

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Grado en Medicina

Suicidio juvenil en la Región de Murcia, un estudio
descriptivo para la prevención y perspectivas de
intervención.

Autora: Fuensanta Tobarra Contreras

Director:
Dr. Sergio Nieto Caballero

Murcia, Mayo de 2024

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Grado en Medicina

Suicidio juvenil en la Región de Murcia, un estudio descriptivo para la prevención y perspectivas de intervención.

Autora: Fuensanta Tobarra Contreras

*Director:
Dr. Sergio Nieto Caballero*

Murcia, Mayo de 2024



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

DEFENSA TRABAJO FIN DE GRADO

DATOS DEL ALUMNO	
Apellidos: Tobarra Contreras	Nombre: Fuensanta
DNI: 49791372Y	Grado Medicina
Facultad de Medicina	
Título del trabajo: Suicidio juvenil en la Región de Murcia, un estudio descriptivo para la prevención y perspectivas de intervención.	

El **Dr. Sergio Nieto Caballero**, tutor del trabajo reseñado arriba, acredita su idoneidad y otorgo el V, B,^o a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia, a 16 de Mayo de 2024.

Fdo.: Sergio Nieto Caballero

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a mi tutor, Sergio Nieto por su esfuerzo, paciencia y dedicación, para que este proyecto salga adelante. Muchas gracias.

A mis padres por darme la oportunidad de estudiar la carrera que deseaba, por su esfuerzo diario y su apoyo incondicional. Este logro es tan mío como suyo.

A mi hermano, Miguel, por su compañía, serenidad y ánimo en estos años, que no han sido nada fáciles. Eres el mejor regalo que la vida ha podido darme.

Por último, a mis amigas las que con su complicidad, aliento y consuelo han hecho de este camino una experiencia mucho más amena.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	17
1.1 Definición.	17
1.2 Suicidio en España.	17
1.3 Evolución histórica del suicidio.	17
1.3.1 Edad Antigua.	18
1.3.2 Imperio Romano.	18
1.3.3 Edad Media.	18
1.3.4 Edad Moderna y Contemporánea.	18
1.3.5 Suicidio en la actualidad.	18
1.4 Programas de prevención contra el suicidio en la actualidad.	19
2. OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo principal.	21
2.2 Objetivos secundarios.....	21
3. MATERIAL Y MÉTODOS	23
3.1 Tipo de estudio.	23
3.2 Población a estudio.....	23
3.3 Ámbito de estudio.	23
3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	23
3.5 Variables seleccionadas.	24
3.6 Análisis de datos.....	25
3.7 Aspectos éticos.....	25
4. RESULTADOS	27
4.1 Datos demográficos	27
4.1.1. Forma de muerte en base al sexo.....	27
4.2 Datos sanitarios	28
4.2.1 Enfermedades psiquiátricas, uso de psicofármacos, y enfermedades no psiquiátricas.	28
4.2.2. Relación entre los intentos de suicidio y las visitas a urgencias en el mes previo a la muerte.....	28
4.3 Consumo de alcohol y drogas en relación con los tóxicos encontrados en la autopsia.	29
4.4 Análisis del posible aumento de casos de suicidio durante el año 2020 debido a la Covid-19.....	31
5. DISCUSIÓN	33
6. CONCLUSIÓN	37
7. BIBLIOGRAFÍA	39
8. ANEXOS	43
8.1 Anexo 1.....	43

RESUMEN

Introducción. El suicidio se ha convertido en una preocupación social creciente entre los jóvenes, con tasas alarmantes en todo el mundo, siendo en nuestro país la primera causa de muerte durante 2022, entre los jóvenes de 15 a 29 años. Este problema debe ser abordado de manera multidisciplinar, lo que genera importantes desafíos para la salud pública y la práctica clínica diaria. Comprender los factores de riesgo, los desencadenantes y cuáles pueden ser las intervenciones efectivas es fundamental para la prevención del suicidio, para proteger la Salud Mental y el bienestar de los jóvenes. En este trabajo, exploraremos en profundidad el fenómeno del suicidio en jóvenes de la Región de Murcia, examinando sus causas, consecuencias y posibles estrategias de prevención. **Objetivos.** Describir el perfil de los suicidios en los jóvenes de 12-24 años durante los años 2013-2022 en Región de Murcia, analizar la posible relación entre los intentos previos autolíticos y las consultas a urgencias durante los dos meses previos a la muerte, evidenciar la posible relación entre el consumo de alcohol y drogas y la presencia de tóxicos en la autopsia, estudiar la posible relación entre las patologías psiquiátricas y los intentos previos de suicidio y determinar cuál fue la forma de muerte más repetida en la muestra en ambos sexos y por separado. **Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal en el que analizamos las características sociodemográficas, sanitarias y sociales de todos los jóvenes de edades comprendidas entre 12-24 años, cuyo suicidio tuvo lugar en la Región de Murcia durante los años 2013-2022. La muestra ascendió a 97 casos cuyos expedientes fueron obtenidos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Murcia. **Resultados.** Se describe el perfil del suicida más prevalente como un varón de 21 años, soltero y estudiante en la Región Murcia. En la muestra se encontró un 74,2% de suicidios en hombres frente a un 25,8% en mujeres, el año 2021, fue el año con más suicidios con un 18,6% del total. Se encuentra como factor de riesgo, para suicidarse, la visita a urgencias en el mes previo a la muerte, en los casos que constaban con intentos de suicidio previos con un p valor de 0,003. También se encuentra relación entre el consumo de alcohol y drogas con la presencia de tóxicos en la autopsia con un p valor menor de 0,001. **Conclusiones.** Conocer los factores de riesgo asociados a los suicidios será la base para generar pautas

de actuación eficientes en su prevención. Una atención integral, con el trabajo coordinado de los diversos profesionales implicados, repercutirá positivamente en la calidad asistencial del paciente, paliando la incidencia del suicidio juvenil en nuestro país.

