



UNIVERSITAT DE VIC  
UNIVERSITAT CENTRAL  
DE CATALUNYA

# **FACTORS DE RISC SUÏCIDA EN UNA MOSTRA NORMAL I UNA MOSTRA CLÍNICA**

---

**Treball final de grau**

Elisabet Sánchez Penadés

Tutora: Virginia Rangel

Grau en Psicologia

Universitat de Vic-UCC

15 de maig de 2015

## **Agraïments**

Aquest recorregut no el podria haver fet sola, i és per això que m'agradaria agrair a totes aquelles persones que m'han acompanyat en aquest camí i han fet que aquest, hagi sigut més fàcil i lleuger.

Primer de tot, agrair a la Vicky Rangel, la meva tutora, la orientació, l'ajuda i el recolzament des del principi fins el final del treball. També a la Xarxa Assistencial Universitària de Manresa-Fundació Althaia per la seva col·laboració i en especial a la Gemma Prat, la Chus i l'Imma per la seva ajuda. A tots els participants tant de la mostra clínica com de la mostra sense diagnòstic.

Als meus pares, amics i companyes de trajecte per la seva paciència i recolzament en els moments complicats.

A tots, gràcies.

## **Resum**

El següent treball tracta sobre la relació d'alguns dels factors de risc existents associats a la conducta suïcida. Una vegada revisats els conceptes de manera separada, l'objectiu serà vincular els factors de risc, és a dir, la desesperança, el recolzament social percebut i l'autoestima, al risc suïcida, comparant una mostra amb diagnòstic de trastorn psicòtic i una mostra sense diagnòstic. Per assolir aquest objectiu, s'ha realitzat una part empírica en la qual s'ha estudiat si hi ha relació entre els factors de risc mencionats i el risc suïcida. En relació a les hipòtesis formulades, s'ha trobat que els pacients amb diagnòstic de trastorn psicòtic tenen un percentatge bastant més alt de risc suïcida que la mostra sense diagnòstic, que la desesperança és el millor predictor d'aquesta conducta i que el recolzament social actua com a factor protector.

\*Paraules clau: factors de risc suïcida / trastorn psicòtic / desesperança / recolzament social / autoestima

## **Abstract**

The following paper discusses the relationship between some of the risk factors involved in the risk of suicide. Once reviewed the concepts separately, the goal will be linking the risk factors: the hopelessness, the perceived social support and the self-esteem to the risk of suicide, comparing a sample diagnosed with a psychotic disorder and a sample undiagnosed. To achieve that, we are also performing an empirical part in which has been studied the relationship between the mentioned risk factors and the suicidal behaviour. In relation to the mentioned hypotheses, it has been found that the patients diagnosed with a psychotic disorder have a fairly high percentage than the sample undiagnosed, it has also been found that the hopelessness is the better predictor of this behaviour and that the perceived social support acts as a protective factor.

\*Keywords: suicidal risk factors / psychotic disorder / hopelessness / social support / self-esteem

## Índex

Introducció .....	5
<b>Part teòrica</b>	
1. Suïcidi .....	6
1.1 Conceptualització .....	6
1.2 Fases del suïcidi .....	7
1.3 Epidemiologia .....	8
2. Factors de risc .....	9
2.1 Factors de risc individuals .....	10
2.1.1 Factors sociodemogràfics	
2.1.2 Factors psicològics	
2.1.3 Factors genètics i biològics	
2.2 Factors de risc contextuais .....	16
2.2.1 Història familiar de suïcidi	
2.2.2 Esdeveniments vitals estressants	
2.2.3 Factors sociofamiliars i ambientals	
2.3 Altres factors de risc .....	18
3. Factors protectors .....	19
3.1 Factors de protecció individuals .....	19
3.2 Factors de protecció socials o mediambientals .....	21
<b>Part pràctica</b>	
4. Disseny d'investigació .....	22
4.1 Objectius .....	22
4.2 Hipòtesis .....	22
4.3 Metodologia .....	23
4.4 Participants .....	23
4.5 Instruments .....	24
4.6 Procediment de recollida de dades .....	25
4.7 Anàlisi estadística .....	27
4.8 Resultats .....	27
5. Conclusions .....	36
5.1 Discussió dels resultats .....	36
5.2 Limitacions i possibilitats .....	40
5.3 Conclusions generals .....	41
6. Referències bibliogràfiques .....	43

## Annexos

## Introducció

Segons Edwin Shneidman (2000), el suïcidi és l'acte conscient d'autoaniquilació, que s'entén com un malestar pluridimensional en un individu que percep aquest acte com la millor solució. Tal i com va manifestar el Dr. Benedetto Saraceno (2004), antic director del Departament de Salut Mental de la Organització mundial de la salut (OMS): "Més del 90% de tots els casos de suïcidi s'associa a trastorns mentals tals com la depressió, l'esquizofrènia i l'alcoholisme".

La conducta suïcida no és una conducta aleatòria i ja des de les primeres descripcions científiques d'aquesta es va observar que fins a cert punt es podia predir, ja que es trobava associada a diversos factors socials, psicològics i biològics. Conèixer bé aquests factors és de gran importància per avaluar adequadament el risc suïcida d'un individu.

