma el suicidio como varón anciano y al paciente que realiza un intento de suicidio como mujer joven. En líneas generales esta aseveración es aún válida, sin embargo se han observado algunos cambios a lo largo del tiempo. Así, en Dinamarca, las tasas de suicidio entre las mujeres han aumentado considerablemente más (124%) que entre los hombres (26%) desde 1922 hasta 1986, descendiendo la razón hombre:mujer desde 3,16 a 1,79 en este período de tiempo. Las tasas de intentos de suicidio (personas) en 1989-1990 en este mismo país fueron de 242/100.000 para los hombres y de 260/100.000 para las mujeres, con una razón hombre:mujer de 0,93¹⁴. En 1980-1981, las tasas fueron de 221/100.000 para los hombres y de 193/100.000 para las mujeres, con lo que la razón entre sexos había llegado a ser de 1,15, rompiendo la idea tradicional de que las mujeres realizan más intentos de suicidio que los hombres, al menos en las poblaciones occidentales¹⁴. Otras excepciones se han descrito en Helsinki (Finlandia), con una razón entre sexos de 1,25, y Hawaii (Estados Unidos), con 0,92¹⁵.

EDAD

En los países industrializados las tasas de suicidio aumentan con la edad, observándose una mayor incidencia en individuos mayores de 65 años. En este grupo de

edad, no es una de las principales causas de muerte ya que se sitúan por delante de ella las enfermedades cardiovasculares, otras enfermedades crónicas y las enfermedades infecciosas¹⁶. Sin embargo el suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo occidental, de hecho es la primera en Dinamarca y Japón¹⁷.

Los intentos de suicidio, según se desprende del estudio WHO/EURO son más frecuentes en mujeres entre los 15-24 años de edad, seguido por los 25-34 años y los 35-44 años. Para los hombres, las tasas más altas se encuentran entre los 25-34 años, seguido por los 35-44 años y los jóvenes de 15-24 años⁵.

Con la única excepción de Polonia, las mayores tasas de suicidio se recogen entre los mayores de 75 años en todos los países que suministran datos a la OMS. Por otra parte, el comportamiento suicida en el anciano puede ser apreciado como un espectro que abarca no sólo desde los pensamientos de suicidio hasta el acto suicida completo, sino también comportamientos autoagresivos indirectos tales como el rechazo de alimentos o la falta de adherencia al tratamiento. Actos que, en ocasiones, se han llegado a denominar «suicidio silencioso»¹⁸. En algunos períodos específicos de la vida, como en la viudedad, hombres y mujeres pueden verse expuestos con mayor frecuencia a factores estresantes que pueden incrementar el riesgo de suicidio y también pueden ser más vulnerables a estos factores¹⁴. Sin embargo, los intentos de suicidio son más habituales en la primera mitad de la vida, apreciándose una máxima incidencia en franjas de edades diferentes según la localización geográfica⁵.

RAZA E INMIGRACIÓN

En los EE.UU más del 70% de los suicidios son cometidos por varones de raza blanca, con tasas de mortalidad más altas en los individuos de raza blanca mayores de 85 años. Las tasas son menores en varones de raza negra aunque superiores a las de las mujeres de raza blanca. En los últimos años se ha venido observando un incremento en las tasas de suicidios en los jóvenes de raza negra (en concreto, en edades entre los 15-24 años). Hay grupos étnicos como los indios americanos y los nativos de Alaska que presentan mayor incidencia de suicidio. En los blancos de origen hispano las tasas son menores que en los no hispanos.

En Europa la tasa de suicidio en fineses y húngaros doblan la media europea. Los anglosajones se sitúan cercanos a esta cifra, mientras los países mediterráneos están un tercio por debajo¹⁷.

Se han implicado factores socioeconómicos, culturales y de calidad de vida para explicar estas discrepancias¹⁹. En el estudio que Neeleman et al (1996)²⁰ llevaron a cabo en Camberwel, un distrito de Londres con grandes diferencias raciales, las diferencias en las tasas de suicidio (mayores para mujeres jóvenes de raza india y para los inmigrantes del Caribe) se debían en mayor medida a las diferencias en las tasas de desempleo que a factores propiamente étnicos²⁰.