Palabras clave/descriptores: Suicidio; Adulto Joven; Salud Mental; Prevención primaria; Factores de Riesgo.

ABSTRACT

Background. Suicide has become a growing social concern among young people, with alarming rates worldwide, being in our country the first cause of death during 2022, among young people aged 15-29 years. This problem must be addressed in a multidisciplinary manner, which generates important challenges for public health and daily clinical practice. Understanding the risk factors, triggers and what can be effective interventions is critical for suicide prevention, to protect the mental health and well-being of young people. In this paper, we will explore in depth the phenomenon of suicide in young people in the region of Murcia, examining its causes, consequences and possible prevention strategies. **Objectives.** To describe the profile of suicides in young people aged 12-24 years during the years 2013-2022 in the Region of Murcia, to analyze the possible relationship between previous suicide attempts and emergency department visits during the two months prior to death, to demonstrate the possible relationship between alcohol and drug use and the presence of toxic substances at autopsy, to observe the possible relationship between psychiatric pathologies and previous suicide attempts, and to demonstrate which was the most repeated form of death in the sample in both sexes and separately. **Material and methods.** Cross-sectional descriptive study in which we analyzed the sociodemographic, health and social characteristics of all young people aged 12-24 years whose suicide took place in the Region of Murcia during the years 2013-2022. The sample amounted to 97 cases whose records were obtained from the Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences of Murcia. **Results.** The profile of the most prevalent suicide is described as a male with an average age of 19.20 years, single and a student from the Region of Murcia. In the sample, 74.2% of suicides were found in men compared to 25.8% in women. The year 2021 was the year with more suicides with 18.6% of the total. A risk factor for suicide was found to be a visit to the emergency room in the month prior to death in cases with previous suicide attempts, with a p value of 0.003. A relationship was also found between alcohol and drug consumption and the presence of toxic substances at autopsy, with a p value of less than 0.001. **Conclusion.** Knowing the risk factors associated with suicide will be the basis for its prevention. Generating guidelines for the various professionals involved will have a positive

impact on the quality of patient care and mental health, as well as on the indicators of years of life lost and quality of life.

Key words: suicide; Young Adult; Mental Health; Primary Prevention; Risk factors.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Definición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”¹.

1.2 Suicidio en España.

En España fallecen una media de 11,6 personas al día a causa del suicidio, lo que supone 4.227 fallecimientos en 2022, el doble que en accidentes de tráfico y 80 veces más que por violencia de género, según el Instituto Nacional de Estadística (INE)². Sin embargo, al hablar de intentos suicidas la cifra aumenta hasta 80.000 personas al año según la OMS en España¹.

El INE posiciona al suicidio como la primera casusa de muerte entre los jóvenes de 15-29 años durante el año 2022, superando así a los tumores y accidentes de tráfico que hasta entonces habían ocupado el primer lugar².

A pesar de estos datos tan alarmantes y poco alentadores, hay varios estudios que mantienen que los suicidios pueden reducirse hasta en tasas de un 25%³, esta evidencia se constata en el Estudio Hampton, el cual concluye que puede reducirse hasta en un 75% de la tasa de suicidio a través de la implementación de un programa de tratamiento y seguimiento de las personas con depresión⁴.

1.3 Evolución histórica del suicidio.

A lo largo de la historia, cada cultura ha tratado de explicar el suicidio de acuerdo con los principios morales y conocimientos imperantes en cada momento, generando gran diversidad de comprensiones conceptuales que van desde la condena a la exaltación como una manifestación del libre albedrío del ser humano⁵.

1.3.1 Edad Antigua.

Es en la Edad Antigua cuando el suicidio comienza a considerarse un problema social, político, económico y fisiológico del ser humano⁵.

1.3.2 Imperio Romano.

Fue durante el imperio Romano cuando se implantaron las primeras medidas preventivas antisuicidas, imponiendo la retirada de los bienes del difunto para compensar al Estado por la deshonra del ciudadano. La primera representación legal llegó más tarde, estableciéndose la alteración mental "*non compos mentis*" como un atenuante a la hora de juzgar a los suicidas⁵.

1.3.3 Edad Media.

Surge en esta época un cambio revolucionario a la hora de entender el suicidio y es condenado duramente tanto por la religión como por el Estado. Entre las actuaciones que se ejercen como castigo y que pretenden disuadir el acto suicida se encuentran: arrastrar el cuerpo, mutilación, negar la sepultura o la vejación pública⁶.

1.3.4 Edad Moderna y Contemporánea.

Fue durante el siglo XVIII cuando Jean Etienne Dominique Esquirol, asocia la conducta suicida con todo tipo de trastornos mentales: delirios, esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión y trastornos obsesivos-compulsivos, reconociendo que el suicidio no era una enfermedad por sí misma, sino que era la consecuencia de otra subyacente⁷.

1.3.5 Suicidio en la actualidad.

Destaca el psicólogo estadounidense Thomas Joiner, creador de la "Teoría Psicológica Interpersonal del Comportamiento Suicida" (año 2005), defendiendo que el suicida no desea continuar con la vida que tiene, la juzga inútil y sin sentido. Este sentimiento provoca ir en contra de uno de los principios básicos del ser humano: La autoprotección, con la que nacemos como instinto básico. Joiner argumenta que existen tres requisitos a valorar en un individuo

con intención suicida, que sí se manifiestan, implican que esta persona quiere y puede suicidarse⁸.