Davant d'aquesta realitat, trobo molt interessant estudiar la relació d'aquests factors de risc i/o de protecció amb el risc suïcida, i posteriorment, la conducta suïcida per tal de poder identificar-los. Identificant els factors de risc que s'han de controlar i disminuir, i els factors de protecció que s'han de reforçar, és possible poder prevenir la presència de risc suïcida i així poder disminuir els casos de conducta suïcida tant en persones que pateixen trastorns mentals, com en persones que no en pateixen.

Per tant, l'objectiu del present treball és el de dur a terme una revisió teòrica de la conducta suïcida i els factors de risc i/o de protecció que es correlacionen amb aquesta conducta, per tal de, seguidament, comprovar de manera empírica si realment els factors de risc estudiats incideixen o no en el risc suïcida.

# 1. Suïcidi

## 1.1 Conceptualització

La conceptualització de la conducta suïcida és complexa i ha obligat a diferents autors a elaborar definicions molt més precises per tal d'aconseguir concretar diferents aspectes. La Organització Mundial de la Salut (OMS) (1976) va definir el suïcidi com "un acte amb resultat letal, deliberadament iniciat i realitzat pel subjecte, sabent o esperant el seu resultat letal i a través del qual pretén obtenir els canvis desitjats".

Stengel (1961) també va fer una diferenciació entre l'intent i la temptativa de suïcidi. Afirmava que en l'intent, hi ha intenció autolítica, però per diverses raons o errades en el mètode no s'ha aconseguit. En la temptativa, conducta parasuïcida o comunament anomenat gest autolític, no existeix una voluntat de morir, sinó que és una manera de demanar ajuda o un intent de modificar situacions per a aconseguir un benefici secundari. No obstant, s'ha de tenir en compte que les conductes parasuïcides poden acabar sent suïcidis consumats.

La OMS (1976), diferenciava entre l'acte suïcida: fet pel qual un subjecte es causa a si mateix una lesió, independentment de la seva intenció i del coneixement dels seus motius; el suïcidi: mort que resulta d'un acte suïcidi; i intent de suïcidi: acte suïcida sense presentar la mort com a resultat.

Tot i així, els diferents autors van seguir fent les seves pròpies definicions a mesura que les investigacions anaven avançant. Aquestes definicions varien segons l'autor que les defineix, així doncs, trobem que Diekstra (1993) diferencia la conducta suïcida en tres aspectes: suïcidi, intent de suïcidi i parasuïcidi. Per tal de fer aquesta classificació, Diekstra (1993) es basa en si el resultat de la conducta és mortal o no, i en la gravetat d'aquesta conducta.

Més endavant, O'Carroll i col·laboradors (1996) van plantejar una nomenclatura dels pensaments i conductes relacionades amb el suïcidi, que posteriorment va ser adoptada pel *National Institute of Mental Health (NIMH)* d'Estats Units que diferenciava la conducta suïcida en les següents parts: ideació suïcida, conducta instrumental, intent de suïcidi i suïcidi consumat.

Però no va ser fins el 2007, que Silverman i col·laboradors van proposar una revisió de la nomenclatura proposada per O'Carroll i col·laboradors (1996) recollint aspectes claus utilitzats en altres investigacions. Finalment, es van definir els següents aspectes:

- Ideació suïcida: pensaments sobre el suïcidi (cognicions).
- Comunicació suïcida: acte interpersonal en el què es transmeten pensaments, desitjos o intencionalitat d'acabar amb la pròpia vida. Existeixen dos tipus de comunicació suïcida:
  - Amenaça suïcida: acte interpersonal, verbal o no verbal, que podria preveure una possible conducta suïcida en un futur proper.
  - Pla suïcida: és la proposta d'un mètode amb el què portar a terme una conducta suïcida potencial.
- Conducta suïcida: conducta potencialment lesiva i autoprovocada, en la que hi ha evidència implícita o explícita de que:
  - La persona desitja utilitzar l'aparent intenció de morir amb alguna finalitat.
  - La persona presenta algun grau, determinat o no, d'intenció d'acabar amb la seva vida.

Aquesta nomenclatura proposada per Silverman i col·laboradors (2007) és la que s'utilitzarà al llarg d'aquest treball.

## **1.2 Fases del suïcidi**

El suïcidi és una conducta complexa on intervenen múltiples factors i en la que podem distingir tres fases:

1. Ideació suïcida. És en aquesta fase on la persona pensa en dur a terme la conducta autolítica.
2. Dubte o fase d'ambivalència. En aquesta fase l'individu passa de la idea de plantejar-se la possibilitat a passar a l'acció, com a solució als seus conflictes. Sol ser variable en la duració i en els individus impulsius aquesta fase pot ser breu o no existir.
3. Decisió en la que ja es pot passar a l'acció.

### 1.3 Epidemiologia

El suïcidi es situa entre les quinze primeres causes de mort en el món i en alguns països és la segona causa en el grup d'edat de 10 a 24 anys i la tercera en els de 15 a 44. La seva tendència és ascendent, i s'estima que el 2020 la xifra de suïcidis consumats serà de 1,53 milions de persones. (Guia de pràctica clínica de prevenció i tractament de la conducta suïcida, 2011).

