

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Análisis y Gestión de Emergencias y Desastre

“Asistencia extrahospitalaria en el suicidio: SAMU-ASTURIAS”

Autora: Paloma Álvarez Fernández

Fecha: Junio 2017

Trabajo Fin De Máster



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

Rafael Castro Delgado , Doctor en Medicina por la Universidad de Oviedo, Profesor asociado del Máster de Enfermería en Análisis y Gestión de Emergencias y Desastre por la Universidad de Oviedo, Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Instructor de RCP Básica y Avanzada por el European Resuscitation Council (ERC) y Médico Adjunto del SAMU.

ACEPTA TUTORIZAR A:

PALOMA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ con Trabajo Fin de Máster titulado:

“Asistencia extrahospitalaria en el suicidio: SAMU-ASTURIAS”

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente en Oviedo a 11 de Febrero de 2017.

Fdo: Rafael Castro Delgado

AGRADECIMIENTOS

Mi mayor gratitud va dirigida a mis padres por apoyarme y ayudarme incondicionalmente en todo lo que me propongo.

A mi pareja Alex, por estar ahí siempre presente y volver a hacerme tener esperanza e ilusión para poder creer en todo lo que ya no tenía sentido.

A mis amigos, en especial a mi Conchitina por esos momentos de desconexión, risas, vinos, viajes y bailes.

A mi querida Monsina, por su santa paciencia y su sonrisa eterna en esas noches de agobio en UCI.

A mi tutor, por su paciencia con mis mails y mis alocadas estadísticas.

A todos, gracias.

INDICE

1. GLOSARIO DE ABREVIATURAS	8
2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	10
2.1 Concepto de suicidio, autolesión	10
2.2 Tipos de suicidios	10
2.3 Asistencia extrahospitalaria en los suicidios : SAMU Asturias	11
2.4 Crisis económica y efectos para la salud: Indicadores	13
2.5 Tendencia de los suicidios en España y Europa en los últimos 10 años	17
2.6 Prevención del suicidio.....	21
2.7 Justificación	22
3. OBJETIVOS.....	23
3.1 Objetivo principal.....	23
3.2 Objetivos secundarios.....	23
4. METODOLOGÍA	24
5. RESULTADOS	26
5.1 Características de los sujetos a estudio.....	26
5.2 Tipo de suicidio más frecuente en Asturias	27
5.3 Tendencia de los suicidios relacionado con el paro en Asturias de los últimos 5 años	32

6. DISCUSIÓN	33
7. CONCLUSIONES	37
8. BIBLIOGRAFÍA	38

1. GLOSARIO DE ABREVIATURAS.

CCU: Centro Coordinador de Urgencias.

CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades.

DS: Desviación Standard.

DTF: Tasa de Depósitos a Terminio Fijo.

FC: Frecuencia Cardíaca.

HUCA: Hospital Universitario Central de Asturias.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud.

IPC: Índice Nacional de Precios y Cotizaciones.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PIB: Producto Interior Bruto.

RAE: Real Academia de la Lengua Española

SVA: Soporte Vital Avanzado.

SVB: Soporte Vital Básico.

SESPA: Servicio de Salud del Principado de Asturias.

SMUR: Servicios Móviles de Urgencia y Reanimación.

TA: Tensión Arterial.

TRM: Tasa Representativa de Mercado.

USVA: Unidades de Soporte Vital Avanzado.

USVB: Unidades de Soporte Vital Básico.

UVR: Unidad de Valor Real.

VS: Versus

2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

2.1. CONCEPTO DE SUICIDIO, AUTOLESIÓN:

Podemos considerar las tentativas de suicidio como un problema de gran magnitud el cual se asocia a un incremento del riesgo de que se repita el episodio.

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE), en su vigésima tercera edición, define el suicidio como “voz formada, desde un punto de vista etimológico, a semejanza de homicidio, que lo definen como el hecho de matarse a uno mismo. Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza. Exponiendo en esta segunda acepción el concepto de conducta suicida” (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el suicidio es el acto deliberado de quitarse la vida. La autolesión es un término más amplio que concierne al envenenamiento o lesión intencional autoinfligida, la cual puede o no tener un resultado fatal” (2).

Según los datos que hemos obtenido de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 800.0000 personas se suicidan cada año, esto hecho se traduce en una muerte cada 40 segundos. El suicidio se puede producir en cualquier etapa de la vida. Es un fenómeno global, tanto de países de altos ingresos como de bajos ingresos, afecta a todo el mundo. Según la OMS “la mortalidad por suicidio es superior a la mortalidad total causada por la guerra y los homicidios. Los plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son los métodos más habituales empleados en el mundo” (3).

2.2. TIPOS DE SUICIDIOS:

Durkheim desarrolló uno de los estudios sociológicos por los cuales se guía mayoritariamente la sociedad hoy en día, dicho estudio, publicado originalmente en 1897, trata sobre la relación que tienen el individuo y la sociedad respecto al suicidio. Podemos afirmar que los seres humanos se ven así mismos como individuos que actúan por propia voluntad y elección, pero, la sociedad, es realmente la que determina los comportamientos de cada individuo.

Los resultados del estudio de Durkheim mostraron que el acto del suicidio se veía influido por la sociedad.

En su estudio, se dio cuenta de que ciertos tipos de personas eran más propensas a suicidarse que otras, por ejemplo: los hombres más que las mujeres, los protestantes más que los católicos, los ricos más que los pobres y las personas que estaban solteras

más que las personas que estaban casadas. Otro de sus resultados fue que las personas se suicidaban menos en época de guerra que en época de cambio económico.

Identificó cuatro tipos de suicidio, según la presencia o ausencia relativa de la integración y la regulación:

- “Suicidios *egoístas*: escasa integración social. Tienen lugar cuando un individuo está aislado o cuando sus vínculos con un grupo se debilitan o se rompen”.
- “El suicidio *anónimo*: se produce por falta de regulación social. Se refiere a las condiciones sociales de la anomia, situación en que las personas se quedan "sin normas" debido a un rápido cambio en la sociedad o a la inestabilidad de ésta”.
- “El suicidio *altruista*; tiene lugar cuando un individuo está "demasiado integrado" -los vínculos sociales son demasiado fuertes- y valora más a la sociedad que a sí mismo (kamikazes, hombres bomba...)”.
- “El suicidio *fatalista*: Se originaba cuando un individuo está excesivamente regulado por la sociedad. La opresión del individuo produce un sentimiento de impotencia ante el destino o la sociedad” (4).

2.3. ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA EN LOS SUICICIOS: SAMU-ASTURIAS:

La asistencia a pacientes desde sus inicios, ha estado ligada a la asistencia de los heridos de guerra. Los Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén socorrían a las víctimas de las Cruzadas; en torno a 1580, Camilo de Lelis fundó la congregación de enfermeros voluntarios. Más tarde, se empezaron a usar los sistemas de clasificación y recogida de los heridos, es en 1792 cuando el Barón Larray (medico de Napoleón) propuso la evacuación de los heridos con medios móviles bajo vigilancia. En Belfast, en 1965, se dotó la primera ambulancia con desfibrilador portable, así se creó la primera unidad de emergencia extrahospitalaria de cuidados coronarios. Además, se aprobó un decreto creando los Servicios Móviles de Urgencia y Reanimación (SMUR) y, posteriormente, en el año 1968 nace el SAMU para coordinar las actividades del SMUR por medio de una central de reanimación médica de llamadas. En 1988 el Defensor del Pueblo emitió su informe sobre la Sanidad en España, es ahí donde se demostraron las altas cifras de mortalidad extrahospitalaria, por lo tanto, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) elaboró el Plan Director de Urgencias y puso en funcionamiento los servicios de urgencias de atención domiciliaria naciendo así en Madrid el 061 (5).