La emigración unida al desarraigo y el aislamiento comportan un aumento del riesgo de suicidio^{21,22}, pero este riesgo es menor cuando se emigra con toda la familia. Esto ha sido observado en las familias de emigrantes, que han conservado durante las primeras generaciones las mismas tasas de suicidio de su país originario. Estos hallazgos parecen apoyar la teoría de la integración social de Durkheim. La mayor capacidad de adaptación protege de este efecto suicidógeno de la emigración, y así el riesgo es menor en los jóvenes que en los ancianos así como en los que emigran por voluntad propia. Además de la conservación del soporte familiar, el mantenimiento de las costumbres y tradiciones del país de origen tiene un efecto protector por cuanto facilita la integración en las comunidades de emigrantes de una misma procedencia²³.

ESTADO CIVIL

Durkheim ya destacó el papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento del comportamiento suicida. En su opinión, la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado disminuye los impulsos individualistas y suicidas. El divorcio, con las dificultades económicas que conlleva, es, desde este punto de vista, un factor de riesgo suicida. Los trabajos posteriores confirman esta influencia del estado civil en la conducta suicida con independencia del sexo y la edad. El suicidio es más frecuente en divorciados y viudos²⁴ y el grupo con menor frecuencia es el de los casados con hijos. De todos modos, aunque los solteros o viudos tengan mayor riesgo suicida las tasas varían de una zona geográfica a otra. En el estudio WHO/EURO se observó en la zona del Norte de Europa una mayor incidencia en mujeres y hombres divorciados y más bajas en viudas y viudos. El riesgo suicida especialmente en los varones, es alto en el primer año después de la muerte del cónyuge²⁴. Entre las mujeres, el suicidio alcanza mayores tasas en las divorciadas que entre las casadas (divorciadas 248/100.000, casadas 39/100.000; divorciados 191/100.000, casados 16/100.000), aunque en este caso, la influencia del estado civil es menor. De hecho en EE.UU. las tasas de suicidio son mayores para las viudas entre 15 y 34 años de edad. Múltiples factores de índole psicológica y cultural así como los factores de confusión que suponen la edad y el sexo, deben tenerse en cuenta a la hora de analizar estos datos.

En un estudio llevado a cabo en el área urbana de Lion por Davidson y Philippe (1986)²⁵, se describe un aumento del riesgo de suicidio de 2,3 en hombres solteros, 2,9 en hombres divorciados y 3,6 en viudos, frente a aquellos que se encuentran casados. Asimismo, entre las mujeres se describe un aumento del riesgo de morir por suicidio de 1,9 en solteras, 2,0 en divorciadas y 2,2 en viudas, frente a las mujeres casadas.

Por otro lado, algunos estudios al comparar los fallecidos de muerte natural con aquellos fallecidos por suicidio, han encontrado un problema de aislamiento social creciente en los últimos momentos de su vida²⁶.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CONDUCTAS SUICIDAS

La conducta suicida es más frecuente en los extremos del espectro socioeconómico¹⁷. Tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en población desempleada. En el estudio WHO/EURO se observaron mayores tasas de intentos de suicidio en individuos desempleados y con menor nivel cultural. Alrededor de un 20% de los varones y un 12% de las mujeres que intentaban suicidarse en las diversas áreas estaban en paro¹¹ y aproximadamente el 57% tenían un nivel educativo bajo. En la actualidad se acepta que las situaciones de privación socioeconómica constituyen un factor de riesgo de morbilidad psiquiátrica y de intentos de suicidio^{27,28}. Al mismo tiempo, cuanto más prolongado es el período de desempleo mayor es el riesgo suicida^{24,29,30}. Sin embargo, paradójicamente, se encuentran altas tasas de suicidio en países con tasas de paro muy bajas²⁴, como por ejemplo Suiza, y la pérdida del empleo no parece importante como acontecimiento vital desencadenante de un intento de suicidio³¹. Esta relación, por tanto, es compleja, y probablemente influida por muchos factores de confusión (cuadros depresivos subyacentes, otras variables sociodemográficas relacionadas con el suicidio, etc.).