Segons la OMS (2011), aproximadament 10,2 milions de persones en tot el món realitzen algun tipus de conducta suïcida que requereix atenció mèdica, i al voltant de 30 milions de persones estarien en risc de tenir aquest tipus de conducta, encara que no reclamin atenció mèdica.

En els països rics es suïciden tres vegades més homes que dones, però en els d'ingressos baixos i mitjans s'estima que es suïciden 1,5 homes per cada dona. A nivell mundial, els suïcidis representen un 50% de totes les morts violentes registrades entre els homes i un 71% en les dones, segons dades de la OMS (2013).

En alguns països, les taxes de suïcidi són més elevades entre els joves. La ingestió de substàncies tòxiques en abundància, l'ofegament i l'ús d'armes de foc es troben entre els mitjans més comunament utilitzats per el suïcidi a nivell mundial, però també recorren a molts altres mètodes, que varien segons el grup de població.

Segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística, el 2013 van morir per suïcidi 3.870 persones a Espanya, de les quals 2.911 eren homes i 959 dones, situant-se com la principal causa externa de mort. La taxa de suïcidi es va situar en 8,3 morts per cada 100.000 persones, 12,7 en els homes i 4,1 en les dones.

Segons dades aportades per l'Institut de dades estadístiques de Catalunya, el 2013 es van suïcidar 544 persones, de les quals 419 eren homes i 125 eren dones. Dividint aquestes dades entre les quatre províncies que formen la comunitat autònoma de Catalunya, a Barcelona es van suïcidar 375 persones, 289 homes i 86 dones; a Girona es van suïcidar 61 persones, 46 homes i 15 dones; a Lleida es van suïcidar 45 persones, 33 homes i 12 dones; i finalment, a Tarragona, es van suïcidar 63 persones, 51 homes i 12 dones.



## 2. Factors de risc

Històricament, el significat del suïcidi ha reflectit la naturalesa dels principis espirituals més importants que guiaven una cultura (Stevenson, 1988). És per aquest motiu, que en països tradicionalment catòlics com ara Espanya, Itàlia o Irlanda, la influència d'aquestes creences poden contribuir a que existeixi una taxa menor de suïcidi.

Per altra banda, la filosofia secular ha influït en la percepció del suïcidi que té la societat avui en dia. Aquesta defensa el respecte a la voluntat i als drets de cada individu que forma part de la societat, fet que ha portat a considerar la conducta suïcida com un acte racional, una elecció de la mort davant del dolor que s'està patint.

La conducta suïcida no és una conducta aleatòria i ja des de les primeres descripcions científiques d'aquesta es va observar que fins a cert punt es podia predir, ja que es trobava associada a diversos factors socials, psicològics i biològics.

La identificació dels factors que augmenten o disminueixen el nivell de risc suïcida és de gran importància per l'estreta relació que guarda amb aquesta conducta. El nivell de risc augmenta proporcionalment al nombre de factors presents, si bé alguns tenen un pes específic major que altres. Així doncs, quants més factors de risc presenti la persona, més possibilitats presentarà de poder cometre un suïcidi, Mann et col. van formular un model de conducta suïcida que consta de dues dimensions interrelacionades:

- Dimensió dels factors de la persona (genètica, abús de substàncies, personalitat border-line o impulsivitat)
- Dimensió dels factors desencadenants o precipitants (malaltia psicològica aguda o esdeveniments vitals adversos).

Aquest autor suggereix que ha de coincidir un factor de cada dimensió per a que augmenti el risc de suïcidi. Això podria explicar perquè uns pacients es suïciden i altres no, quan estan diagnosticats de la mateixa malaltia psiquiàtrica.

Tot i això, en el present treball trobarem els factors de risc dividits en factors individuals, factors familiars i contextuals i d'altres factors, tal i com està dividit en la

Guia de pràctica clínica de prevenció i tractament de la conducta suïcida (2011) del Ministeri de Sanitat, Política social i Igualtat del Govern d'Espanya.

## **2.1 Factors de risc individuals**

En aquest apartat trobem aquells factors de risc que són variables individuals.

### **2.1.1 Factors sociodemogràfics**

#### **Gènere**

La revisió bibliogràfica d'estudis realitzats en suïcidi consumat aporten una dada contundent: la taxa de suïcidis consumats és més elevada en el sexe masculí. Per altra banda, quan el què s'estudia és la ideació suïcida o els intents de suïcidi, aquesta proporció s'inverteix, i són les dones les que apareixen com a més freqüents de dur a terme aquesta conducta (García de Jalón i Peralta, 2002). La Guia de pràctica clínica de prevenció i tractament de la conducta suïcida (2011) afirma el mateix que l'anterior estudi, els homes presenten majors taxes de suïcidis consumats i les dones major número d'intents de suïcidi. És per això que es considera que els homes tenen un risc suïcida més alt.

La raó per la qual les dones presenten més freqüència d'ideació suïcida però en canvi els homes són els que presenten més freqüència de suïcidis consumats, podria ser que els homes utilitzen uns mètodes més violents i letals que les dones. Els homes solen utilitzar armes de foc, mètodes com l'ofegament, la precipitació des de llocs alts o enverinament per gas, en canvi, les dones solen realitzar sobreingestes de psicotròpics o de verins, o bé incisions amb elements tallants. A la vegada, el mètode escollit dona informació sobre la intencionalitat de l'acte.