Cuando una persona comete un acto suicida, la primera atención se realiza en el ámbito extrahospitalario, área en el cual se desarrolla nuestro estudio, en concreto, dentro del Servicio de Emergencia Extrahospitalaria SAMU-ASTURIAS, el cual es el encargado por el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) de atender todas las Urgencias Sanitarias en nuestro territorio, durante las 24 horas del día y los 365 días del año, el número para acceder a esta asistencia es el **112**, único número para toda la Unión Europea.

En Asturias, se inauguró en el año 1988 una central de coordinación dependiente de la Delegación del Gobierno y su número era el 006.

Poco a poco hubo que adaptar el sistema a las necesidades de los ciudadanos y en 1989 se incorporaron médicos de urgencias a la central de coordinación, ellos se encargaban de coordinar y gestionar telefónicamente la movilización de los recursos disponibles.

En 1995, se inició el transporte sanitario medicalizado, con dos unidades de Soporte Vital Avanzado (USVA, también llamada ALFA o UME) una con base en Oviedo y otra en Gijón, la cuales se dotaron con personal sanitario (médico y enfermera) pertenecientes a los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

En 1998 se cambia el número de teléfono de 006 al 1006.

En el año 2000 se crea la Gerencia 061 la cual depende del Servicio de Salud y se cambia el nombre de Central de Coordinación a Centro Coordinador de Urgencias (CCU).

También es este año se dota a Asturias con otra USVA con base en Avilés y el personal sanitario pasa a depender de la gerencia del SESPA, momento en el cual nace el SAMU.

En el año 2001 se dota a Sama de Langreo con otra USVA.

En 2002, se crea la Entidad Pública 112 Asturias, lugar en el cual se recibirán todas las llamadas de atención urgente, tanto sanitarias como no sanitarias, momento en el cual se pone en funcionamiento el número 112 y; se incorporan dos nuevas USVA una en Mieres y otra en Arriendas.

En el año 2003, según Decreto 174/2003, del 28 de Agosto, de estructura orgánica básica del SESPA, se crea la Unidad de Coordinación de Atención a las Urgencias y Emergencias Médicas, situado en las dependencias del 112 en La Morgal, Llanera, de la cual depende todo el personal, teleoperadores y médicos del CCU, así como el personal sanitario (médicos y enfermeras) que forman parte del equipo de las USVA.

En el año 2005, se incorpora UME 9 la cual realiza traslados medicalizados extraprovinciales y la UME 10, destinada a servicios secundarios (traslado de pacientes de un hospital a otro que requieran SVA durante el mismo, también es posible su uso como servicio primario cuando esté disponible, con base en Gijón, dotada de personal del SAMU solo por el día, de 09:00 a 21:00 h.

En el año 2009 se comienza a coordinar el Transporte Programado.

Actualmente el Principado de Asturias tiene una extensión de 10604 Km² y una población de 1.051.229 habitantes (6).

Para finalizar, podemos decir que Asturias posee una flota de ambulancias para la atención urgente de:

- 7 USVA distribuidas en seis de las ocho áreas sanitarias, el área I (Jarrio) y el área II (Cangas de Narcea) no tienen USVA, se sirven de Unidades de Soporte Vital Básico (USVB) acompañadas de personal sanitario de atención primaria, o del helicóptero de Bomberos de Asturias, dotado de un médico y dos rescatadores (7).
- 21 USVB destinadas al transporte de todo tipo de enfermos
- 11 ambulancias convencionales o no asistenciales, destinadas a traslados o programados (8).

2.4. CRISIS ECONÓMICA Y EFECTOS PARA LA SALUD: INDICADORES.

Las crisis económicas vienen precedidas con frecuencia por crisis financieras, las cuales aumenta el desempleo y el empobrecimiento de las familias (9).

Los **indicadores económicos** son “valores estadísticos que muestran el comportamiento de la economía. Estos ayudan a analizar y prever el comportamiento de la misma”. Se calculan cada determinado tiempo con la finalidad de que se puedan hacer comparaciones y así determinar si la situación está mejorando o empeorando.

Los indicadores más conocidos y usados son:

- **Producto Interior Bruto (PIB):** “Muestra como se encuentra la economía en general, el PIB es la suma de bienes y servicios de demanda final registrados en un periodo de tiempo”.
- **IBEX 35:** “Es el índice bursátil más importante de España. Utilizado como referente nacional e internacional para conocer la situación de la bolsa española. Formado por las 35 empresas con más liquidez que cotizan en el Sistema de Interconexión Bursátil integrado por cuatro bolsas españolas (Madrid, Barcelona, Valencia y Bilbao)”.
- **Prima de Riesgo:** “Es la rentabilidad que exigen los inversores (interés) a un país para comprar su deuda soberana en comparación con la que exigen a otros países”.

- Tasas de interés: “Muestra las oscilaciones en las cotizaciones de divisas en los mercados de cambio internacionales”.
- Índice Nacional de Precios y Cotizaciones (IPC): “Revela la evolución del precio de los activos de las emisoras que cotizan en la bolsa”.
- Tasa de Desempleo: “Se refiere a la población económicamente activa que está buscando un trabajo pero no lo consigue. Si la tasa está por encima del 10%, es decir, que 10 de cada 100 personas no consigan empleo entonces la situación es grave y esto se refleja en una recesión o crisis de un país”.
- Balanza de pago: “Muestra la cantidad de los pagos que se reciben de países extranjeros y la cantidad de pagos efectuados que el país doméstico hace al exterior. Refleja las estadísticas del comercio internacional”.
- Tasa Representativa del Mercado (TRM): “Esta tasa oficial está dada por la compra y venta de divisas. Varía diariamente gracias al mercado de divisas que existe en el país”.
- Inflación: “Es el aumento generalizado de los precios de todos los bienes y servicios de un país. En términos generales se mide anualmente pero también puede ser mensual”.
- Tasa de Depósitos a Término Fijo (DTF): “Se calcula semanalmente, es el promedio ponderado de las tasas de interés de todos los CDT’s a 90 días que ofrecen diferentes entidades financieras que reciben tu dinero. Es decir que cuando inviertes sabes realmente cuanto vas a recibir al final del periodo”.
- Unidad de Valor Real (UVR): “Unidad que refleja el poder adquisitivo de tu moneda y depende directamente de la inflación. Esta tasa es una herramienta para los créditos hipotecarios. Determina cual va ser tu valor a pagar en un crédito de este tipo y se calcula según variación de la inflación en los últimos doce meses del periodo a analizar” (10-13).

Las crisis económicas provocan cambios sanitarios en la población los cuales se expresan en factores demográficos y en indicadores de salud (14).

Los **indicadores de salud** son “parámetros estadísticos que miden, tanto cualitativa como cuantitativamente, los cambios en sucesos colectivos asociados generalmente a vaivenes sociales y demográficos”.

Gracias a estos indicadores podemos conocer el estado de salud de los individuos o comunidades de manera objetiva para planificar un buen programa de atención sanitario.

En España, los indicadores de salud ofrecen un análisis periódico de la situación sanitaria actual y proporciona información sobre los problemas de salud, los cuales nos permiten valorar su tendencia y su distribución geográfica (14).