En los últimos años, sin embargo, parece haber disminuido el riesgo suicida asociado al desempleo, y los estudios de las últimas décadas no muestran una relación consistente en todas las áreas geográficas ni en todos los períodos de tiempo considerados³¹. Velamoor y Cernovsky (1990)³² estudian a pacientes atendidos por intoxicación voluntaria, y no encuentran diferencias entre empleados y desempleados en lo que respecta a antecedentes suicidas o deseo de morir. Pritchard (1990)³³ encuentra diferencias en 23 países, aunque la asociación sólo es estadísticamente significativa para la década 1974-1986, y no para la previa. Lester y Yang (1991)³⁴ no pueden demostrar esta asociación en Australia, aunque sí en Estados Unidos. Otros autores se ocupan del suicidio femenino y encuentran que la incorporación de la mujer al mundo del trabajo ha incrementado las tasas de suicidio, sobre todo en las circunstancias en que el apoyo cultural prestado al trabajo femenino es escaso^{8,34}.

La mayoría de los estudios coinciden en señalar la existencia de una relación entre las conductas suicidas y diversos marcadores socioeconómicos entre los que destacan el desempleo, la duración del mismo o la clase social a la que se pertenece.

Los datos del estudio multicéntrico WHO/EURO sobre parasuicidio, realizado sobre poblaciones de 13 países europeos, muestran una tasa de desempleo del 20% en los hombres y del 12% en las mujeres que realizaron intentos de suicidio. Estas cifras aumentan al 32% y 23% respectivamente cuando se consideran los datos de los sujetos aptos para trabajar.

En este sentido, en un trabajo de Fuller et al (1989)³⁵, se encuentran tasas de desempleo bastante más altas entre los que cometen actos autolesivos en

edad de trabajar frente a la población general de la zona, con tasas de desempleo de 60% en hombres y 40% en mujeres frente al 13% de la población general. Asimismo, el riesgo relativo de conductas suicidas en los sujetos desempleados comparado con los trabajadores activos es de 11,6.

Hay pocos datos publicados sobre este aspecto en nuestro país. En un trabajo de Tejedor et al (1999)²³ se analizan 208 tentativas de suicidio entre 1995 y 1996 que se distribuyen de la siguiente manera en cuanto a su situación laboral: parados 22%, trabajan 33%, pensionistas 16%, otra 29%. El porcentaje de parados (22%) en cifras absolutas es similar al descrito en otros estudios, aunque si se toma como referencia la tasa de paro en la población general correspondiente (19%), las diferencias observadas con las poblaciones suicidas son discretamente valorables como factor de riesgo suicida.

Hawton y Rose (1986)³⁶ se expresan en términos similares y obtienen un riesgo relativo (RR) de conductas suicidas en los desempleados comparado con los trabajadores activos que varía, en un período de tres años, entre 12,7 y 15,4 para los hombres y entre 7,5 y 10,8 para las mujeres. Estas cifras se incrementan en función de la duración de la situación de desempleo de manera que los hombres que llevan más de un año sin trabajo tienen una incidencia de conductas autolesivas entre 26 y 36 veces mayor que los trabajadores activos y las mujeres entre 14 y 33 veces. En este estudio también se señala que, tanto los varones como las mujeres desempleados de la muestra, presentan una prevalencia significativamente mayor de tratamiento psiquiátrico, alcoholismo, y repetición de conductas autolesivas que los trabajadores activos. En un trabajo posterior del mismo grupo³⁷ se señala un riesgo relativo de conductas suicidas de 9,7 para los hombres y 10 para las mujeres en situación de desempleo.

En la misma línea se encuentran los resultados de Platt y Kreitman (1989)²⁹, que obtienen riesgos relativos en un rango entre 9,5 y 29,0. Asimismo el riesgo de autolesionarse aumenta con la duración del desempleo, presentando un riesgo relativo más alto (18,9) los sujetos que llevan más de un año sin trabajo.

La asociación entre la duración de la situación de desempleo y el aumento de las conductas suicidas es constante, siendo particularmente fuerte para los sujetos que llevan más de un año sin trabajo³⁰.

Algunos autores conceden poca importancia al desempleo como desencadenante de las conductas suicidas. En este sentido, a pesar de que el desempleo se asocia con los intentos serios de suicidio tanto en hombres (OR= 4,1, $p < 0,0001$) como en mujeres (OR= 5,1, $p < 0,0001$), el riesgo atribuible es sólo del 7,3%, lo que sugiere que la exposición al desempleo contribuye en una pequeña medida a las tasas totales de intentos serios de suicidio³⁸.