Per altra banda, en l'estudi realitzat per Large, Smith, Sharma, Nielssen i Singh (2011) no van trobar cap diferència significativa entre els dos sexes i la seva relació amb el risc suïcida.

#### **Edat**

Un dels fets bàsics relacionats amb el suïcidi, és que el risc de tal conducta incrementa amb l'edat, sent així extremadament estranyes les morts per suïcidi

abans dels 12 anys. En un estudi realitzat per Baxter i Appleby (2000) es defineix una edat mitja de suïcidi de 47,4 anys.

Els moments amb més risc d'intents i de suïcidis consumats al llarg de la vida són l'adolescència i l'edat avançada, tenint en compte que les persones de la tercera edat presenten taxes de suïcidi tres vegades superiors als adolescents, provocat, entre altres factors, a què utilitzen mètodes més letals. (Guia de pràctica clínica de prevenció i tractament de la conducta suïcida, 2011). Ösby, Correia, Brandt, Ekbohm i Sparen (2000) van trobar que hi ha més risc suïcida en els grups de gent jove que en qualsevol altre grup de comparació. Per altra banda, García de Jalón i Peralta (2002) afirmen que el risc de suïcidi augmenta amb l'edat.

### **Estat civil**

Pràcticament tots els estudis coincideixen en demostrar que el suïcidi és un fet més freqüent en les persones solteres, separades/divorciades o viudes.

En la mateixa direcció, Durkheim (1897) va destacar el paper de la família i l'estat civil en el desencadenament del comportament suïcida. En la seva opinió, la subordinació als interessos del nucli familiar en el què l'individu està integrat, disminueix els impulsos individualistes i suïcides.

Qin, Agerbo i Westergard-Nielsen (2000) van trobar en els seus estudis que ser solter és un factor de risc suïcida pels homes mentre que García de Jalón i Peralta (2002) afirmen que existeix una major tendència de suïcidis en homes i dones solters, divorciats i viudos.

### **2.1.2 Factors psicològics**

Les variables psicològiques que poden estar associades a la conducta suïcida són: els trastorns mentals, la impulsivitat, el pensament dicotòmic, la rigidesa cognitiva, la desesperança, la dificultat en la resolució de problemes, la sobregeneralització en el record autobiogràfic i el perfeccionisme. Tot i que aquestes variables varien en funció de l'edat de l'individu, hi ha dos que en són d'especial importància: els trastorns mentals i la desesperança.

## **Trastorns mentals**

En alguns estudis s'ha trobat la relació entre la presència d'una malaltia mental i el desenvolupament de les conductes suïcides.

Segons García i col·laboradors (2002), estudis derivats d'autòpsies psicològiques de sèries consecutives de suïcidis han demostrat que un 90% dels suïcidis tenien un o més trastorns psiquiàtrics i que a major nombre de patologies, major risc de suïcidi.

El risc de suïcidi es major en la fase primerenca de la malaltia i en els primers sis mesos, després d'una alta d'un ingrés psiquiàtric.

Els trastorns afectius i sobre tot el trastorn depressiu major és el trastorn psicològic que més es relaciona amb el suïcidi. Casi el 20% dels pacients amb un diagnòstic de trastorn d'ansietat fan intents de suïcidi (García de Jalón i Peralta, 2002). L'abús de substàncies, com ara l'alcohol o altres drogues, també s'associa amb el suïcidi, tant com a factor de risc com a factor precipitant de la conducta.

En un estudi publicat per Harris i Barraclough (2000), els trastorns de personalitat augmenten 6 vegades el risc de suïcidi.

## **Trastorns psicòtics**

L'esquizofrènia és una malaltia que normalment es diagnostica a gent jove, a finals de l'adolescència i principis de l'edat adulta primerenca. Al menys la meitat dels pacients diagnosticats d'esquizofrènia presenta ideació suïcida una vegada a la seva vida. Comparat amb altres grups de pacients, les temptatives de suïcidi en les persones amb un diagnòstic d'esquizofrènia són de major violència i letalitat, i molt més probables de ser inesperades o sobtades.

El risc de suïcidi en aquests pacients, segons la Guia de pràctica clínica de prevenció i tractament de la conducta suïcida (2011), és 30-40 vegades major que per a la població general i s'estima que entre el 25-50% de totes les persones amb esquizofrènia faran un intent de suïcidi al llarg de la seva vida.

Segons la Guia de pràctica clínica sobre l'esquizofrènia i el trastorn psicòtic incipient (2009), el Govern d'Espanya i la Generalitat de Catalunya, el suïcidi és la primera causa de mort prematura entre els pacients diagnosticats d'esquizofrènia.

Aquesta guia estima que fins al 30% dels pacients amb esquizofrènia porta a terme alguna temptativa de suïcidi i entre el 4 i el 10% mor després de la temptativa. El percentatge estimat de conducta suïcida entre les persones amb esquizofrènia oscil·la entre el 20 i el 40%. Harris i Barraclouh (2000) afirmen que els pacients que tenen un diagnòstic d'esquizofrènia tenen 8,5 vegades més risc de dur a terme una conducta suïcida que la població general. Fenton (2000), per la seva banda, exposa que gairebé la meitat dels pacients diagnosticats d'un trastorn psicòtic pateixen ideació suïcida i/o tenen temptatives suïcides un cop a la seva vida.

