

IDEACIÓN AUTOLÍTICA: UN CRECIMIENTO LLAMATIVO EN NUESTRAS URGENCIAS

Autores: María Sonsoles Moñivas Sánchez, Patricia Miguel Mata*, Oscar Pajares González-Gallego**, Ana M^a García Gil, Rebeca Yagüe Amor y Cristina Martín García***

* Enfermeras Especialistas en Salud Mental, Hospital Universitario Fuenlabrada

** Supervisor Unidad de Psiquiatría Hospital Universitario de Fuenlabrada

***Enfermeras Unidad de Psiquiatría Hospital Universitario de Fuenlabrada

INTRODUCCIÓN

Históricamente se ha definido el “suicidio” como un síntoma más de enfermedad psiquiátrica. A lo largo de la historia y conforme se ha ido profundizando en su estudio se ha visto como el suicidio consumado formaba parte de un “proceso suicidal”.

El concepto de “proceso suicidal” es mucho más amplio al englobar además del acto físico, el pensamiento y comportamientos encaminados a cometer el suicidio.

Formando parte de este proceso se situarían la ideación autolítica, los intentos autolesivos y los suicidios consumados.

Se denomina **ideación autolítica** la presencia persistente en el sujeto de pensamientos o ideas encaminadas a cometer suicidio.

Normalmente nos referimos a **suicidio consumado** como “toda muerte que resulta mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado”.

La tentativa de suicidio es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que produzca como resultado la muerte”.²

Rápidamente, esta definición ha quedado cuestionada al observar en los diferentes estudios como no siempre ésta se acompañaba de intención de lesionarse o acabar con la propia vida.

Se ha evidenciado como la intencionalidad no es otra cosa que la necesidad de obtención de algo que el individuo cree que no es posible conseguir por otros medios, es decir, realizar una demanda de atención ante una situación que el sujeto vive como desesperante o como agresiva hacia los demás.

Por otro lado, en las investigaciones epidemiológicas se han descrito grandes diferencias sociales, culturales, económicas y educacionales, entre los casos de supervivientes y fallecidos. Como resultado de estos estudios diversos autores han incluido otro tipo de términos como parasuicidio, autolesiones, pseudo suicidio o la propia ideación autolítica.

Por **parasuicidio** entendemos un acto sin desenlace fatal en el que el individuo de forma deliberada inicia una conducta no habitual auto lesiva con el fin de producir cambios en su esfera vital a través de su acción.

Diversos trabajos han establecido variables relacionadas con la ideación autolítica, como el nivel adquisitivo, el estrés psicológico, la actividad física y el uso de servicios relacionados con la salud mental⁴.

En un reciente estudio realizado en Italia sobre una amplia muestra se han identificado como factores de riesgo favorecedores de ideación auto lítica: el sexo femenino, edad joven, escasa formación educativa y la presencia de enfermedad mental concomitante⁵.

La relación entre sexo femenino y una mayor probabilidad de ideación autolítica está ampliamente documentada dado el gran número de estudios que lo corroboran^{6 7 8}.

En nuestro ámbito de actuación (Área Sanitaria IX de la Comunidad de Madrid), se ha observado un elevado número de atenciones, relacionadas con pensamientos sobre muerte, daño autoinfligido y gestos auto lesivos.

Asimismo, ha resultado llamativo el hecho de que un gran número de pacientes que acudieron por estos motivos no estuvieran diagnosticados de enfermedad mental de base ni realizaran seguimiento en los servicios de salud mental del área.

Por estos motivos desde distintas instancias se ha decidido realizar este estudio de investigación para definir la situación del problema, los factores de riesgo, etc.; así como confirmar la idea de que la aparición de una ideación auto lítica no tiene que estar relacionada con la presencia de una enfermedad psiquiátrica previa.

OBJETIVOS

Conocer la relación existente entre pacientes que vienen a urgencias con ideación autolítica y el resto de urgencias psiquiátricas.

Identificar qué patología mental tiene mayor relación con las ideaciones autolítico y determinar los factores relacionados (rango de edad, sexo, nivel cultural, estado civil...)

METODOLOGÍA

Se pretende realizar un estudio descriptivo-retrospectivo de los pacientes que han llegado a la urgencia del Hospital de Fuenlabrada y son clasificados para valoración por Psiquiatría, con ideación autolítica como motivo de consulta.