Los hallazgos de estudios individuales longitudinales apuntan a un incremento significativo (entre 2 y 3 veces) del riesgo de suicidio entre los desempleados, aunque los estudios que utilizan este tipo de diseño generan resultados poco consistentes³¹.

En cuanto a los intentos de suicidio en función de la clase social, Platt y sus colaboradores (1988) refieren una asociación entre la clase social y las tasas de conductas autolesivas en las ciudades de Oxford y Edimburgo, de manera que a medida que aumentaba el nivel social disminuía la tasa de intentos de suicidio. Así, el riesgo relativo de conductas suicidas en los sujetos pertenecientes a la clase V (trabajadores manuales no cualificados) frente a los de las clases I y II (no trabajos manuales) oscilaba entre el 12,2 en Edimburgo y 8,7 en Oxford.

En la misma línea se encuentran los resultados del estudio multicéntrico WHO/EURO, donde el 54% de los hombres y el 44% de las mujeres que habían intentado suicidarse pertenecen a la clase social más baja y sólo el 8,4% de los hombres y el 4,6% de las mujeres pertenece a la clase social más alta.

Por el contrario, los resultados de estudios longitudinales no sugieren que exista una relación entre suicidio y clase social³¹.

A pesar de que el riesgo relativo y el riesgo atribuible a la población son altos, especialmente en lo que concierne a las conductas autolesivas, los resultados de diferentes estudios sugieren que un proceso de autoselección posiblemente influya en la relación entre desempleo y conductas autolesivas³¹.

Algunos autores afirman que la incorporación de la mujer al mercado laboral ejerce como factor de protección contra el suicidio, aunque los resultados de los estudios publicados no son concluyentes³¹. Si bien, las mujeres realizan menos suicidios consumados que los hombres, estas diferencias se minimizan cuando el trabajo de la mujer se aproxima al del hombre²⁴. Algunos autores lo explican por distintos factores: menor respaldo cultural al trabajo femenino, ausencia de modelos de éxito, frustración por la pérdida del papel femenino. Según otros autores, la categoría profesional influye menos que el grado de satisfacción en el trabajo, y eso explica que en los varones se encuentren muchos problemas laborales como acontecimientos vitales previos al suicidio²⁴.

NIVEL EDUCATIVO

En la mayoría de estudios realizados que abordan la influencia de los factores sociodemográficos y la conducta suicida, no se concede un papel relevante al nivel educativo. Se suele asociar un nivel bajo de estudios con una prevalencia aumentada de intentos de suicidio. En el estudio WHO, el 57% en varones y el 58% en mujeres se daban en los de bajo nivel educativo, mientras que sólo el 13% y el 12% de varones y mujeres respectivamente que habían intentado el suicidio tenían un nivel educativo alto. Por otra parte, en el mismo trabajo tuvieron en cuenta si sus estudios tenían que ver con su vocación real, y se obtuvo que el 39% de los hombres y el 50% de las mujeres que habían intentado el suicidio no habían tenido unos estudios acorde con su vocación; en relación con esto, los autores señalan que estos datos sólo tienen valor descriptivo. En un estudio español³⁹ señalan que

las tentativas y la ideación suicida son más frecuentes en aquellos pacientes con un nivel bajo o medio de estudios (estudios primarios o sin estudios). Heikkinen (1997)⁴⁰ en su estudio sobre el suicidio consumado en los trastornos de la personalidad comprueba que, independientemente de que padecieran o no un trastorno de la personalidad, el 60%-70% de los suicidios consumados se daban en personas con menos de 9 años de estudios, siendo el grupo con estudios medios (7-9 años) el que tenía una mayor prevalencia de suicidios consumados, descendiendo posteriormente; por tanto, a mayor número de años de estudio, menor tasa de suicidio consumado. Cubrin (2000)⁴¹ observa un riesgo aumentado de suicidio en personas con una educación limitada. Los jóvenes de entre 20 y 24 años que tienen 8 años o menos de estudios tienen un riesgo de mortalidad 160% mayor que aquéllos con más de 13 años de estudios; asimismo, afirman que los ingresos familiares y la educación están inversamente relacionados con la mortalidad¹⁶. En un estudio realizado en varones blancos mayores de 65 años de los Estados Unidos, los sujetos que tenían menos de 12 años de estudios habían intentado el suicidio con armas con una frecuencia mayor que aquellos que habían completado los estudios de *high school*. Sin embargo, otros autores no encuentran relación entre el nivel de estudios y tener o no historia de automutilaciones⁴².