Los indicadores de Salud más habituales son los siguientes:

- Esperanza de vida: “Es el promedio del número de años que se espera que viva un individuo. Refleja no sólo el nivel de salud, sino también el social, económico y sanitario de un lugar concreto”.
- Mortalidad: “Este indicador sirve para monitorizar los problemas de salud y el establecimiento de prioridades sanitarias, ayuda a evaluar el estado de salud de la población, así como la vigilancia epidemiológica y la planificación sanitaria”.
- Morbilidad: “Variable sanitaria influida por la recogida de datos, ya que los datos son obtenidos partir de la información proporcionada por los servicios sanitarios, los registros de base poblacional y los sistemas de notificación ajenos al sistema sanitario”.
- Salud materno-infantil: “Indicador imprescindible para determinar el nivel socioeconómico de la población, así como su estado de salud”.
- Hábitos y estilo de vida relacionados con la salud: Los malos hábitos y estilos de vida están relacionados directamente con la mortalidad. La inactividad física y la obesidad pueden derivar en enfermedades coronarias, diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc. La ingesta insuficiente de frutas y verduras o, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, puede dar lugar a enfermedades crónicas.

Como dato importante podemos decir que una expresión de los bajos ingresos familiares o de una crisis económica, da como resultado una malnutrición y causa múltiples enfermedades.

Las enfermedades infecciosas intestinales o respiratorias se pueden dar lugar debido al empobrecimiento en algunos núcleos poblacionales, aumentando así la mortalidad infantil.

La crisis también afecta a los ingresos públicos dando lugar a la disminución de la capacidad privada para adquirir servicios médicos, aumentando así el uso de los servicios públicos, los cuales podrían estar disminuidos por la misma crisis (9, 14).

Según la OMS sobre el impacto de la crisis financiera:

- “En los países de ingresos bajos, el impacto de la crisis se percibe en la disminución de la demanda de exportaciones, las condiciones más difíciles de acceso al capital y la disminución de las inversiones extranjeras directas y de las transferencias de fondos.
- Cuando las monedas locales se devalúan, el costo de las importaciones aumenta. Es posible que no se pueda disponer de medicamentos esenciales de importancia vital, o que resulten inasequibles.
- Muchos países de ingresos altos, con poblaciones que envejecen, han empezado a prepararse en previsión de un aumento del gasto en salud y en pensiones. El acceso a la atención de salud es un derecho fundamental y una responsabilidad de los gobiernos del mundo entero. Disminuir la exclusión, ampliar las prestaciones universales y proteger a la población frente al empobrecimiento son elementos comunes de un número cada mayor de políticas nacionales de salud.
- El impacto de la crisis será distinto en cada país, pero existe un consenso cada vez más amplio acerca de lo que habrá que hacer para sostener los niveles de salud: necesitamos información de buena calidad, en tiempo real, para orientar la respuesta; hemos de ser capaces de identificar los grupos más expuestos; hay que asegurarse de que los programas de protección social estén bien orientados y lleguen hasta quienes más los necesitan; hay que mejorar la eficiencia del gasto donde sea posible; hay que reconocer que las crisis a menudo brindan la ocasión de efectuar reformas; hay que mantener los gastos en prevención (que a menudo son la primera víctima de los recortes); y donde se necesite asistencia externa, hay que velar por que sea lo más eficaz posible”(15).

2.5. TENDENCIA DE LOS SUICIDIOS EN ESPAÑA Y EUROPA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS:

En Europa, se ha asociado un aumento de la tasa de suicidios debido a las crisis económicas, las hipotecas, el desempleo y las crisis personales (16).

Múltiples estudios han intentado determinar los efectos de la crisis económica en la salud de los ciudadanos. Estos resultados han planteado controversias acerca de si el impacto es positivo o negativo sobre la salud. Sin embargo, estas discusiones desaparecen al analizar los estudios específicos en salud mental. En dichos estudios, los resultados son determinantes: la salud mental se ve negativamente afectada durante los periodos de crisis económica.

Analizando los resultados del estudio IMPACT, el cual fue realizado en consultas de Atención Primaria en España, muestran un incremento significativo de los trastornos mentales más habituales. En dicho estudio, el desempleo constituye el factor de riesgo más importante para el aumento de los trastornos mentales, sus resultados también concluyen en un aumento del consumo de fármacos antidepresivos (17).

La crisis Europea afecta más duramente a Grecia, Portugal y España. Podemos observar que en la actualidad, el 25% de los españoles en edad laboral están desempleados, siendo de este modo la tasa más alta de Europa (18).

TABLA TASA NACIONAL DE DESEMPLEADOS AMBOS SEXOS, TODAS LAS EDADES

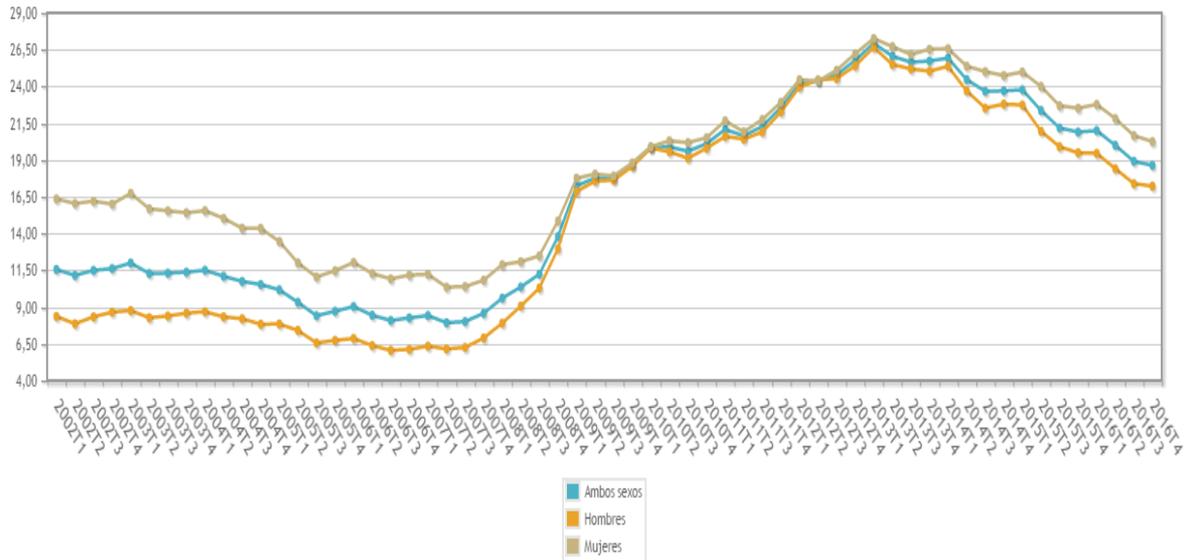
(Datos obtenidos del INE)

AÑO	ESPAÑA Millones de habitantes	ASTURIAS Miles de habitantes
2005	9,15%	10,03%
2006	8,45%	9,16%
2007	8,23%	8,41%
2008	11,24%	8,5%
2009	17,85%	13,42%
2010	19,85%	15,91%
2011	21,39%	17,84%
2012	24,78%	21,82%
2013	26,09%	24,12%
2014	24,44%	21,12%
2015	22,05%	19,11%
2016	19,63%	17,6%

TASA NACIONAL DE DESEMPLEADOS AMBOS SEXOS, TODAS LAS EDADES

(Datos obtenidos del INE)