Se recogieron datos durante 18 meses, desde sept/05 hasta feb/07

Se han obtenido un total de 230 consultas en Urgencias por ideación autolítica, de un total de 974 urgencias por demanda psiquiátrica, casi un 24 % de todas las urgencias psiquiátricas en ese periodo.

De las consultas por ideación autolítica se ha extraído información de 218 pacientes, ya que, de aquellos que presentan varias asistencias en urgencias por el mismo motivo, sólo se recuperan los datos una vez, de forma aleatoria.

La información se obtendrá de la historia clínica, rellenando un cuestionario en el cual no aparecerá el nombre ni ningún dato que pueda relacionarse con el paciente del que se obtiene la información.

Este cuestionario tendrá varias preguntas que se sacarán de la propia historia y que son nuestras variables o factores relacionados.

FACTORES RELACIONADOS

1 Edad: determinada en rangos

2 Sexo:

- Hombre.
- Mujer.

3 Estado Civil:

- Soltero/a.
- Casado/a.
- Divorciado/a.
- Viudo/a.

4 Nivel de Estudios:

- Sin estudios.
- Estudios primarios.
- Estudios secundarios.
- Estudios universitarios.

5 Situación Laboral:

- En activo.
- Jubilado.
- En paro.
- Con incapacidad laboral transitoria.
- Con incapacidad laboral permanente.

6 Situación convivencia Familiar:

- Vive Solo.
- Con pareja.
- Con padres.
- Hijos.
- Institucionalizado

7 Diagnóstico de Enfermedad Mental, instaurado tanto previo a la consulta como tras la urgencia.

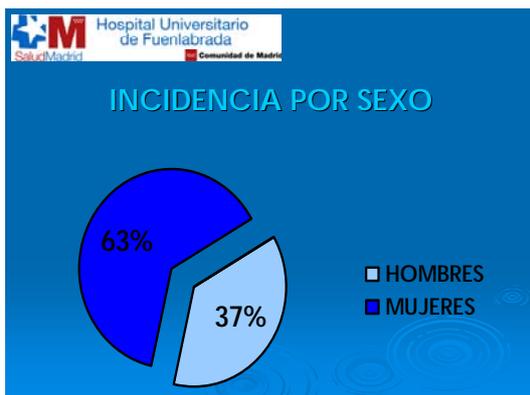
- Alcoholismo.
- Consumo de tóxicos.
- Depresión.
- Esquizofrenia.
- Psicosis sin especificar.
- Síndrome Ansioso-depresivo.
- Trastorno Adaptativo.
- Trastorno de la Personalidad.

RESULTADOS DEL ESTUDIO



En la primera gráfica podemos observar que la ideación autolítica se presenta para ambos sexos más frecuentemente en rango de edad 25-65 años , coincidente con la vida laboral activa.(mayor incremento en el inicio de la vida laboral para ambos sexos).

Datos que, por otro lado, son similares a los rangos de edad de la población general de Fuenlabrada, que se muestra en la segunda gráfica, lo que indica que no hay ninguna franja de edad en la que la ideación autolítica sea especialmente prevalente, en esta área.

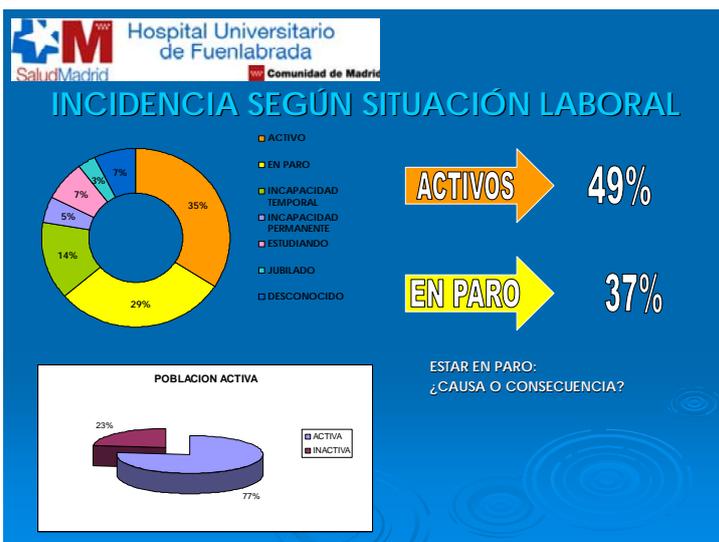


Se corrobora que el sexo femenino con un 63 % frente al 37% de los hombres, tiene una incidencia muy superior en los casos estudiados por ideación autolítica, como en estudios citados en la bibliografía, como son los de Allison ,Garrison y Fedorowicz realizados en distintos países entre los años 2001 a 2007.