En un estudio casos-control de 103 pacientes mayores de 50 años y diagnosticados de depresión mayor no secundaria a enfermedad física grave, más del 70% de los que habían intentado el suicidio tenían más de 12 años de estudios, pero sin diferencias estadísticamente significativas en relación con el grupo que no intentó el suicidio⁴³.

PROFESIÓN

Clásicamente se hablaba de profesiones que comportaban un mayor riesgo suicida, y entre ellas se citaba la profesión médica, y se argumentaba que la medicina atraería a personalidades más inmaduras y neuróticas. La revisión de De la Cruz (1988)⁴⁴ arroja las siguientes conclusiones: entre los estudiantes de medicina sólo las mujeres presentan tasas de suicidio superiores a las de la población general; los residentes de psiquiatría presentan tasas equiparables a las de la población general y a las de los residentes de otras especialidades; sin embargo, entre los médicos el suicidio es más frecuente que en el resto de la población general, sobre todo entre los psiquiatras, otorrinolaringólogos, cirujanos, anestelistas y dentistas. Algunos autores, no obstante, rechazan estas conclusiones por la interferencia de variables de confusión (edad, sexo, nivel socioeconómico asociado, etc). Así, por ejemplo, Holmes y Rich (1990)⁴⁵ argumentan que la tasa de suicidio entre médicos varones en EE.UU. es superior a la de la población general, pero equiparable a la de los varones blancos mayores de 25 años, grupo al que pertenecen la mayoría de los médicos. No así la de las mujeres médicos, que es equiparable a la de los médi-

cos varones y por tanto muy superior a la tasa encontrada en las mujeres blancas mayores de 25 años. Entre los factores que incrementarían el riesgo suicida entre los médicos se citan el estrés laboral, el acceso fácil a fármacos o métodos letales, la drogadicción y el alcoholismo, la competitividad en la profesión, el deterioro de la imagen del médico, la conflictiva conyugal y el divorcio, la inmigración, etc. Holmes y Rich (1990)⁴⁵ también citan a abogados y farmacéuticos entre las profesiones de mayor riesgo suicida, y encuentran el menor riesgo entre los políticos y los religiosos. Entre las Fuerzas Navales en EE.UU. se ha encontrado mayor suicidalidad entre los marines, con un riesgo multiplicado por dos o tres. Estos datos se explican debido a que se incorporan con menor edad y por tanto tienen redes sociales de apoyo más escasas.

ORIENTACIÓN SEXUAL

La orientación sexual es un concepto complejo que puede incluir distintas dimensiones como la atracción sexual, el comportamiento sexual, las fantasías sexuales, las preferencias sociales, emocionales y de tipo de vida, y la propia identificación sexual⁴⁶. Aunque las tasas de orientación sexual y comportamiento sexual no coinciden plenamente, estudios previos sugieren que se podrían incluir bajo un mismo constructo⁴⁷. Aproximadamente un 10% de la población es homosexual, bisexual o transexual⁴⁸.

Para algunos autores los homosexuales tienen un aumento del riesgo suicida, con un número de tentativas de 5 a 10 veces superior a la población general¹⁷ con unas cifras de prevalencia cercanas al 20%-30%. Los factores que se postulan para justificar este mayor riesgo son las dificultades para construir la identidad sexual, el entorno hostil, el aislamiento, el alcoholismo, los antecedentes de violencia familiar, el impacto del sida, etc.²⁴. De todos modos, según informa el Grupo de Trabajo para el estudio de la relación entre suicidio y orientación sexual de Estados Unidos, por el momento no se ha llevado a cabo ningún estudio con suficiente validez para demostrar esta hipótesis. Los estudios en este campo cuentan con la dificultad de obtener información precisa de las tasas reales de homosexualidad en la población y la reticencia de estos grupos de población a identificarse¹⁹.