- Pertenencia frustrada: Sentido de desconexión con el resto de la sociedad, y por tanto sentimiento profundo de soledad y desamparo.
- Carga percibida: Percepción de fracaso, que hace entrar en una autodescalificación abrumadora.
- Capacidad adquirida: Experiencia en la autolesión, se acostumbran al dolor físico y mental, lo que produce la pérdida del miedo a morir.

Se ha propuesto un modelo que integra la teoría de Joiner, con el modelo neurobiológico de diátesis al estrés de JJ Mann. Consiste en la combinación de factores de riesgo proximales y distales. Los distales incluyen el desarrollo personal, el ambiente familiar, adversidades durante la infancia, como maltrato, bullying, agresividad, impulsividad e historia familiar de suicidio. Frente a los proximales: desórdenes psiquiátricos, como depresión, esquizofrenia y el abuso de sustancias psicoactivas. La combinación de estos dos factores provocaría el acto suicida⁹.

A pesar de los avances en la psiquiatría actual, y del claro vínculo de la conducta suicida con la enfermedad mental, este tema sigue siendo fuente de estigma y discriminación social¹⁰.

1.4 Programas de prevención contra el suicidio en la actualidad.

En la actualidad hay varios programas a nivel mundial impulsados por la OMS, que luchan por reducir la tasa de muerte por suicidio, el más destacable es el plan de acción Integral sobre la Salud Mental 2013-2030, cuyo objetivo es reducir la tasa de suicidio en una tercera parte en todos los países que forman la OMS.

Se estima que entre el 20-30% de los adolescentes padecen algún tipo de trastorno mental o del comportamiento, el cuidado de la salud mental de todos estos jóvenes concierne a todos, ya que es una proyección de lo que será dentro de unos años la sociedad adulta¹¹. La adolescencia es un periodo de numerosos

cambios físicos, sociales y emocionales que sumado a factores externos o internos del propio joven pueden generar la situación de desorden y desconexión con la propia vida. La profesión médica tiene un papel fundamental a la hora de la prevención, tanto primaria como secundaria de las tendencias suicidas, involucrando a todos los especialistas sanitarios, por ello se deben dar a conocer estados o situaciones de alarma que puedan conllevar una efectiva y satisfactoria reacción de los profesionales, evitando así un trágico final¹².

A nivel regional, en Murcia, la prevalencia del suicidio juvenil provocó el desarrollo del Programa de acción para el impulso y la mejora de la Salud Mental 2019-2022. La prevención del suicidio fue uno de los objetivos principales, creándose la Guía de Protección del suicidio, un trabajo conjunto entre la consejería de Educación y Sanidad, para asumir de forma conjunta el problema tanto a nivel de las aulas como en los centros sanitarios¹³.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal.

1. Analizar el perfil de los suicidios en los jóvenes de 12-24 años durante los años 2013-2022 de la Región de Murcia.

2.2 Objetivos secundarios.

2. Analizar la posible relación entre los intentos previos de suicidio y las consultas a urgencias durante el mes previo a la muerte.
3. Evidenciar la posible relación entre el consumo de alcohol y drogas y la presencia de tóxicos en la autopsia.
4. Analizar la posible relación entre las patologías psiquiátricas y los intentos previos de suicidio.
5. Evidenciar cual fue la forma de muerte más repetida en hombres y mujeres.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio.

Para abordar los objetivos propuestos se planteó un estudio epidemiológico descriptivo, observacional, transversal o de prevalencia y retrospectivo.

3.2 Población a estudio.

La muestra de este estudio se obtiene de todos los suicidios que tuvieron lugar en la Región de Murcia, en los jóvenes de edades comprendidas entre 12-24 años, durante los años 2013 hasta 2022.

3.3 Ámbito de estudio.

Se recabó la información a través de la aplicación Orfila[®], implantada en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) de Castilla La Mancha, Castilla León, Cataluña, Extremadura, Valencia y ampliamente utilizada en la Región de Murcia.

Los datos se obtuvieron mediante el análisis individualizado de los distintos informes de suicidios durante 2013-2022 en la Región de Murcia, realizados por los médicos forenses, que fueron los encargados del levantamiento del cuerpo. Se revisaron también, en caso de existir, consultas previas en psiquiatría o psicología, así con ingresos previos por diferentes causas o intentos previos de suicidio en los que estuviera involucrado el paciente.

El periodo de recogida de datos clínicos comprendió los meses de octubre de 2023 a febrero de 2024, en el instituto de Medicina Legal de la Región de Murcia, durante la realización del rotatorio de prácticas clínicas de 6º de Medicina.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Acto suicida en la Región de Murcia.
- Se aceptaron todos los pacientes con edades comprendidas entre 12 y 24 años.

- Durante los años 2013-2022.

Criterios de exclusión:

- Años inferiores a 2013 así como posteriores a 2022, ya que en el momento de la recogida de datos el año 2023 no había finalizado.
- Aquellos fallecidos que superaran los 24 años en el momento del acto, teniendo en cuenta que se considera como número entero sin decimales la edad del paciente.

Atendiendo a estos criterios de selección se obtuvieron un total de 97 pacientes.

3.5 Variables seleccionadas.

Según la naturaleza de la información recogida se obtuvieron 3 tipos de datos los cuales se codificaron en 30 variables.