En cuanto al estado civil, el no tener pareja estable (suma de solteros, divorciados y viudos: 57%) tiene sólo una ligera desventaja frente a los casados (41%) a la hora de presentar ideación auto lítica.

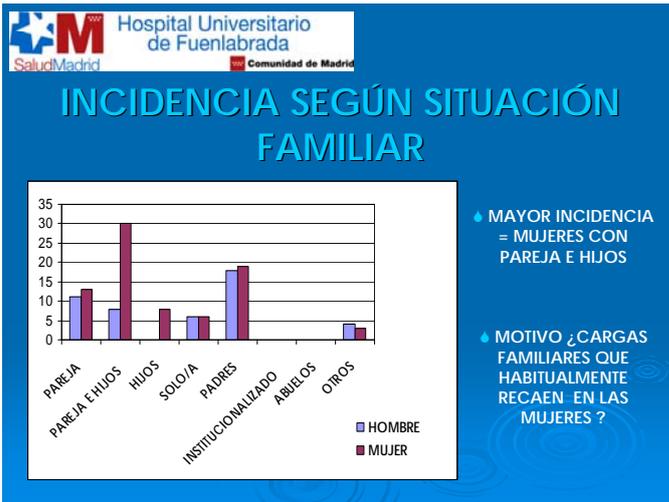
Al no disponer de datos en la población general, se quedan abiertas las dos posibilidades: que el hecho de tener pareja sea un **factor de protección** o que por el contrario, pueda considerarse **factor de riesgo**.



Comparando el porcentaje de pacientes en paro, con incapacidad permanente más los jubilados (37%), con los que están en activo o con incapacidad temporal (49%), no se encuentran diferencias demasiado significativas.

Sin embargo, si tenemos en cuenta la encuesta de población activa de la Comunidad de Madrid (gráfica inferior), llama la atención que la cantidad de pacientes en paro con ideación autolítica es algo superior a la proporción de población general que se encuentra en las mismas circunstancias.

Cabría preguntarnos si el hecho de no tener ocupación actúa como **causa** o, por el contrario, es **consecuencia** de la aparición de ideación autolítica.

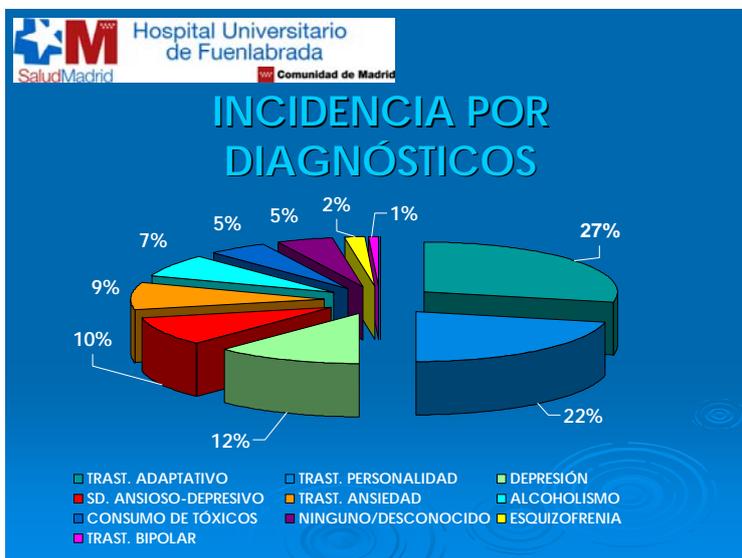


En esta gráfica se relaciona el número de casos de pacientes con ideación autolítica (separados por sexos) con la convivencia familiar habitual.

Las mujeres que viven con su pareja e hijos, son las que más frecuentemente la presentan, frente a un reducido número de hombres en igualdad de circunstancias, es decir el 81% frente al 19%.

Cuando el tipo de convivencia es otra, los casos son similares en ambos sexos.

Cabría preguntarse si la causa de estos resultados tiene su base en las cargas familiares que, habitualmente, son mayores en el caso de las mujeres (¿?).