Estudios recientes sugieren que los homosexuales jóvenes, tanto lesbianas como gays, tienen un riesgo incrementado de ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado, respecto a sus iguales heterosexuales. Todos los estudios realizados concluyen que la homosexualidad en el varón se asocia a un incremento en la ideación y conducta autolítica; en las mujeres, aunque la mayoría de los estudios van en la misma línea, hay alguno que no encuentra una mayor tasa de intentos de suicidio en lesbianas⁴⁹. Estudios epidemiológicos de EE.UU. y Nueva Zelanda muestran que los hombres homosexuales o bisexuales tienen hasta 4 veces más riesgo de tener un intento de suicidio serio⁵⁰⁻⁵³ y que

esos intentos suelen ser más graves que en los hombres heterosexuales⁴⁹. Gibson eleva el riesgo de intentar el suicidio en los homosexuales hasta 6 veces el de los hombres heterosexuales y también señala que las mujeres lesbianas tienen un riesgo de intento de suicidio 2 veces mayor respecto a sus compañeras heterosexuales y señala que hasta el 40% de las lesbianas, homosexuales, bisexuales o transexuales jóvenes han intentado o han pensado seriamente en el suicidio⁵⁴. Los factores de riesgo asociados con un incremento en la posibilidad de intentar el suicidio incluyen la disconformidad con el género, la autoidentificación a edad temprana de su orientación sexual homosexual o bisexual, una primera experiencia homosexual también a edad temprana, historia de abuso físico y/o sexual y marginación a nivel de los soportes sociales⁵⁵. Los adultos que han tenido experiencias homosexuales también tienen un riesgo de intentar el suicidio aumentado respecto a aquellos adultos que sólo han tenido parejas heterosexuales, aunque las tasas son menores en los estudios realizados en jóvenes⁵⁶.

Por otra parte, aunque la homosexualidad *per se* no se ha demostrado en estudios bien controlados de forma fiable que esté relacionada con tasas más elevadas de trastornos psiquiátricos⁵⁷, varios estudios han revelado una prevalencia elevada de trastornos depresivos^{58,59}, uso de alcohol y drogas^{60,61} y búsqueda de ayuda psiquiátrica⁶².

CONCLUSIONES

La conducta suicida es un importante problema de salud pública en el que los factores sociodemográficos desempeñan un papel importante tanto en su génesis como en las intervenciones preventivas y terapéuticas sobre estas conductas. De hecho uno de los primeros abordajes científicos del problema vino con Durkheim de la mano de la sociología.

Durante muchos años los factores sociodemográficos, junto al diagnóstico psiquiátrico, han sido los elementos sobre los que se ha basado la decisión terapéutica en el manejo del intento de suicidio. Así, el género femenino se ha ligado a este tipo de conducta mientras el género masculino se ha relacionado más con el suicidio consumado. Se ha considerado que los jóvenes y los ancianos tenían más riesgo de conductas suicidas severas. La edad se entremezcla con el estado civil potenciándose el riesgo en el caso de solteros y viudos. En esta línea, los jóvenes homosexuales y bisexuales también tienen un mayor riesgo de suicidio.

La emigración y el desarraigo que conlleva es un marcador de riesgo a tener en cuenta. Se ha comprobado que los factores económicos (ingresos y situación laboral) tienen un peso modesto en el riesgo de suicidio.