- Datos sociodemográficos: año, edad, municipio de residencia, sexo, país de origen, actividad previa al suicidio, estado civil, fecha de muerte, mes de muerte, día de muerte, hora de muerte y lugar físico del acto suicida.
- Datos sanitarios: forma de muerte, causa de muerte inmediata, tóxicos en autopsia, antecedentes médicos, antecedentes psiquiátricos, clasificación del trastorno psiquiátrico según CIE-10, tratamientos con psicofármacos, tratamiento farmacológico, ingresos previos, motivo de ingreso, intentos previos de suicidio, consumo de alcohol, consumo de drogas, consulta psiquiatría en los últimos 2 meses, consultas en urgencias último mes y consulta en urgencias de índole psiquiátrica.
- Datos sociales: precipitantes y tipo de despedida.

Las características de las variables y su codificación quedan reflejadas en el cuaderno de recogida de datos en el ANEXO 1.

3.6 Análisis de datos.

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con la aplicación IBM SPSS Statistics versión 27.0.1[®] para Windows[®], en el Área de Medicina legal y Forense de la Universidad Católica San Antonio de Murcia.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo, calculando las frecuencias absolutas y relativas de cada variable, en las variables tipo cuantitativo se calcularon también media, mediana, moda y rangos intercuartílicos. A continuación, se diseñó un análisis de asociación mediante estadística inferencial utilizando para ello el Test Chi Cuadrado (X) de Pearson, considerándose estadísticamente significativo un valor de p inferior al 0.05.

3.7 Aspectos éticos.

La presente investigación se ha realizado con el cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales necesarios para poder ser llevada a cabo. Se ha respetado en todo momento la normativa vigente que garantiza la confidencialidad de los datos de carácter personal, procedentes de los informes médico-forenses y su tratamiento automatizado de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y la Ley 41/2002, 14 de noviembre.

Este proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (CEO 11811).

4. RESULTADOS

4.1 Datos demográficos

Mediante un análisis descriptivo se objetivan los siguientes valores relevantes; en cuanto a la edad de los 97 pacientes suicidas la media se encuentra 19,20 años con un mínimo de 12 años y un máximo de 24 años, siendo los 21 años la edad más repetida con un 15,5% del total. Respecto al género se encuentra una diferencia significativa entre hombres con un 74,2% frente 25,8% en mujeres. En cuanto al año con mayor frecuencia de suicidios encontramos el año 2021 que asciende a un 18,6% de los suicidios totales que duplica los años anteriores y la tendencia de estabilidad que se observa desde el año 2016. El municipio con más casos de suicidio se encuentra Murcia con un 50,5% de los casos, cabe destacar en proporción los suicidios encontrados en San Javier 7,2%, frente a Molina De Segura con un 5,2%. Factores influyentes significativamente en el suicidio encontramos el estar soltero con un 88,7% de los casos y el desempleo y ser estudiante con un 21,6% y 52,6% respectivamente.

4.1.1. Forma de muerte en base al sexo.

Atendiendo a una muestra de 97 pacientes (N=97) y como se observa en la Figura 1, la forma más repetida de acabar con la vida es la ahorcadura en ambos sexos abarcando el 54,6% del total, siendo el lugar más frecuentado la vivienda de residencia del fallecido. Cabe destacar la precipitación como forma más frecuente entre mujeres con 40% que en hombres con un 31,9%. Por último, es relevante el empleo de armas de fuego entre los hombres ascendiendo a un 6,9% del total, ya que en mujeres es nula su presencia. Atendiendo a las causas minoritarias a la hora de la muerte entre los hombres se encuentran: la intoxicación, atropello y envenenamiento siendo el sumatorio de las tres un 3,09% en hombres. Entre las mujeres el sumatorio de intoxicación y envenenamiento asciende a un 3,09%.

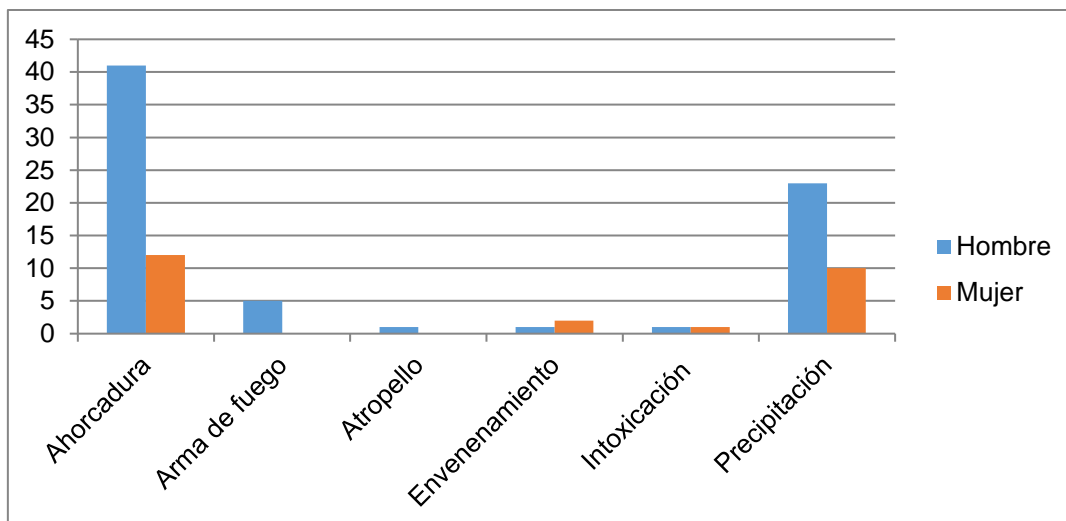


Figura 1. Formas de muerte separadas por sexo. Fuente: Elaboración propia.