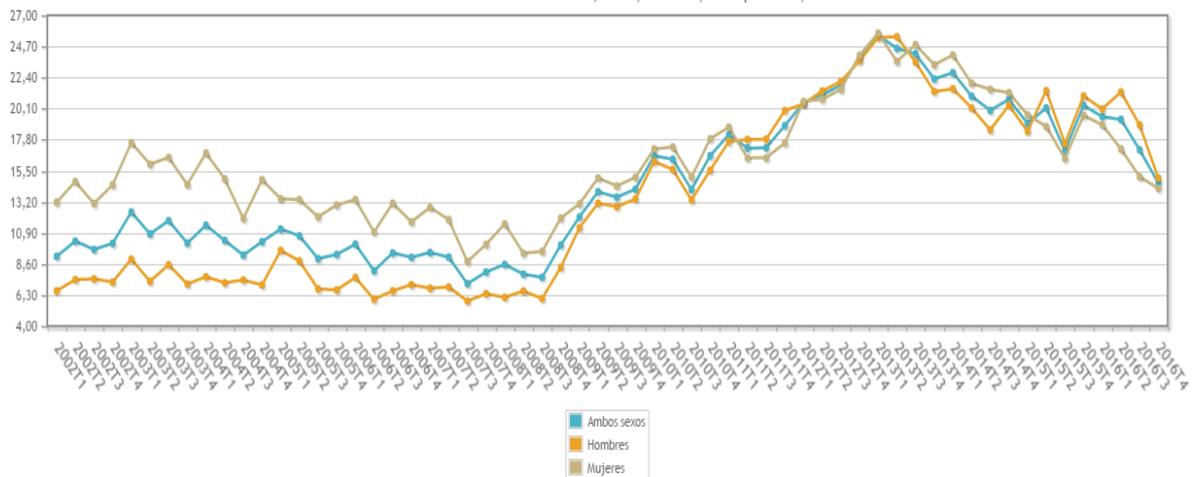
Tasas de paro por distintos grupos de edad, sexo y comunidad autónoma
Encuesta de Población Activa, Sexo, Nacional, Total



TASA DE DESEMPLEADOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, AMBOS SEXOS, TODAS LAS EDADES

(Datos obtenidos del INE)

Tasas de paro por distintos grupos de edad, sexo y comunidad autónoma
Encuesta de Población Activa, Sexo, Asturias, Principado de, Total



Según la Comisión Nacional Estadísticas de suicidio, en España se observa un aumento de pacientes que poseen un trastorno del estado de ánimo, ansiedad, y trastornos relacionados con el alcohol. También se observa un aumento del riesgo de depresión relacionado con las hipotecas y los desalojos (18).

Podemos decir que “el suicidio suele ser la respuesta retardada de un trastorno de salud mental en lugar del resultado de una respuesta inmediata a acontecimientos estresantes de la vida”.

Podemos organizar las fases del suicidio del siguiente modo: vulnerabilidad, trastornos mentales, acontecimientos vitales estresantes, ideación suicida, planificación, tentativa suicida y suicidio (17).

La estadística del suicidio se realiza desde el año 1906 hasta 2006, anualmente, y, albergaba tanto los suicidios consumados como de las tentativas de suicidio.

Desde 2007, se tomó la decisión de suprimir los boletines del suicidio y los datos se obtienen a partir de la información que ofrece el boletín de defunción judicial que se utiliza para la estadística de defunciones según la causa de muerte.

Esta estadística de defunciones según causa de la muerte, constituye una de las fuentes de información más importantes en el campo de la Sanidad.

Se realiza mediante los criterios que estableció la OMS en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) la cual, recoge más de 12.000 enfermedades.

La causa de la muerte se obtiene a través de tres cuestionarios: Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción, Boletín Estadístico de Defunción Judicial y Boletín Estadístico de Parto.

Nos brinda información sobre la mortalidad atendiendo a la causa básica de la defunción, su distribución por sexo, edad, residencia y mes de defunción.

Podemos observar que la gráfica de los suicidios del Instituto Nacional de Estadística (INE) se incrementó desde 2007 a 2009 y posteriormente descendió bastante desde el año 2009 a 2010, luego comenzó a elevarse nuevamente.

Debemos tener en cuenta que el INE nos advierte que en el año 2013 incorporó en su estadística los datos del Instituto Anatómico Forense de Madrid, que antes no se contabilizaban (10).

A continuación exponemos la tasa de suicidios tanto nacional como de nuestra comunidad autónoma.

TABLA TOTAL DE SUICIDIOS AMBOS SEXOS, TODAS LAS EDADES

(Datos obtenidos del INE)

AÑO	ESPAÑA	ASTURIAS
2005	3399	124
2006	3246	127
2007	3263	125
2008	3457	113
2009	3429	117
2010	3158	149
2011	3180	120
2012	3539	132
2013	3870	148
2014	3910	149
2015	3602	135

GRAFICO DE SUICIDIOS AMBOS SEXOS, TODAS LAS EDADES DE ESPAÑA

(Datos obtenidos del INE)

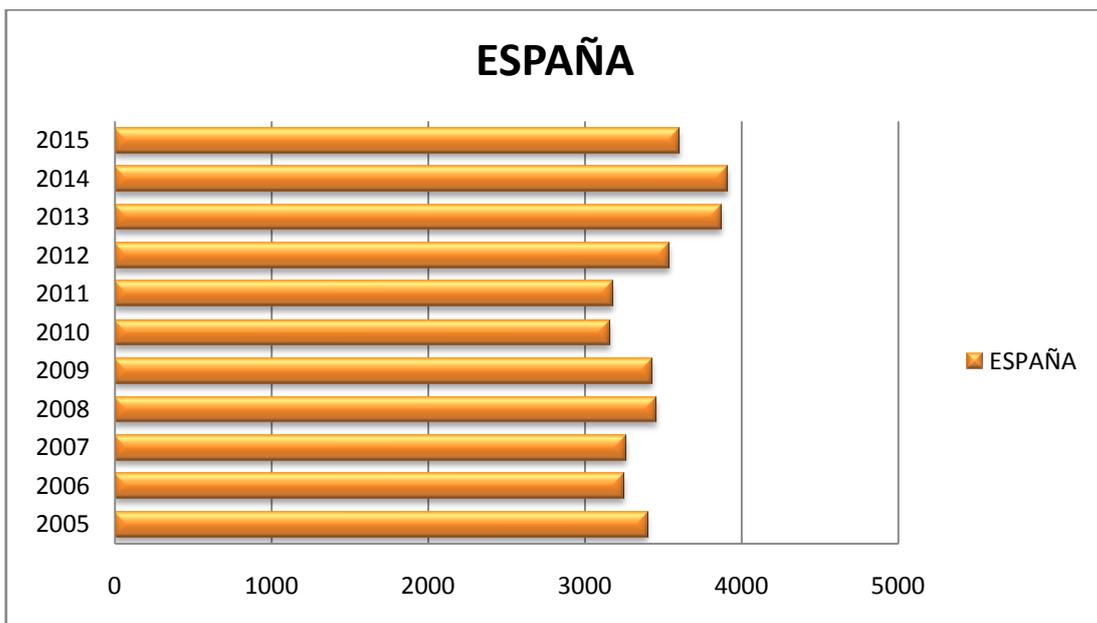
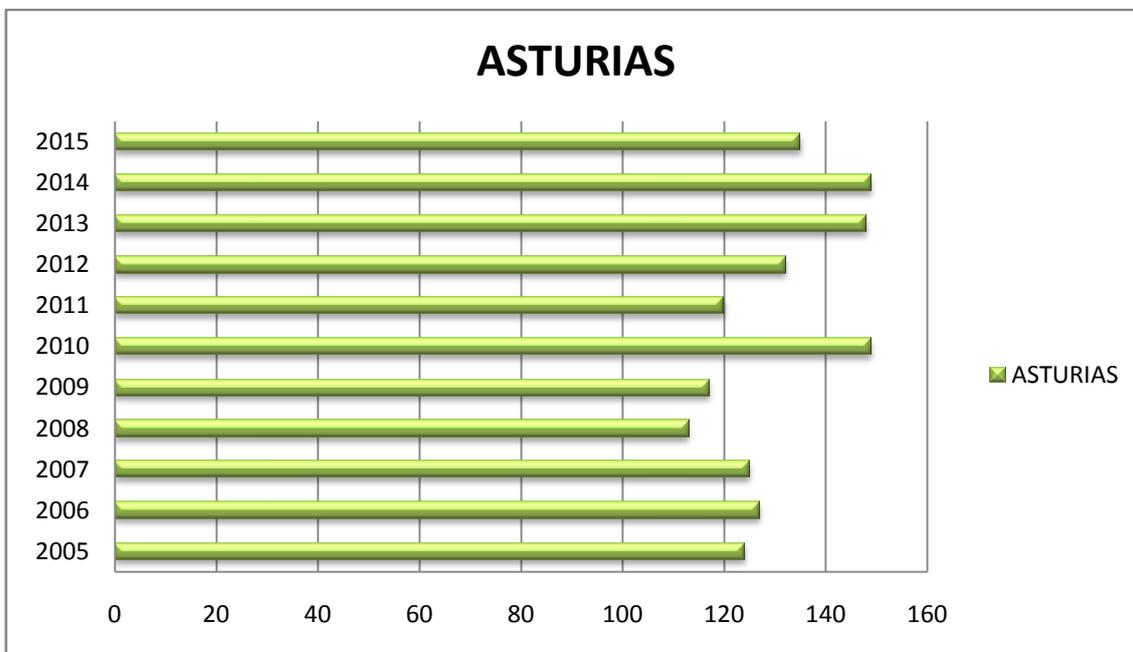