Els pacients diagnosticats d'esquizofrènia presenten major risc de suïcidi, fonamentalment els homes joves durant la primera etapa de la malaltia, els pacients amb recaigudes cròniques i en els primers mesos després d'una alta hospitalària. (Hales, Yudofsky i Talbott, 1996).

Palmer, Pankratz i Botswick (2005) estimen que un 4-10% dels pacients que pateixen esquizofrènia acabaran amb la seva vida.

Alguns autors destaquen que en l'esquizofrènia el risc de suïcidi no és màxim durant la fase al·lucinatòria activa, sinó que és més probable que el suïcidi es porti a terme quan la psicosis està sota control i el pacient es troba en la fase de recuperació depressiva de la malaltia. És en aquest moment quan els pacients tenen una major consciència del seu trastorn i de les dificultats que aquest els aporta, i són capaços de reconèixer amb més claredat la realitat de la seva situació (Hales i col·laboradors, 1996).

És per això, que es recomana que en aquesta fase, el professional responsable del seguiment del pacient estigui molt atent a les auto-percepcions de l'individu, el reconeixement que fa de la realitat, les seves estratègies d'adaptació i els seus sistemes de recolzament.

Segons l'estudi fet per Wayne i Fenton (2010), els pacients que tenien major probabilitat de tenir una bona recuperació de la malaltia, eren irònicament, aquells que tenien un risc més alt de cometre un suïcidi. Unes característiques positives per a la bona recuperació de la malaltia tals com millor funcionalitat, un alt coeficient intel·lectual (IQ), una edat elevada d'inici de la malaltia i un curs intermitent del trastorn amb símptomes negatius situen, alhora, als pacients en un risc més alt de suïcidi

Williams i col·laboradors (2005), postulen que la relació entre la cognició i la conducta suïcida és fonamental per entendre el funcionament d'aquesta última. Aquest model ressalta la importància de la presència de percepcions sobre desesperança, rebuig social i el sentiment d'estar atrapat en els pacients diagnosticats d'esquizofrènia o un altre trastorn psicòtic, i la conducta suïcida.

En un altre estudi, (Popovic, Benabarre, Crespo, Goikolea, González-Pinto, Gutiérrez-Rojas, Montes i Vieta (2014), es va concloure que hi ha diversos factors que estan relacionats amb la conducta suïcida en l'esquizofrènia, així com els trets depressius, la història de temptatives prèvies, el número d'ingressos hospitalaris, en persones joves els primers anys del diagnòstic, en homes i en persones que consumeixen drogues i/o alcohol.

### **Desesperança**

Aquesta es considera el factor psicològic més influent en relació amb el risc de conducta suïcida, ja que, segons la Guia de pràctica clínica de prevenció i intervenció de la conducta suïcida, el 91% dels pacients amb conducta suïcida expressen desesperança a l'escala de Beck. Mondragón, Saltijeral, Bimbela i Borges (2013) van trobar que aquelles persones que tenen un grau elevat de desesperança tenen un risc suïcida 7 vegades més elevat que les persones que tenen un grau de desesperança baix o nul.

La desesperança suposa una visió negativa sobre el futur que comporta la convicció de que la situació actual no millorarà amb el pas del temps. La visió negativa del món i de si mateix que sol tenir la persona deprimida unida a la seva concepció del futur fa que es consideri la situació negativa actual com un *continuum* al llarg del temps (Beck, 1973).

Són molts els autors i estudis que comparteixen i confirmen la relació de la desesperança amb les diverses formes de conductes autolítiques. Alguns d'ells defensen que la depressió i la desesperança estan presents en els individus suïcides, i altres consideren que l'esperança té més pes que la depressió en aquest tipus de conductes.

Popovic i col·laboradors (2014) consideren que la desesperança és un dels millors predictors de la conducta suïcida, superant així la depressió. En un altre estudi, es

va trobar que a major grau de desesperança, major és el risc de dur a terme una conducta suïcida (García-Alandete, Gallego-Pérez, Pérez-Delgado, 2009).

### **Intents previs de suïcidi i ideació suïcida**

L'existència d'antecedents personals d'intents de suïcidi en el passat, és un factor de risc que clarament s'associa a la possibilitat de què aquesta persona pugui tornar a dur a terme la mateixa conducta en un futur.

Els intents previs de conducta suïcida són el predictor més fort de risc suïcida. Durant els primers sis mesos i inclús durant el primer any després de l'intent, es considera que el risc augmenta entre 20 i 30 vegades (Popovic i col·laboradors 2014).

Harris i Barraclough (2000) troben en el seu estudi, que aquelles persones que han intentat suïcidar-se en el passat, tenen 40 vegades més de risc de suïcidi que la població general.

Per altra banda, si la ideació suïcida s'allarga en el temps sense acompanyar-se d'intents ni de plans, disminueix el risc de suïcidi.