4.2 Datos sanitarios

4.2.1 Enfermedades psiquiátricas, uso de psicofármacos, y enfermedades no psiquiátricas.

Siendo analizado el total de la muestra N=97, es destacable 63 individuos con patología psiquiátrica, de los cuales un 77,8% estaba en tratamiento con psicofármacos en el momento del suicidio, un 22,2% se encontraba sin tratamiento psiquiátrico pautado, ya bien por abandono del tratamiento o por la no preinscripción de este. Se observa entre las patológicas psiquiátricas más repetidas: el trastorno depresivo recurrente, problemas de experiencias negativas en la infancia con eventos que llevaron a la pérdida de la autoestima, trastornos de adaptación y trastornos de ansiedad.

En cuanto a las enfermedades no psiquiátricas, destacables los problemas digestivos que padecían el 11,6% de la muestra, así como el dolor crónico que estaba presente en un 9,2%. Otras enfermedades como las endocrinológicas se encuentran presentes en un 5,7% de la muestra, a tener en cuenta: obesidad, diabetes, hipotiroidismo e hipogonadismo hipogonadotropo.

4.2.2. Relación entre los intentos de suicidio y las visitas a urgencias en el mes previo a la muerte.

La Tabla 1 presenta una asociación notable entre antecedentes de intento de suicidio y visitas a urgencias dentro de los dos meses previos al fallecimiento,

con un valor de p de 0,03, que es inferior al umbral de significación estadística de 0,05. Estos resultados sugieren, una relación significativa, en la muestra estudiada, entre individuos con antecedentes de intento de suicidio y visitas al servicio de urgencias en el mes previo a su muerte. Entre los pacientes que visitaron urgencias en este mes, solo el 9,8% lo hizo por razones psiquiátricas, mientras que el resto consultó por otras patologías no relacionadas con la psiquiatría.

		Consulta urgencias último mes				
		No	No consta	Si	Total	
Intentos suicidio previos	No	Recuento	26	1	17	44
		Porcentaje intentos suicidio	59,1%	2,3%	38,6%	100,0%
		Porcentaje consultas urgencias	57,8%	100,0%	33,3%	45,4%
		Porcentaje total	26,8%	1,0%	17,5%	45,4%
	Si	Recuento	19	0	34	53
		Porcentaje intentos suicidio	35,8%	0,0%	64,2%	100,0%
		Porcentaje consultas urgencias	42,2%	0,0%	66,7%	54,6%
		Porcentaje total	19,6%	0,0%	35,1%	54,6%
P valor (significación estadística $p < 0.05^*$)					0,030*	

Tabla 1. Relación entre intentos de suicidio y consultas urgencias mes previo.

Fuente: Elaboración propia.

4.3 Consumo de alcohol y drogas en relación con los tóxicos encontrados en la autopsia.

Respecto al alcohol, se encuentra como antecedente el consumo de este en un 27,8%, observándose una asociación significativa entre este antecedente

y la presencia de tóxicos en la autopsia obteniéndose un p valor menor de 0,001. Como observamos en la Tabla 2, donde se relaciona a través de una tabla de contingencia la relación entre el consumo de alcohol y la presencia de tóxicos en la autopsia. Sin embargo, no se encuentra una relación significativa entre el consumo de psicofármacos y el consumo de alcohol con un p valor de 0,430. Tampoco se pudo relacionar la patología psiquiátrica con el consumo de alcohol ni con los intentos previos de suicidio.

		Alcohol					
		No		Si		Total	
		N	%	N	%	N	%
Tóxicos en autopsia	Negativo	46	65,7%	6	22,2%	52	53,6%
	Positivo	24	34,3%	21	77,8%	45	46,4%
Total		70	100,0%	27	100,0%	97	100,0%
P Valor (significación estadística p <0,05*)							<0,001*

Tabla 2. Relación entre tóxicos en autopsia y consumo de alcohol.

Fuente: Elaboración propia. N: Tamaño muestra.

Con respecto al consumo de drogas como antecedente se encuentra presente en un 24,74% del total y se relaciona directamente con la presencia de tóxicos en la autopsia, entendiéndose como el consumo de estos previo al acto suicida, resultando un p valor menor de 0,001. Al igual que con el consumo de alcohol no se observó una relación significativa entre los intentos previos de suicidio o la patología psiquiátrica.

		Drogas					
		No		Si		Total	
		N	%	N	%	N	%
Tóxicos en autopsia	Negativo	48	65,8%	4	16,7%	52	53,6%
	Positivo	25	34,2%	20	83,3%	45	46,4%
Total		73	100,0%	24	100,0%	97	100,0%
P Valor (significación estadística p <0,05*)							<0,001*

Tabla 3. Relación entre tóxicos en autopsia y consumo de drogas.

Fuente: Elaboración propia. N: Tamaño muestra.

4.4 Análisis del posible aumento de casos de suicidio durante el año 2020 debido a la Covid-19.

El año 2020 comprende el año de la pandemia de la Covid-19 se reportaron 7 casos como se observa en la figura 2, representando el 7,2% de los casos, sin embargo, este porcentaje es mucho menor que el del año 2021, siendo este el año que más suicidios se reportaron, con un total de 18 casos y un 18,6% del total. No se encuentra una relación directa con el año de la pandemia, contando este como el año 2020.