GRAFICO DE SUICIDIOS AMBOS SEXOS, TODAS LAS EDADES DE ASTURIAS

(Datos obtenidos del INE)



2.6. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO:

Podemos determinar que los suicidios se pueden prevenir gracias a una serie de documentos que se pueden repartir (iniciativa de la OMS) los cuales ofrecen información, recomendaciones, pautas a seguir para la detección, prevención y tratamiento de la conducta suicida.

La OMS nos ofrece las siguientes medidas que podemos adoptar en el grueso de la población para prevenir el suicidio y los intentos de cometerlo:

- “Restricción del acceso a los medios de suicidio (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos)”.
- “Información responsable por parte de los medios de comunicación”.
- “Introducción de políticas orientadas a reducir el consumo nocivo de alcohol”.

- “Identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo”.
- “Capacitación de personal sanitario no especializado, en la evaluación y gestión de conductas suicidas”.
- “Seguimiento de la atención dispensada a personas que intentaron suicidarse y prestación de apoyo comunitario”.

La OMS reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública (3).

2.7. JUSTIFICACIÓN:

Desde hace varios años en nuestro país, el suicidio se considera la principal causa de muerte no natural y, la segunda causa de muerte en el grupo comprendido entre los 15 a 29 años de edad; por lo tanto, es un problema de salud pública que debería atajarse con campañas de prevención.

Existen varios factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil...) asociados con mayor riesgo de realización de tentativa de suicidio, las cuales constituyen un problema de considerable magnitud dado que se asocian con un incremento de riesgo de repetición del mismo.

Por tanto en este estudio nos planteamos analizar el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos por SAMU-ASTURIAS y su posible relación con la crisis económica.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO PRINCIPAL:

- Analizar el perfil epidemiológico de los intentos de autolisis atendidos por el SAMU-Asturias en los últimos 5 años.

3.2.OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Analizar la tendencia de suicidios en Asturias de los últimos 5 años.
- Analizar la tipología de los suicidios en Asturias de los últimos 5 años.
- Determinar la relación de los suicidios con la crisis económica en España.

4. METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, poblacional, retrospectivo sobre la asistencia extrahospitalaria como consecuencia de intentos de autolisis realizados por SAMU- ASTURIAS durante un periodo de 5 años comprendido entre 1 de Enero de 2012 y 31 de Diciembre de 2016.

La muestra de nuestro estudio está formada por 1573 pacientes de los cuales se seleccionaron mediante muestreo aleatorio 309, todos ellos atendidos por SAMU- ASTURIAS por intento de autolisis o suicidio consumado entre el 1 de Enero de 2012 y 31 de Diciembre de 2016.

Nuestros criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Pacientes que precisaron asistencia sanitaria extrahospitalaria como consecuencia de intento de autolisis los cuales fueron atendidos por el SAMU- ASTURIAS durante el periodo comprendido entre 1 de Enero de 2012 y 31 de Diciembre de 2016.

Nuestros criterios de exclusión fueron:

- Pacientes atendidos fuera del periodo establecido.
- No se tuvieron en cuenta los casos registrados como nulos o con errores en el registro.

Para la recogida de datos inicialmente se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica en bases de datos como Pubmed, la Biblioteca Cochrane o Elsevier utilizando como palabras claves: Suicidio, suicides, riesgo de suicidio, tentativa de suicidio, intento de autolisis, emergencias, extrahospitalaria, crisis económica

España, crisis económica Europa, economic crisis and mental health, indicadores de salud, paro, desempleo, SAMU, Asturias.

Así mismo, se consultaron las páginas web de la Organización Mundial de la Salud, del Instituto Nacional de Estadística, y la página del Portal de Salud del Principado de Asturias, además de publicaciones de artículos de revistas y libros especializados en trastornos mentales.

Los datos para el estudio fueron obtenidos de la base de datos informática “ASTER” perteneciente al SAMU- ASTURIAS.

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS A ESTUDIO:

La muestra de nuestro estudio está formada por 1573 pacientes de los cuales se seleccionaron mediante muestreo aleatorio 309.

La edad media fue de 45,69 años con una desviación estándar de 15,11.

Respecto al sexo femenino hemos obtenido un 51,1 % frente al 48,9 % del masculino.

(Tabla I).

Tabla I. Estadísticos descriptivos por sexo.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRES	151	48,9
MUJERES	158	51,1
TOTAL	309	100

5.2 TIPOS DE SUICIDIOS MÁS FRECUENTES EN ASTURIAS:

El motivo predominante de activación fue por autointoxicación con un porcentaje del 77% frente a las autolesiones con un porcentaje del 23%. (Tabla II y Tabla III).

Tabla II. Motivo de activación UVI Móvil

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUTOINTOXICACIÓN	238	77
AUTOLESIÓN	71	23
TOTAL	309	100

Podemos observar que el motivo de activación referente al sexo es significativo dado que hemos obtenido una p de 0,048.

Tabla III. Motivo de activación en relación con el sexo.