### **2.1.3 Factors genètics i biològics**

Posseir antecedents familiars de suïcidi, augmenta genèticament el risc de conductes suïcides pels individus, tant per la població general com per aquells que estan diagnosticats d'alguna psicopatologia.

Per altra banda, en la població general la conducta suïcida s'associa amb una disfunció del sistema serotoninèrgic central, havent-se trobat baixos nivells de serotonina i de metabòlits en el líquid cefaloraquídi de pacients que s'han suïcidat. A més, existeix una correspondència directa entre baixos nivells de serotonina i escàs control d'impulsos, la violència i la letalitat de l'acte suïcida (Roy, Nielsen, Rylander, Sarchiapone, Segal. 1999).

Entre germans, la major concordança es produeix entre bessons homozigots.

## **2.2 Factors de risc contextuals**

### **2.2.1 Història familiar de suïcidi**

Els antecedents familiars de suïcidi augmenten el risc de conducta suïcida, especialment en el gènere femení i quan l'intent o el suïcidi consumat s'han produït en un familiar de primer grau (Hales i col·laboradors, 1996).

Estudis realitzats a nens adoptats van demostrar que aquelles que havien dut a terme una conducta suïcida tenien freqüentment pares que també ho havien fet. Tot i això, també s'ha demostrat que els aspectes no biològics també tenen un rol important en aquest tipus de conducta, ja que els fills adoptats solen repetir el rol de la família d'adopció, augmentant aquesta variable quant més petits van ser adoptats. És a dir, conviure amb una família amb antecedents suïcides, augmenta el risc de que la persona porti a terme aquest acte.

### **2.2.2. Esdeveniments vitals estressants**

Situacions estressants com poden ser pèrdues personals (divorci, separació, morts properes), pèrdues financeres (pèrdues de diners o de feina), problemes legals i esdeveniments negatius (conflictes i relacions interpersonals), poden ser desencadenants d'una conducta suïcida en persones que presenten altres factors de risc.

Tot i que no es considera com a factor de risc potencial ja que una persona amb un control d'impulsos adequat i unes estratègies de resolució de problemes positiva seria capaç de controlar aquest tipus de situacions, es considera que una persona amb altres factors de risc potencials actius que no ha presentat ideació suïcida fins el moment, seria capaç de fer-ho si es dones una situació de les esmentades anteriorment.

### **2.2.3 Factors sociofamiliars i ambientals**

#### **Recolzament sociofamiliar**

Existeix una relació significativa entre no tenir parella i la conducta suïcida, encara que la força d'aquesta associació és menor que en altres conductes. Així doncs, la conducta suïcida és més freqüent entre individus solters, separats o divorciats, que



viuen sols o no disposen de recolzament social i principalment en homes, durant els primers mesos de la pèrdua.

Per altra banda, la pèrdua o absència de recolzament especialment per part de la família, associada a diverses fonts d'estrès que poden presentar-se a la vida de la persona (malaltia, minusvalia, pèrdua d'un ésser estimat, canvis de rol, etc) poden interactuar, potenciant i creant un alt nivell de vulnerabilitat individual (Novel, 1991).

Guibert i Del Cueto (2003) van trobar en el seu estudi que les persones amb risc suïcida tenien un recolzament social bastant més baix que les persones del grup control. Vega-Piñero, Blasco-Fontecilla, Baca-García i Díaz-Sastre (2002) per la seva banda, també consideren el baix recolzament social com un factor de risc per la conducta suïcida.

### **Factors psico-socials**

En els països desenvolupats, la pèrdua de la feina i la pobresa s'associen amb un major risc de suïcidi, i es pot arribar a considerar la pèrdua de la feina o la jubilació com a esdeveniments estressants, incrementant-se dues o tres vegades el risc de suïcidi.

Respecte al nivell educatiu i laboral, feines molt qualificades i professions amb un alt nivell d'estrès també presenten un alt risc de suïcidi. Possiblement, les conseqüències socials i psicològiques de la desocupació són fets bàsics en la interrelació d'aquesta amb la conducta suïcida, sent la desocupació de llarga duració un factor especialment estressant.

Per últim, un baix nivell educatiu també s'associa amb un augment del risc de suïcidi.

Per altra banda, tampoc és infreqüent que les persones que no treballen hagin tingut problemes d'assertivitat, el seu nivell educatiu és baix o inclús que pateixin algun trastorn mental. És per això, que algunes d'aquestes característiques poden ser predisposants al suïcidi.

## **2.3 Altres factors de risc**

### **Història de maltractament físic o abús sexual**

Els abusos sexuals i físics, més concretament els produïts durant la infància, presenten una associació consistent amb la conducta suïcida. És probable que haver tingut aquest tipus d'experiències deixi unes seqüeles psicològiques en l'individu, que ja d'adult no serà capaç de controlar i podrà conduir-lo cap a aquestes conductes suïcides.

La relació existent entre la violència de gènere i el suïcidi també ha sigut manifestada com alarmant, ja que s'ha demostrat en diferents estudis que aquesta és existent i significativa. Així doncs, la probabilitat de que una persona maltractada pateixi trastorns mentals i/o porti a terme una conducta suïcida, és de dues vegades superior a la de persones que no han patit maltractament mai.