La última gráfica nos muestra que la ideación autolítica como motivo de urgencia se presenta en mayor porcentaje (27%) en personas diagnosticadas de trastorno adaptativo durante el ingreso, seguido del trastorno de personalidad, instaurado antes o después del ingreso.

Curiosamente las personas diagnosticadas de base, de esquizofrenia o trastorno bipolar son los últimos en presentar dicha ideación en la urgencia.

Se corrobora, pues, la visión de búsqueda de cambio en la esfera vital como llamada de atención en la ideación autolítica y no la muerte como resultado; como mencionábamos en la introducción de nuestro estudio.

CONCLUSIONES

Como resumen de nuestro estudio sacamos las siguientes conclusiones, no sin antes mencionar que no hay datos concluyentes acerca del nivel de estudios, debido a que un gran porcentaje de pacientes no comunica en la entrevista dicho nivel; si bien, el mayor porcentaje de los que contestaron tienen estudios primarios.

A modo de resumen concluimos:

1. El mayor porcentaje de los casos atendidos en la urgencia por ideación autolítica, son dados de alta con un diagnóstico de trastorno adaptativo, sin tener diagnóstico psiquiátrico previo.
2. La gran mayoría de pacientes atendidos en la urgencia por ideación autolítica son mujeres, el 63 %.
3. Debido a que la campana de edades de la población de Fuenlabrada es proporcional a los resultados de nuestro estudio, concluimos que no hay ninguna franja de edad en la que la ideación autolítica sea prevalente, en este área .
4. Las mujeres que conviven con pareja e hijos presentan mas frecuentemente ideación autolítica, frente a un reducido número de hombres en igualdad de condiciones, preguntándonos si las cargas familiares que normalmente soporta la mujer son la causa de esta gran diferencia.

Bibliografía:

1. Mingote Adán JC, Jiménez Arriero MA, Osorio Suárez R, Palomo T. Suicidio. Asistencia Clínica. Guía Práctica de Psiquiatría Médica. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 2004.
2. Durkheim, E. El Suicidio. Akal Universitaria. Madrid 1982
3. Casey PR, Dunn G, Nelly BD, Birkbeck G, Dalgard OS, Lehtinen V, Britta S, Ayuso-Mateos JL, Dowrick C, ODIN Group. Factors associated with suicidal ideation in the general population: five-centre analysis from the ODIN study. Br J Psychiatry 2006; 189: 410-5.
4. Taylor A, Dal Grande E, Gill T, Fisher L, Godney R. Detecting determinants of suicidal ideation: South Australian surveillance system results. Int J Public Health 2007; 52(3): 142-52.
5. Scocco P, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J. Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: Results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders-world Mental Health study. Compr Psychiatry 2008; 49(1): 13-21.
6. Allison S, Roeger L, Martin G, Keeves J. Gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents. Aust N Z J Psychiatry, 2001; 35(4): 498-503.
7. Garrison CZ, Addy CL, Jackson KL, McKeown RE, Waller JL. A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1991; 30(4): 597-603.
8. Fedorowicz VJ, Fombonne E. Suicidal behaviours in a population-based sample of French youth. Can J Psychiatry, 2007; 52(12): 772-9.
9. Freedenthal S, Vaughn MG, Jenson JM, Howard MO. Inhalant use and suicidality among incarcerated young. Drug Alcohol Depend 2007; 90(1):81-8.

10. Dunn MS, Goodrow B, Givens C, Austin S. Substance use behaviour and suicide indicators among rural middle school students. *J Sch Health* 2008; 78(1):26-31.
11. Bobes García J, Saiz Martínez PA, García-Portilla González, MP, Bascarán Fernández MT, Bonsoño García M. *Comportamientos Suicidas. Prevención y tratamiento*. Ed. Ars Médica, Barcelona, 2004.
12. Bobes García J, González Serjo JC, Saiz Martínez PA. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Ed. Masson, Barcelona, 1997.
13. Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Ed. Masson, Barcelona, 1998.
14. Bille-Brahe U, Andersen K, Wasserman D, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, De Leo D, Haring C, Hawton K, Kerkhof A, Lönnqvist J, Michel K, Phillippe A, Querejeta I, Salander-Renberg E, Temesváry B. The WHO/EURO Multicentre Study: Risk of Parasuicide and the Comparability of the Areas Under Study. *Crisis* 1996, 17(1): 32-42.