SEXO	AUTOINTOXICACIÓN	AUTOLESION	TOTAL
HOMBRES	109	42	151
MUJERES	129	29	158
TOTAL	238	71	309

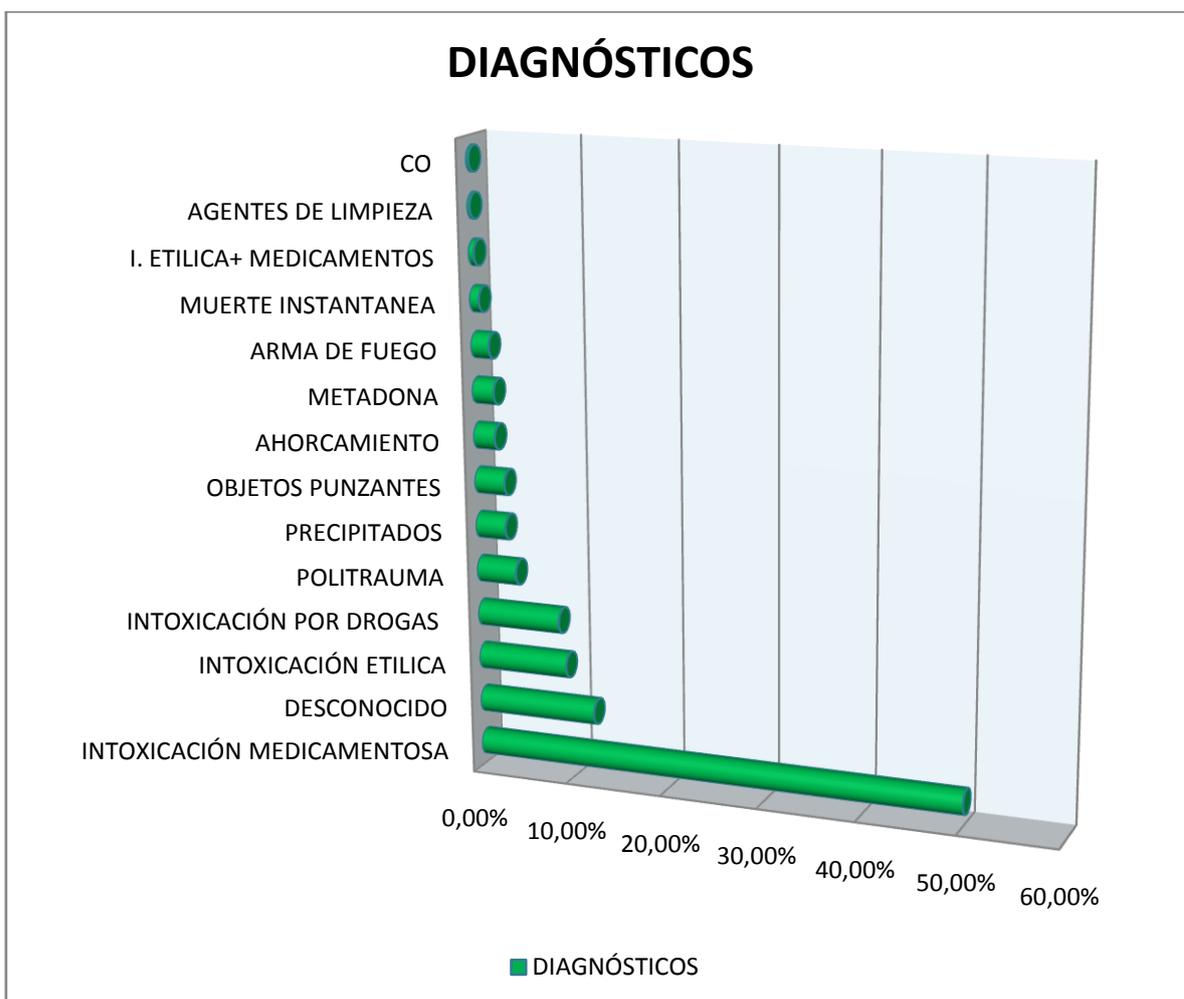
En cuanto al lugar de atención hemos obtenido los siguientes datos: domicilio (85,4%) le sigue la vía pública (9,7%) y posteriormente centros de diversa índole (4,9%).
(Figura I).

Figura I. Lugar de atención.



El diagnóstico principal fue la intoxicación con medicamentos (50,1%) seguido de causas desconocidas (12,3%), intoxicación etílica (9,4%), intoxicación por drogas (8,7%), politrauma (4,2%), precipitados (3,2%), objetos punzantes (3,2%), ahorcamiento (2,3%), envenenamiento por metadona (2,3%), armas de fuego (1,9%), muerte instantánea (1%), intoxicación etílica + pastillas (0,6%), envenenamiento por agentes de limpieza (0,3%) y, envenenamiento por monóxido de carbono (0,3%)
(Figura II).

Figura II. Diagnósticos.



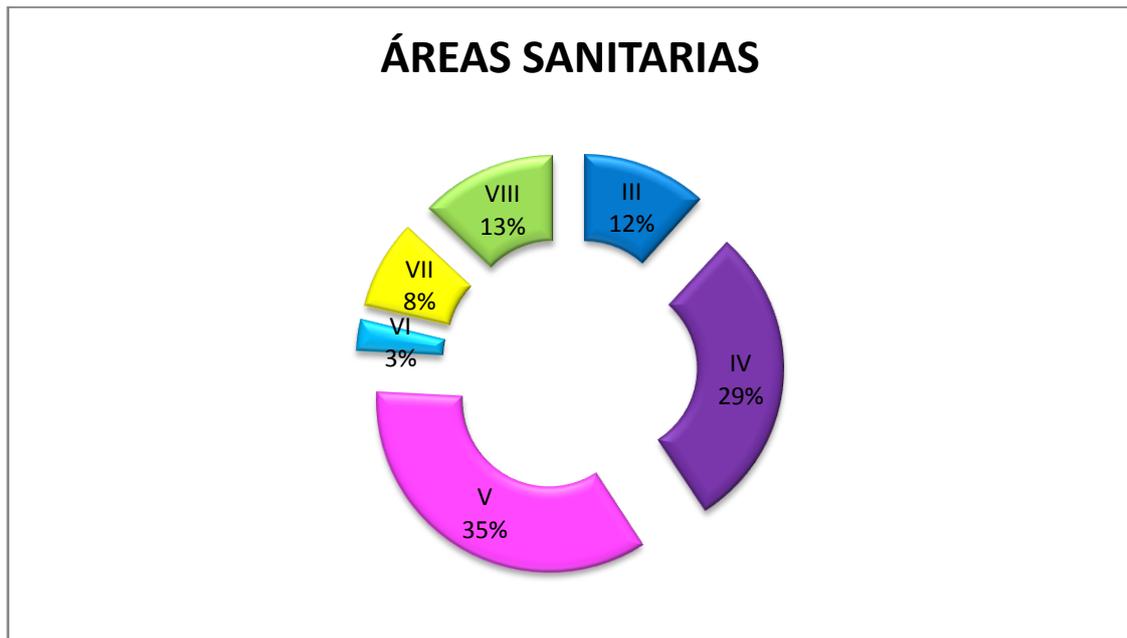
En la Tabla IV, se recogen los porcentajes de población según el padrón municipal del año 2015 distribuido por áreas sanitarias.

Tabla IV. Áreas sanitarias % población Asturias.

	POBLACIÓN	%
ÁREA I	46744	4,40%
ÁREA II	27960	2,65%
ÁREA III	151059	14,36%
ÁREA IV	336273	31,98%
ÁREA V	299684	25,50%
ÁREA VI	50942	4,84%
ÁREA VII	63547	6,04%
ÁREA VIII	75020	7,13%

En nuestro estudio, la atención extrahospitalaria otorgada por SAMU Asturias en función a las áreas de atención quedó distribuida de la siguiente manera: área sanitaria III (11,7%), área sanitaria IV (29,1%), área sanitaria V (35%), área sanitaria VI (2,9%), área sanitaria VII (8,4%), área sanitaria VIII (12,9%) (Figura III).

Figura III. Áreas sanitarias.



De los 309 pacientes trasladados por SAMU Asturias hemos obtenido una muestra significativa con una p de 0,00 de los cuales llegaron con vida al hospital un 86,4%, 5,2% de los pacientes fueron trasladados en otros recursos, 1,6% se resolvió in situ, 1% rechazó el traslado y hubo un 5,8% de exitus. (Tabla V).