### **Assetjament per part dels iguals**

En adolescents, l'assetjament s'ha associat amb alts nivells d'estrès, així com d'ideació suïcida i conductes suïcides.

Per altra banda, hi ha certs successos a la vida, com esdeveniments vitals estressants, factors psicològics individuals o el fàcil accés a mitjans o mètodes de suïcidi, poden servir com factors facilitadors del suïcidi. Per exemple, la humiliació (en adolescents), tensions en les relacions interpersonals i l'aïllament social.

No es pot deixar de banda, però, que aquells esdeveniments vitals estressants com la mort d'un ésser estimat, perdre la feina, perdre l'habitatge o qualsevol cosa que a la persona l'afecti, li creï ansietat o de la qual no sigui capaç d'afrontar, ja sigui perquè té una baixa tolerància a la frustració o perquè no té les eines i estratègies necessàries per afrontar-la d'una manera adequada, podran actuar com a factors precipitants del suïcidi, i podran portar a aquesta persona a cometre una conducta suïcida.

### **3. Factors protectors**

Els factors protectors són aquells que disminueixen la probabilitat d'un suïcidi en presència de factors de risc. Es poden dividir en personals i en socials o mediambientals.

#### **3.1 Factors de protecció individuals**

##### **Habilitat en la resolució de conflictes o problemes**

Es considera de gran importància que una persona tingui les eines i estratègies suficients i adequades per afrontar les situacions que li poden passar al llarg de la seva vida. Si la persona ha construït aquestes estratègies, serà capaç d'afrontar totes o gairebé totes les experiències que se li presentin, fet que no li provocarà una sensació d'estrès i/o d'ansietat a llarg termini, i que per tant, no potenciarà la probabilitat d'una ideació suïcida.

##### **Autoestima, autoimatge i autoconfiança**

Rosenberg (1965, 1979) defineix l'autoestima personal com els sentiments de validesa personal i de respecte per a un mateix.

Més recentment, la *National Association for Self-Esteem* (2004) defineix l'autoestima com l'experiència de tenir capacitat per afrontar els desafiaments de la vida i ser mereixedor de la felicitat. Les persones que tenen una autoestima autèntica i saludable es veuen a si mateixes com éssers humans positius, responsables, constructius i confiàbles.

Per últim, Maslow, a la seva jerarquia de les necessitats humanes, descriu la necessitat d'apreci, que es divideix en dos aspectes:

1. L'apreci que es té un cap a si mateix (amor propi, confiança, suficiència, etc.)
2. El respecte i l'estimació que es rep d'altres persones (reconeixement, acceptació, etc.).

No hi ha molts estudis que relacionin l'autoestima directament amb la conducta suïcida en adults, però per altra banda, sí que es troben estudis que relacionen una autoestima baixa amb la conducta suïcida en mostra d'individus adolescents.

Carvajal i Caro (2011) afirmen que hi ha una relació positiva entre la baixa autoestima i les temptatives de suïcidi. Per la seva banda, Silva i Villalobos (2013) afirmen que en l'adolescència, tenir una autoestima baixa és un factor de risc del suïcidi.

### **Relacions socials i interpersonals**

Aquest factor es relaciona amb el recolzament social, com s'explicarà més endavant. És un factor de protecció molt important per disminuir la probabilitat d'un suïcidi. És per això, que si l'individu té una habilitat per les relacions socials, li serà més fàcil construir una xarxa social fora de la família de la que podrà demanar ajuda en situacions complicades.

Per altra banda, s'ha de tenir en compte també, que el sentiment de soledat no afecta a tothom de la mateixa manera, i que una persona sense una parella estable pot sentir-se bé en aquesta situació i per contra, una persona casada pot sentir-se totalment sola dins del matrimoni i que aquest no li funcioni com a factor de protecció.

El matrimoni sembla actuar com a factor protector, especialment si es tenen fills, sent aquesta tendència més accentuada en el sexe femení (Qin i col·laboradors, 2000). El paper protector que s'atorga al matrimoni possiblement està en connexió amb el fet de que la persona casada té amb qui compartir o discutir els seus problemes i amb el fet de que si un dels progenitors es suïcida, es veurien directament afectades altres persones, particularment aquells que tenen fills.

### **Fills**

Les persones que tenen altres individus que depenen d'ells o a qui els afectaria molt la seva pèrdua, tenen menys probabilitat de dur a terme una conducta autolítica.

### **Desenvolupar una bona adaptabilitat**

Les persones que són capaces d'adaptar-se a les noves situacions amb més facilitat i amb més rapidesa, tenen menys probabilitat de dur a terme una conducta suïcida ja que les noves experiències no els suposaran una font d'estrès i d'ansietat, que podria desencadenar en una ideació suïcida.

## **3.2 Factors de protecció socials o mediambientals**

### **Recolzament familiar i social**

Es considera un factor de protecció tenir xarxa social, per la seva força i qualitat. És a dir, la percepció que la persona fa sobre el recolzament social que té és de gran rellevància. Si la persona percep que té un recolzament positiu, i pensa que té persones al seu voltant que la valoren i la respecten, l'ajudarà a l'hora de no dur a terme una temptativa suïcida.