Finalmente hay que incidir en la escasez de trabajos que valoren las interacciones de varios de estos factores, constituyendo una línea de investigación, aún muy prometedora, en este campo.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Association of Suicidology. Suicide Statistics 2000. Disponible en URL: www.suicidology.org/SuicideStatistics.1997.htm
2. American Foundation for Suicide Prevention. 1996. Disponible en www.afsp.org/Factsaboutsuicide.htm.
3. O'Carroll PW, Berman DL, Haris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996;126(3):237-5.
4. National Institute of Mental Health. Abstract of Currently Funded Research Grants Pertaining to Suicidal Behavior. 1998.
5. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. 1. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:97-104.
6. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med* 1999;29:9-17.
7. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:617-26.
8. Diekstra RFW. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1993;(Suppl 371):9-20.
9. Rich C L, Ricketts JE, Fowler RC, Young D. Some differences between men and women who commit suicide. *Am J Psychiatry* 1988;145:718-22.
10. La Vecchia C, Luccinni F, Levi F. Worldwide trend in suicide mortality, 1955-1989. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90(1):53-64.
11. WHO: Changing patterns in suicide behaviour. Report on a working group. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1982 (EURO Reports and Studies. No. 74).
12. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93(5): 327-38.
13. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1998; 28(1): 1-23.
14. Bille-Brahe U. The role of sex and age in suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand* 1993;(Suppl 371):21-7.
15. Bille-Brahe U. Attempted suicide in Denmark. I. Some basic social characteristics. *Acta Psychiatr Scand* 1985;71:217-26.
16. Singh GK, Yu SM. Trends and differentials in adolescent and young adult mortality in the United States, 1950 through 1993. *Am J Public Health* 1996;86(4): 560-4.
17. Tondo L, Baldessarini RJ. Suicide: An overview. *Psychiatric Clinical Management Modules*. <http://www.medscape.com/Medscape/psychiatry/ClinicalMgmt/CM.v03/public/index-CM.v03.html>. 20001
18. Harwood D, Jacoby R. Suicidal behaviour among the elderly. En: Hawton KE, Van Heringen, editores. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York: Wiley, John & Sons, 2000.
19. Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20(3):499-517.
20. Neeleman J, Jones P, Van Os J, Murray RM. Parasuicide in Camberwell-ethnic differences. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1996;31(5):284-7.
21. Chandrasena R, Beddage V, Fernando ML. Suicide among immigrant psychiatric patients in Canada. *Br J Psychiatry* 1991;159:707-9.
22. Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K, Nordstrom P. Definite and undetermined forensic diagnoses of suicide among immigrants in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91(2):130-5.
23. Tejedor Azpeitia MC, Díaz Pérez AM, Álvarez Martínez E, Castellón Zazurca JJ, Pericay Hosta JM. Intentos de suicidio: cambios epidemiológicos entre 1969-1996. Estudio retrospectivo de 1.150 casos. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27(5):292-7.
24. López García MB, Hinojal Fonseca R, Bobes García J. El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de Derecho Penal y Criminología* 1993;(3):309-411.
25. Davidson F, Philippe A. Suicide et tentatives de suicides aujourd'hui. Étude épidémiologique. Paris: INSERM/ Doin, 1986.
26. Harris R. Pathways to suicide: a survey of self destructive behaviours. Baltimore: John Hopkins University Press, 1981.
27. Gunnell DJ, Peters TJ, Kammerling RM, Brooks J. Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions, and socioeconomic deprivation. *BMJ* 1995; 22;311(6999):226-30.
28. Hawton K, Fagg J, Simkins S. Female unemployment and attempted suicide. *Br J Psychiatry* 1988;152: 632-7.
29. Platt S, Kreitman N. Trends in parasuicide and unemployment among men in Edinburgh, 1986-82. *BMJ* 1989;289:1029-32.
30. Morton MJ. Prediction of repetition of parasuicide: with a special reference to unemployment. *Int J Soc Psychiatry* 1993;39:87-99.
31. Platt S, Hawton K. Suicidal Behaviour and the Labour Market. En: Hawton KE, Van Heringen, editores. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York: Wiley, John & Sons, 2000.
32. Velamoor VR, Cernovsky Z. Unemployment and the nature of suicide attempts. *Psychiatr J Univ Ott* 1990; 15(3):162-4.
33. Pritchard C. Suicide, unemployment and gender variations in the Western world 1964-1986. Are women in Anglo-phone countries protected from suicide? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25(2): 73-80.