Tabla V. Resolución

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Llegada con vida	267	86,4%
Traslado en otro recurso	13	5,2%
Resolución in situ	5	1,6%
Rechaza traslado	3	1%
Exitus	4	5,8%

Analizando la muestra total formada por 1573 pacientes desde el 1 de Enero de 2012 a 31 de Diciembre de 2016, hemos obtenido los siguientes datos respecto a la edad media de los pacientes por año. Tabla VI.

Tabla VI. Edad media muestra total por años.

AÑO	EDAD MINIMA	EDAD MÁXIMA	EDAD MEDIA
2012	14	92	45,39
2013	14	97	45,09
2014	14	92	45,27
2015	14	93	47,02
2016	13	91	45,7

Nuevamente hemos analizado la muestra total de 1573 pacientes para obtener la relación de autointoxicados/ autolesionados por año y el resultado se muestra en la siguiente tabla (Tabla VII).

Tabla VII. Autointoxicación vs autolesión por años.

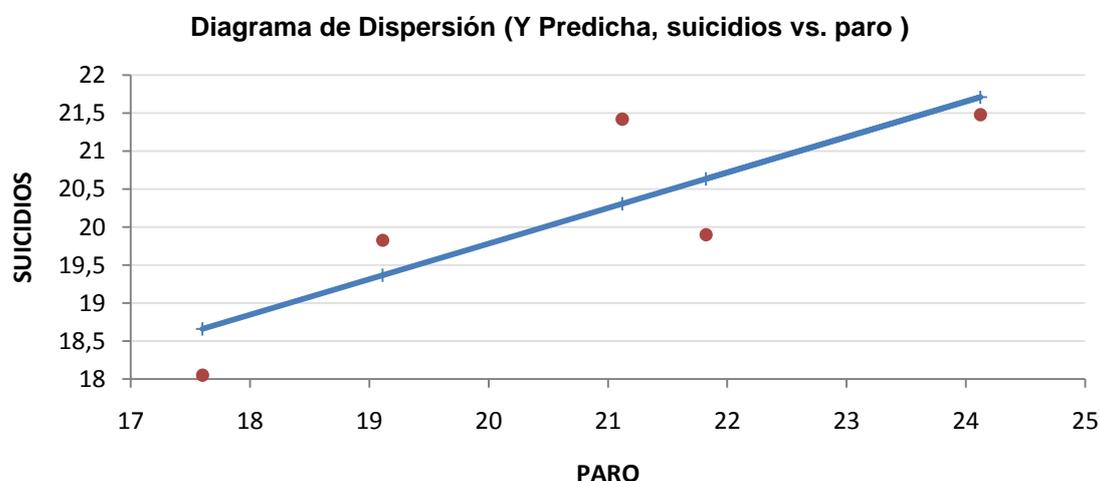
AÑO	AUTOINTOXICADOS	AUTOLESIONADOS
2012	231	71
2013	257	81
2014	268	69
2015	243	69
2016	224	60
TOTAL	1223	350

5.3 TENDENCIA DE LOS SUICIDIOS RELACIONADOS CON EL PARO EN ASTURIAS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS:

Para finalizar, hemos comparando la tasa de paro de nuestra comunidad proporcionada por el INE con nuestros resultados sobre asistencia extrahospitalaria al suicidio, obteniendo un coeficiente de correlación de Pearson de 0,83, y una $p = 0,006$.

(Figura IV)

Figura IV Tendencia suicidio/paro.



6. DISCUSIÓN

El acto suicida existe desde el inicio de la humanidad.

Desde el comienzo de la crisis económica, e incluso previamente al inicio de esta, el suicidio ha sido tema de publicación de más de 20000 artículos científicos.

En diversos estudios se ha podido observar una tendencia al alza en el consumo de ansiolíticos e hipnóticos. Estudios realizados en nuestra comunidad sobre el efecto de la crisis económica relacionado con el consumo de psicofármacos, han obtenido como resultado que Asturias es una gran consumidora de ansiolíticos en comparación con otras comunidades (19).

Nuestros resultados confirman que el porcentaje de autointoxicaciones respecto a las autolesiones ha sido significativamente más elevado dado que hemos obtenido un 54% más de autointoxicados que de autolesionados.

Al igual que en estudios realizados previamente sobre el suicidio como puede ser el de Sarro y De la Cruz (1991) o, el estudio de Pacheco y Robles (2011), los cuales dicen que el lugar elegido para consumar el suicidio suele ser el propio domicilio o, un lugar frecuentado por el sujeto (20), nosotros hemos corroborado dichos resultados obteniendo un 85% de atención domiciliaria, seguido por la vía pública con un 9,7% de atención y finalmente centros de diversa índole como pueden ser centros de salud, centros de acogidas, centros penitenciarios, o centros de salud mental con un porcentaje del 4,9%.

En cuanto a la finalización de las intervenciones, encontramos una muestra significativa de éxito dado que el 86,4% llegaron con vida frente a un 5,8% de exitus. Hay que tener en cuenta que cualquier persona con ideación o tentativa suicida, siempre va a ser trasladado al hospital para valoración psiquiátrica.

Referente a las características sociodemográficas, diversos estudios encuentran un mayor porcentaje de hombres que de mujeres a la hora de realizar el acto suicida, diferentes autores, así como la OMS, señalan que la conducta suicida entre varones es por término medio tres veces superior a la de las mujeres aunque, se dan algunas excepciones, como por ejemplo China (20-22).

En cambio, los resultados de nuestro estudio nos indican que el sexo en nuestra comunidad no es determinante a la hora de llevar a cabo un intento de suicidio, es más, en nuestro estudio se da una tasa más elevada de tentativas de suicidio mayor entre las mujeres con un 51,1% frente al 48,9% de hombres. Podemos afirmar que el sexo es significativo en cuanto el motivo del suicidio, siendo predominante las autointoxicaciones en mujeres y las autolesiones en los hombres, coincidente con diversos estudios realizados hasta la fecha ya que los hombres eligen medidas más agresivas para llevar a cabo el suicidio.

Con estos resultados obtenidos en Asturias respecto a que el porcentaje de mujeres es más elevado que los hombres en cuanto a la tentativa de suicidio en comparanza con el resto del país e incluso del mundo, nos puede dar lugar a pensar cuales podrían ser las causas, tal vez factores económicos, culturales, estrés, desempleo...; estos datos podrían ser el inicio para un nuevo estudio de investigación en nuestra comunidad.

En cuanto a la codificación de sucesos, diversos estudios coinciden en que el método principal en Europa sería la intoxicación medicamentosa, la precipitación y el ahorcamiento, ya que, en España, es más difícil el acceso a las armas respecto en otros países. El envenenamiento por plaguicidas es frecuente en los países asiáticos y de América Latina, el ahorcamiento es el preferido para Europa Oriental y las armas de fuego para EEUU. Según la OMS “El perfil de métodos de suicidio depende de la disponibilidad de los métodos empleados, en particular de la disponibilidad de medios técnicos” (23).

El diagnóstico principal de nuestro estudio ha sido la intoxicación por medicamentos (50,1%), en segundo lugar hemos observado la intoxicación etílica como motivo de asistencia con un (9,4%) y, posteriormente la intoxicación por drogas (8,7%), politraumatismos (4,2%), precipitados (3,2%), objetos punzantes (3,2%), ahorcamiento (2,3%), envenenamiento por metadona (2,3%), armas de fuego (1,9%), muerte instantánea (1%), intoxicación etílica + pastillas (0,6%), envenenamiento por agentes de limpieza (0,3%) y, envenenamiento por monóxido de carbono (0,3%).