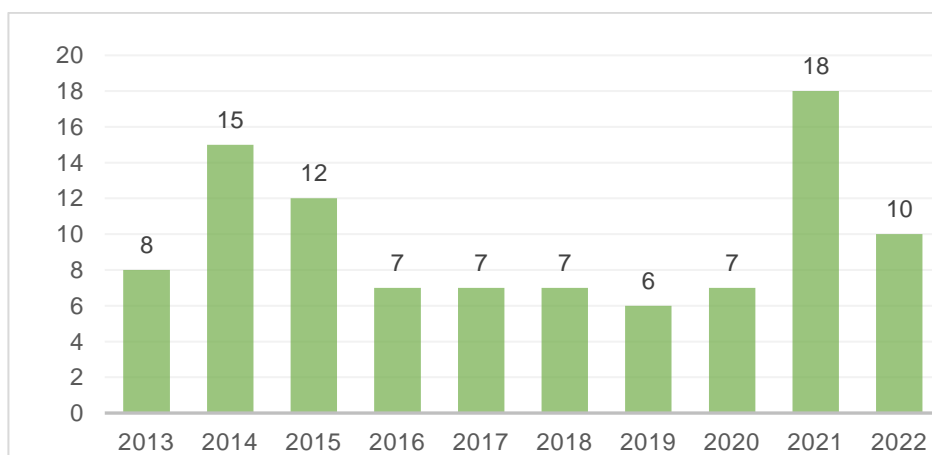


Figura 2. Número de suicidios separados por año.

Fuente: Elaboración propia.

5. DISCUSIÓN

El suicidio en menores de edad y adultos jóvenes representa un problema de Salud Pública que se encuentra presente en todos los países. No afectando solo al ámbito sanitario, sino también, teniendo un gran impacto en el ámbito económico. El Foro Económico Mundial (World Economic Forum; WEF) junto con la Facultad de Salud Pública de Harvard, analizó el impacto económico de las cinco enfermedades crónicas más frecuentes, entre ellas las enfermedades mentales y estimó su carga económica para los próximos 20 años, siendo los trastornos mentales los responsables de más del tercio de este gasto económico¹³. Es el deber de los médicos en particular de las especialidades de urgencias, atención primaria, psiquiatría y del médico forense, conseguir la prevención y el reconocimiento precoz de las posibles víctimas, para evitar estas consecuencias negativas en las personas no solo como individuos sino también como sociedad.

El suicidio es un fenómeno complejo y multidimensional que encuentra sus raíces en factores familiares, educativos, sociales, clínicos y psicológicos. No obstante, el estudio de los factores desencadenantes se encuentra con varios obstáculos; en primer lugar, encontramos el efecto Werther, que pone en duda si el hecho de recibir información en torno al suicidio, puede ser un factor de estímulo para nuevas iniciativas autodestructivas¹⁵. Sumado a la poca información que es recabada en torno al suicidio, en la Región de Murcia es el médico forense el encargado de levantar el cadáver y realizar la autopsia, no hay ningún comité especializado en el seguimiento de estos pacientes impidiendo así un fructífero análisis de los problemas del sistema.

Tras el estudio descriptivo realizado se observa una diferencia significativa en la proporción de suicidio de hombres frente a mujeres, 74,2% frente a 25,8% respectivamente, lo que viene respaldado por estudios como "Health at a glance Europe 2014" de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), justificando que los hombres por su naturaleza innata tienden más a comportamientos agresivos y lesivos que las mujeres, como se observa también en las formas de muerte como es el empleo de armas de fuego, sin embargo, si se habla de pensamientos suicidas son las mujeres las que encabezan la lista¹⁶.

Atendiendo a las patologías psiquiátricas, observamos que en nuestro análisis un 69,4% de los hombres tenían antecedentes psiquiátricos, mientras que solo el 52% de las mujeres contaban con ellos, esto contradice los estudios como el “Why talk about gender and mental health?”¹⁷ que afirman que la patología psiquiátrica es mucho más prevalente en mujeres que en hombres en la población en general. Esta discordancia puede deberse a la precoz edad de las víctimas, ya que una parte no constaba su atención en consultas de salud mental. También podría estar relacionado con la parte de población que selecciona cada estudio, podría darse el caso que entre los jóvenes de 12-24 años fuera más frecuente la patología psiquiátrica en varones. Esta premisa también se ve enfrentada por el estudio “Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México”, que acaba concluyendo que los trastornos psiquiátricos son más frecuentes en mujeres jóvenes que en hombres¹⁸. La patología psiquiátrica estuvo presente en 63 de 97 pacientes de nuestra muestra, lo que conlleva a pensar que este es un factor de riesgo presente en una gran parte de los jóvenes suicidas, contrastado por el estudio realizado en 2021 en España, posicionando como principal factor de riesgo para suicidarse el hecho de padecer una enfermedad mental¹⁹. Esta afirmación permite valorar la importancia y la repercusión que podría tener sobre las tasas de suicidio un exhaustivo reconocimiento y seguimiento de los pacientes con enfermedades mentales, ya que son considerados población de riesgo.

Un 54,6% de nuestra muestra había tenido un intento previo de suicidio, estableciéndose una relación directa entre este antecedente y la consulta a urgencias en los dos meses previos a la muerte. Durante los años 2013-2020 se realizó a nivel de la Consejería de Salud de la Región de Murcia un estudio de las visitas a urgencias de los pacientes suicidas, concluyendo que los adolescentes consultan en urgencias casi el doble que el resto de la población no implicando una mayor gravedad²⁰ y como se aprecia también en nuestros resultados la mayoría no lo hacen por causas psiquiátricas. Si se estableciera un protocolo de tratamiento multidisciplinar de estos jóvenes que acuden a urgencias, ya sea por causa psiquiátrica o no, podría abordarse el problema y quizás prevenir la tasa de suicidios, ya que conocemos que haber tenido un

intento previo de suicidio y consultar en urgencias puede ser un indicador de un paciente a tratar de forma preferente, para que no acabe con un trágico final.