34. Yang B, Lester D. Time-series analyses of the American suicide rate. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25(5):274-5.
35. Fuller GN, Rea AJ, Payne JF, Lant AF. Parasuicide in central London 1984-1988. *R Soc Med* 1989;82:653-6.
36. Hawton K, Rose N. Unemployment and attempted suicide among men in Oxford. *Health Trends* 1986; 18:29-32.
37. Hawton K. Youth suicide: trends indicate increasing hopelessness in young males. *Crisis* 1994; 15(4):159-60.
38. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Unemployment and serious suicide attempts. *Psychol Med* 1998;28: 209-18.
39. Fernández González C, Sáiz Martínez PA, González G-Portilla MP, González Seijo JC, Bobes García J. Tentativa de suicidio versus intentos de suicidio: un estudio de las características diferenciales. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28(4):224-30.
40. Heikkinen ME, Isometsä ET, Henriksson MM, Marttunen MJ, Lönnquist JK. Psychosocial factors and completed suicide in personality disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:49-57.
41. Cubrin C, LeClere FB, Smith GS. Socioeconomic status and injury mortality: individual and neighbourhood determinants. *F Epidemiol Community Health* 2000;54:517-24.
42. Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *Am J Psychiatry* 2001;158 (3):427-33.
43. Upadhyaya AK, Conwell Y, Duberstein PR, Denning D, Cox X, Hawton H, et al. Intento de suicidio en pacientes deprimidos de edad avanzada: efecto del funcionamiento cognitivo. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;2:135-8. [Ed. española].
44. Sarro B, De La Cruz C. Los suicidios. Barcelona: Martínez Roca, 1991.
45. Holmes VE, Rich CL. Suicide among physicians. En: Blumenthal SJ, Kupfer DJ, editors. *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990. p. 599-618.
46. Sell RL. Defining and Measuring sexual orientation: a review. *Arch Sex Behav* 1997;26:643-58.
47. Weinrich JD, Snyder PJ, Pillard RC, Grant I, Jacobson DL, Robinson SR, et al. A factor analysis of the Klein sexual orientation grid in two disparate samples. *Arch Sex Behav* 1993;22:157-68.
48. Kinsey AC, Pomeroy W, Martin C. *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: WB Saunders, 1948.
49. Remafedi G, Farrow JA, Deisher RW. Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics* 1991;87:869-75.
50. D'Augelli A, Herschberger S. Lesbian, gay and bisexual youth in community settings: personal challenges and mental health problems. *Am J Community Psychol* 1993;21:421-48.
51. Bagley C, Tremblay P. Suicidal behaviours in homosexual and bisexual males. *Crisis*. 1997;18:24-34.
52. Remafedi G. Suicide and sexual orientation: nearing the end of the controversy. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:876-85.
53. Tremblay P. Suicide attempt research data: thirty G(L)B samples. www.virtualcity.com/youthsuicide/news/studies.htm (accessed 5 June 2000).
54. Gibson P. Gay male and lesbian youth suicide. En: Remafedi G, editor. *Death by Denial Studies of Suicide in Gay and Lesbian Teens*. Boston: Alyson Publications; 1994; p. 15-88.
55. Schneider SG, Farberow NL, Kruks GN. Suicidal behaviour in adolescent and young adult gay men. *Suicide Li Threat Behav* 1989;19:381-94.
56. Herrell R, Goldberg J, True WR, Ramakrishnan V, Lyons M, Eisen S, et al. Sexual orientation and suicidability: a co-twin control study in adult men. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:867-74.
57. Stein TS. Overview of new developments in understanding homosexuality. En: Oldham JM, Riba MB, Tasman A, editors. *Review of Psychiatry*. Vol. 12. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993; p. 910.
58. Joseph JG, Caumartin SM, Tal M, Kirscht JP, Kersler RC, Ostrow DG, et al. Psychological functioning in a cohort of gay men at risk for AIDS. A three-year descriptive study. *J Nerv Ment Dis* 1990;178(10):607-15.
59. Cochran S, Mays VM. Depressive distress among homosexually active African American men and women. *Am J Psychiatry* 1994;151:524-9.
60. Cochran SD, Bybee D, Gage S, Mays VM. Prevalence of self reported sexual behaviors, sexually transmitted diseases, and problems with drugs and alcohol in three large surveys of lesbian and bisexual women. *Womens Health* 1996;2:11-34.
61. McKirnan DJ, Peterson PL. Alcohol and drug use among homosexual men and women: epidemiology and population characteristics. *Addict Behav* 1989; 14:545-53.
62. Bradford J, Ryan C, Rothblum ED. National Lesbian Health Care Survey: implications for mental health care. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:228-42.