Tras haber analizado la muestra completa de nuestro estudio (1573 pacientes) a lo largo de los últimos 5 años comprendidos entre 2012 y 2016, hemos obtenido una edad media de 45,69 años la cual se ha mantenido constante a lo largo de dichos años.

Podemos decir que el número de autointoxicados /autolesionados tampoco ha variado a lo largo de los años, el año 2013 fue el año que más intentos de suicidio hubo en nuestra provincia con un 16,33% de autointoxicados frente al 5,14% de autolesionados, en el año 2014 la cifra prácticamente se repite aunque se observa un ligero aumento en los autointoxicados 17,03% frente al 4,38% de autolesionados, durante el año 2015 se observa un leve descenso con un 15,44% de autointoxicados frente al 4,38% de autolesionados y, se observa nuevamente un ligero descenso en el año 2016 con un

14,2% de autointoxicados y 3,81% de autolesionados, podemos observar que la cifra ha ido decreciendo cada año levemente.

Finalmente, comparando la tasa de paro en Asturias de los datos obtenidos del INE con nuestros resultados sobre la asistencia extrahospitalaria al suicidio, hemos podido observar que hay una fuerte correlación entre ambos, con un coeficiente de pearson de 0,83, según se incrementa o desciende la tasa de paro, aumentan o disminuyen los intentos de suicidio de nuestra comunidad, sin embargo, nuestro estudio no resulta significativo ya que $p= 0,006$. Nuestro estudio no puede establecer por tanto si la relación entre paro y crisis es causal, quizás nuestro tamaño muestral ha sido insuficiente para haber obtenido una muestra significativa en comparación con otros estudios ya realizados como los que se remontan a Durkheim u otros más actuales como los realizados por la OMS.

7. CONCLUSIONES

1. La media de edad de los intentos de autolisis ha sido de 45,69 años.
2. El sexo en nuestra comunidad no es determinante a la hora de llevar a cabo un intento de suicidio, en nuestra comunidad es mayor la tentativa suicida entre las mujeres que entre los hombres.
3. Las autointoxicaciones son predominantemente del sexo femenino así como las autolesiones lo son del masculino.
4. El lugar que ha requerido más asistencia extrahospitalaria para atender los intentos de suicidio ha sido el domicilio.
5. El diagnostico principal de nuestro estudio ha sido la intoxicación por medicamentos.
6. El porcentaje de pacientes que llegan con vida al hospital tras una asistencia extrahospitalaria por intento de suicidio ha sido significativo con un 86,4% frente al 5,8% de exitus.
7. Hemos comprobado que hay una fuerte correlación respecto a la tasa de paro en Asturias y el incremento o descenso según esta de los intentos de autolisis.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia de la Lengua Española [Internet]. www.rae.es

[Consultado el 27 de Enero de 2017].
2. World Health Organization [Internet]. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y para uso de sustancias a nivel de atención de la salud no especializada. OMS 2010.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf

[Consultado el 27 de Enero de 2017].
3. World Health Organization [Internet]. Datos y cifras sobre el suicidio: infografía. OMS 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

[Consultado el 28 de Enero de 2017].
4. Reves A, Stuckler D. Suicidality, Economic Shocks, and Egalitarian Gender Norms. Eur Sociol Rev. 2016 February 1; 32(1): 39–53.
5. Alvarez A; Alvarez J.A; Alvarez J.M; Barreiro M.V; Barroeta J; Bernal J.M; et al. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias de España. Madrid: MENSOR; 2011.
6. Dirección general de planificación sanitaria. Población del padrón municipal 2015 según mapa sanitario de Asturias. gobierno del Principado de Asturias.

[ftp://ftp.asturias.es/astursalud/Aseguramiento/Poblacion %20Padron Mapa Sanitario 2015.pdf](ftp://ftp.asturias.es/astursalud/Aseguramiento/Poblacion_%20Padron_Mapa_Sanitario_2015.pdf) [Consultado el 04 de Mayo de 2017].

7. Astursalud. Portal de Salud del Principado de Asturias [Sede web]. Oviedo:
Gobierno del Principado de Asturias. Unidad de Coordinación de atención a las urgencias y emergencias médicas.
<https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.461040ff6bd06c3bee65750268414ea0/?vgnextoid=9488e109806e6210VgnVCM10000097030a0aRCRD>
D [Consultado el 07 de Marzo de 2017].
8. Trigo González A. Memoria anual de la unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a Urgencias y Emergencias Sanitarias. Asturias 2015.
Gobierno Del Principado de Asturias.
https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/As_Organizacion/MEMORIA%20SESPA%202015/Unidad_Coord_Progr_Marco_AT_Urg.pdf
[Consultado el 06 de Mayo de 2017].
9. Delia Dávila Quintana C; González López-Valcárcel B (2009) Crisis económica y salud. Gac Sanit.2009; 23(4):261–265.
10. Instituto Nacional de Estadística [Internet] Defunciones según causa de muerte. Suicidios.
http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176797&menu=resultados&idp=1254735573206
[Consultado el 9 de Enero de 2017].
11. Bolsa de Madrid. Guía fiscal básica de productos financieros. 2017.
www.bolsamadrid.es/esp/indices/ibex/PreguntasClaveIbex35.aspx

[Consultado el 19 de Abril de 2017].

12. Multibanca colpatría. Universidad Sergio Arboleda. Internet.

<https://www.manejatusfinanzas.com/Loquenecesitassaber/Conceptos/Indicadoreseconomicos/tabid/87/language/es-CO/Default.aspx>

[Consultado el 19 de Abril de 2017].

13. La economía. Red financiera Mexicana. Internet.

<http://laeconomia.com.mx/que-son-los-indicadores-economicos-y-cuales-son/>

[Consultado el 19 de Abril de 2017].

14. Franco Giraldo A. La crisis actual y la salud. CEPAL/UNFPA 2010; 104: 1-37.

15. World Health Organization [Internet]. Impacto de la crisis financier y económica mundial en la Salud. OMS 2009.

http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/financial_crisis_20090401/es/ [Consultado el 19 de Marzo de 2017].

16. Barr, B; Taylor-Robinson, D; Scott-Samuel, A; McKee, M; Stuckler, D (2012)

Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. BMJ (Clinical research ed), 345. ISSN 0959-8138 DOI:

10.1136/bmj.e5142 <http://researchonline.lshtm.ac.uk/251167/>

17. Margalida Gili A; García Campayo J; Roca M. Crisis económica y salud

mental. Gac Sanit. 2014; 28(S1):104–108.

18. Margalida Gili A; García Campayo J; Roca M. Economic crisis and mental

health in Spain. www.thelancet.com 2013 December 14; 382: 1977-1978.

19. Nicieza-García M.L; Alonso Lorenzo J; Suarez-Gil P; RillaVillard N. Efecto de la crisis económica sobre el consumo de psicofármacos en Asturias.

Gac Sanit. 2016; 30(6):464–467.

20. Pacheco Tabuena T; Robles Sanchez JI. Emergencias extrahospitalarias: el paciente suicida. Sanid. mil. 2011; 67 (4): 345-353.

21. World Health Organization [Internet]. Prevención del suicidio. Un imperativo global. OMS 2014. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

[Consultado el 29 de Enero de 2017].

22. Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: ¿why are men so vulnerable? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2003 Feb; 253 (1):1-8.

23. World Health Organization [Internet]. Métodos de suicidio: comparación internacional a partir de la base de datos de mortalidad de la OMS. OMS 2008. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/07-043489-ab/es/>

[Consultado el 29 de Enero de 2017].