El consumo de drogas y alcohol está considerado como un factor de riesgo tanto en los intentos de suicidio como en el suicidio consumado, en el análisis realizado se ve que existe relación ente los antecedentes de consumo de estas sustancias, con la presencia de ellas en la autopsia. Se asume que estas personas se encontraban bajo los efectos de tóxicos a la hora de suicidarse. La revista *Frontiers in Psychiatry*, concluye que el suicidio es la primera causa de muerte entre personas que padecen trastornos del consumo de sustancias, así como ser consumidor de alcohol frecuente agrava 10 veces la probabilidad de suicidarse y 14 el ser consumidor de sustancias psicoactivas²¹. Ambas sustancias son inhibitorias de los centros ejecutivos por ello tratando estas adicciones que afectan a los jóvenes podría prevenirse el suicidio de forma directa.

Durante la pandemia de la Covid-19 los trastornos como la ansiedad, depresión y el estrés aumentaron su prevalencia en jóvenes, debido al aislamiento social, el confinamiento y la situación social vivida ²², sin embargo, el aumento de estos trastornos no provocó un incremento de la tasa de suicidio entre los jóvenes²³, lo que se reproduce también en nuestro análisis, no obstante, cabe destacar que esta premisa puede no ser cierta, ya que el daño causado por la pandemia ha aumentado las enfermedades psiquiátricas y hasta día de hoy esto es un factor predisponente de suicidarse²⁴.

Remarcar la importancia de futuras investigaciones, así como protocolos estandarizados a nivel nacional, que permitan establecer un perfil de paciente de riesgo, generando una prevención más eficaz, que tenga como objetivo principal que la tasa de suicidio sea nula.

Por último, el estudio presenta algunas limitaciones entre las que se encuentran, sobre todo, la recogida de datos relevantes entorno al suicidio, precipitantes, antecedentes psicológicos, antecedentes psiquiátricos, entorno familiar, situación socioeconómica entre otros. Así como la información disponible en la documentación de los informes médico-forenses no está estandarizada, por ello no está definido el número de variables a recoger.

Respecto a la validez externa, al ser un estudio de naturaleza descriptiva no podemos establecer causalidad, pero si una pequeña aportación al

conocimiento de los factores de riesgo para que se dé la situación de que un joven se suicide, lo cual es el primer paso para mejorar la prevención y temprana atención de estos pacientes.

6. CONCLUSIÓN

1. El perfil demográfico característico del individuo joven que comete suicidio se observa como varón, con una edad de 21 años, procedente de la Región de Murcia, soltero, y generalmente identificado como estudiante o desempleado.
2. Se objetiva que, tener como antecedente intento de suicidio y consultar en urgencias podría calificarse como un factor de riesgo para suicidarse, en el mes siguiente. La creación de un protocolo de intervención psiquiátrica, enfocado en la evaluación temprana y el manejo especializado de pacientes de alto riesgo en urgencias, puede constituir una medida efectiva para reducir la incidencia de suicidios evitables.
3. El consumo de alcohol y drogas se asocia con una presencia de tóxicos en la autopsia, concluyendo que un porcentaje significativo de pacientes con estos antecedentes, habían consumido tóxicos en un periodo muy cercano al suicidio consumado. La aplicación rigurosa de la normativa de venta de alcohol y otras drogas de abuso podría generar beneficios en la salud mental y en las tasas de suicidio. La implementación de planes y campañas de prevención de posibles jóvenes con adicciones a estas sustancias generaría un gran impacto disminuyendo las tasas de suicidios.
4. No se ha podido demostrar que, en la población a estudio de este análisis, exista relación entre los intentos previos de suicidio y la patología mental previa.
5. La forma de muerte más repetida en ambos sexos es la asfixia por ahorcamiento en la propia vivienda del paciente, abarcando un 54,6% del total. En el análisis por sexo también fue lo más repetido con un 56,9% en hombres y un 48% en mujeres.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Suicidio [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Prevención del suicidio. [Internet]. Observatorio del Suicidio en España 2022 (datos definitivos diciembre 2023). Disponible en: <http://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022-definitivo/>
3. Hampton T. Depression Care Effort Brings Dramatic Drop in Large HMO Population's Suicide Rate. JAMA. 2010;303(19):1903-5.
4. Artieda-Urrutia P, Delgado-Gómez D, Ruiz-Hernández D, García-Vega JM, Berenguer N, Oquendo MA, et al. Escala Abreviada de Personalidad y Acontecimientos Vitales para la detección de los intentos de suicidio. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2015;8(4):199-206.
5. Gómez P. Tiempo y suicidio. Contribución antropológica a una discusión transdisciplinar. Pedro Gómez; 2007.
6. Khazem LR, Pearlstien JG, Anestis MD, Gratz KL, Tull MT, Bryan CJ. Differences in suicide risk correlates and history of suicide ideation and attempts as a function of disability type. Journal of Clinical Psychology. 2023;79(2):466-76.
7. Amador Rivera GH. suicidio: consideraciones históricas. Revista Médica La Paz. 2015;21(2):91-8.
8. Villaseñor Bayardo S, Rubio Ballesteros E. Hermenéutica e interpretación simbólica del suicidio. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 2013;59(2):137-43.
9. Espinosa-Salido P, Pérez Nieto MA, Baca-García E, Provencio Ortega M. Systematic review of the indirect relationships of thwarted belongingness and perceived burdensomeness in suicide. Clínica y Salud. 2021;32(1):29-36.
10. Prevención del suicidio. Observatorio del Suicidio en España 2022 (datos definitivos diciembre 2023). Disponible en: <http://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022-definitivo/>
11. Castellá HS. El comportamiento autodestructivo: una mirada hacia un tema que impacta a nuestra civilidad como grupo social. Mente y Cultura. 2022;3(1):29-31.

12. Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA, Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*. 2018;20(80):387-97.
13. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. *Mental health action plan 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
14. Espino Granado A. Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. junio de 2014;34(122):385-404.
15. Herrera Ramírez R, Ures Villar MB, Martínez Jambrina JJ. El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. marzo de 2015;35(125):123-34.
16. OECD. *Development Co-operation Report 2014: Mobilising Resources for Sustainable Development* [Internet]. OECD; 2014.
17. Prior P. *Gender and Mental Health*. NYU Press; 1999. 211 p.
18. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E, Fleiz C, Rojas E, et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud mental*. abril de 2009;32(2):155-63.
19. Valera Ortín J, Lucerón Lucas-Torres MI. [Suicide related factors in the elderly: A systematic review.]. *Rev Esp Salud Publica*. 8 de octubre de 2021;95:e202110166.
20. Suicidio y urgencias hospitalarias. Servicio Murciano de Salud. 2013 – 2020. *Informes sobre el Sistema Regional de Salud 2203*. Murcia: Consejería de Salud; 2022.
21. Flórez G, Espandian A, Llorens N, Seoane-Pillado T, Saiz P. Suicide deaths and substance use in the Galician provinces between 2006 and 2020. *Front Psychiatry*. 2023;14:1242069.
22. Ochoa-Fuentes DA, Gutiérrez-Chablé LE, Méndez-Martínez S, García-Flores MA, Ayón-Aguilar J. Confinamiento y distanciamiento social: estrés, ansiedad, depresión en niños y adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2022;60(3):338-44.
23. Cacchiarelli San Román N, Eymann A, Ferraris JR. Current impact and future consequences of the pandemic on children's and adolescents' health. *Arch Argent Pediatr*. diciembre de 2021;119(6):e594-9.

24. Abreu EK das N, Marcon SR, Espinosa MM, Kogien M, Valim MD, Nascimento FC dos S. Factors associated to suicide risk in stricto sensu postgraduate students: a cross-sectional study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29:e3460.

8. ANEXOS

8.1 Anexo 1.

VARIABLE	TIPO	CÓDIGO
Año	Cuantitativa discreta	Numérico
Edad	Cuantitativa discreta	Numérico
Municipio	Cualitativa nominal politómica	1: Murcia 2: Cartagena 3: San Javier 4: Molina de Segura 5: Lorca 6: Cieza 7: Jumilla 8: Totana
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	1: Hombre 2: Mujer
País origen	Cualitativa nominal politómica	1: España 2: Marruecos 3: Ucrania 4: Noruega

Actividad previa al suicidio	Cualitativa nominal politómica	1: Estudiante 2: Desempleado 3: Activo
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	1: Soltero/a 2: Casado/a 3: Separado/a
Fecha muerte	Cuantitativa discreta	Numérico
Mes muerte	Cualitativa nominal politómica	1: Enero 2: Febrero 3: Marzo 4: Abril 5: Mayo 6: Junio 7: Julio 8: Agosto 9: Septiembre 10: Octubre 11: Noviembre 12: Diciembre
Día muerte	Cualitativa nominal politómica	1: Lunes

		<p>2: Martes</p> <p>3: Miércoles</p> <p>4: Jueves</p> <p>5: Viernes</p> <p>6: Sábado</p> <p>7: Domingo</p>
Hora muerte	Cuantitativa continua	Numérico
Lugar físico del suicidio	Cualitativa nominal politómica	<p>1: Vivienda</p> <p>2: Vía pública</p> <p>3: Cuartel guardia civil</p> <p>4: Nave industrial</p>
Forma de muerte	Cualitativa nominal politómica	<p>1: Ahorcadura</p> <p>2: Precipitación</p> <p>3: Arma de fuego</p> <p>4: Envenenamiento</p> <p>5: Atropello</p> <p>6: Intoxicación</p>
Causa muerte inmediata	Cualitativa nominal politómica	<p>1: Anoxia Encefálica</p> <p>2: Shock traumático</p> <p>3: Destrucción de órganos</p>

		vitales 4: Insuficiencia cardiorrespiratoria
Tóxicos en autopsia	Cualitativa nominal dicotómica	1: Si 2: No
Antecedentes médicos	Cualitativa nominal dicotómica	1: Si 2: No
Antecedentes psiquiátricos	Cualitativa nominal dicotómica	1: Si 2: No
Trastorno según CIE-10	Cualitativa nominal dicotómica	1: Si 2: No
Psicofármacos	Cualitativa nominal dicotómica	1: Si 2: No
Tratamiento farmacológico	Cualitativa nominal dicotómica	1: Si 2: No
Ingresos previos	Cualitativa nominal dicotómica	1: Si 2: No
Motivo de ingreso	Cualitativa nominal politómica	1: Intento suicidio 2: Estudio digestivo 3: Estudio epilepsia 4: Alteración de la

		conducta alimentaria
Intentos previos de suicidio	Cualitativa nominal dicotómica	1: Si 2: No
Consumo de alcohol	Cualitativa nominal dicotómica	1: Si 2: No
Consumo drogas	Cualitativa nominal dicotómica	1: Si 2: No
Consulta Urgencias último mes	Cualitativa nominal politómica	1: Si 2: No 3: No consta
Consulta psiquiatría últimos dos meses	Cualitativa nominal politómica	1: Si 2: No 3: No consta
Consulta en urgencias de índole psiquiátrica	Cualitativa nominal dicotómica	1: Si 2: No
Precipitantes	Cualitativa nominal dicotómica	1: Si 2: No
Tipo de despedida	Cualitativa nominal dicotómica	1: Carta 2: WhatsApp

Fuente: Elaboración propia.