Existeixen actualment evidències considerables de que la disponibilitat del recolzament sovint funciona com un amortidor de l'estrès, ajuda a l'afrontament de les situacions i resulta molt beneficiós per a la salut (Sarason, 1999).

Per tant, posseir una xarxa social forta i positiva, serà fonamental per a la persona que presenta una ideació suïcida, perquè es sentirà estimada i sabrà que pot comptar amb les persones que té al seu voltant, no es sentirà sola davant dels seus problemes i conflictes, i per tant, no es sentirà tant vulnerable.

### **Tractament**

És fonamental que aquelles persones que estan diagnosticades d'un trastorn mental o d'una malaltia física greu, ja sigui crònica o no, rebin un tractament i un seguiment permanent i a llarg termini, per tal de poder identificar possibles senyals relacionades amb els factors predisposants al suïcidi. Si reben aquest tractament de la manera adequada, el professional que porta el seu seguiment serà capaç d'identificar aquestes senyals i poder abordar-ho a temps.

## **4. Disseny d'investigació**

### **4.1 Objectius**

L'objectiu d'aquest treball és aprofundir i analitzar alguns dels possibles factors de risc i de protecció relacionats amb la conducta suïcida, tant en mostra clínica com en mostra no clínica.

Dins d'aquest objectiu, hi trobem els següents objectius específics:

- Conèixer el percentatge de risc suïcida en una mostra clínica i en una mostra no clínica.
- Conèixer si hi ha diferència en la conducta suïcida en un grup de persones diagnosticades d'algun trastorn psicòtic i un grup de persones que no estan diagnosticades d'un trastorn mental.
- Conèixer els factors de risc i els factors de protecció relacionats amb la conducta suïcida en persones que pateixen algun Trastorn psicòtic i en persones que no han estat diagnosticades d'un trastorn mental
- Conèixer si hi ha diferència entre les característiques sociodemogràfiques (gènere, edat, estat civil, nombre de fills), individuals (autoestima i sentiment de desesperança), i socials (recolzament social) en funció del grau de risc suïcida.
- Conèixer si existeix alguna relació entre les característiques individuals (autoestima i sentiment de desesperança), les característiques socials (recolzament social) i el risc suïcida.
- Identificar el millor predictor de risc suïcida considerant les variables sociodemogràfiques, les individuals (autoestima i sentiment de desesperança) i les socials (recolzament social).

### **4.2 Hipòtesis**

En aquest estudi, es formulen les següents hipòtesis:

- El risc suïcida estarà més present en les persones que pateixen un trastorn psicòtic que en les persones que no presenten un diagnòstic de trastorn mental.

- Les persones amb un grau alt de desesperança (característica individual) tindran més risc suïcida que les persones amb un grau baix de desesperança.
- Les persones amb una autoestima (característica individual) baixa tindran més risc suïcida que les persones amb una autoestima alta.
- Les persones amb un recolzament social (característica social) actiu i percebut positivament tindran menys risc suïcida que les persones amb un recolzament passiu i percebut negativament.

### 4.3 Metodologia

Aquest estudi és una investigació quantitativa. El disseny d'investigació és descriptiu i de tall transversal. Consta de dos grups de comparació, 1) un grup clínic, format per persones diagnosticades d'un trastorn psicòtic, i 2) un grup control o de comparació format per persones sense diagnòstic psicopatològic.

### 4.4 Participants

La mostra la componen un total de 48 subjectes voluntaris residents a Catalunya. D'aquests, 24 formen la mostra clínic, és a dir, persones amb diagnòstic de trastorn psicòtic. Les altres 24 persones componen la mostra sense diagnòstic o sense psicopatologia.

La **mostra clínic** està formada per individus que estan sent tractats a l'àrea de Salut Mental de l'Hospital Sant Joan de Déu-Fundació Althaia de Manresa.

Els criteris d'inclusió que s'han tingut en compte per seleccionar els participants d'aquesta mostra són:

- Pacients amb edats compreses entre 30 i 60 anys que reben tractament a la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia.
- Diagnosticats prèviament per un psiquiatre d'un Trastorn psicòtic segons el DSM-IV-TR.
- Que sàpiguen llegir i escriure.
- Que participin de forma voluntària en l'estudi.

Tanmateix, els criteris d'exclusió són:

- Persones diagnosticades de Psicosis injertada
- Dany cerebral

- Que no sàpiguen ni llegir ni escriure
- Retràs mental

La **mostra sense diagnòstic** està formada per subjectes amb un nivell sociocultural, socioeconòmic i una formació acadèmica similar. Els criteris d'inclusió que s'han tingut en compte per seleccionar els participants d'aquesta mostra són:

- Subjectes amb edats compreses entre 30 i 60 anys
- Que sàpiguen llegir i escriure
- Que no hagin sigut diagnosticats al llarg de la seva vida de cap trastorn psicòtic o trastorns de l'eix I i II del DSM-IV-TR
- Que participin de forma voluntària en l'estudi

Tanmateix, els criteris d'exclusió són:

- Dany cerebral
- Persones diagnosticades d'un trastorn psicòtic o qualsevol altre trastorn de l'eix I i II del DSM-IV-TR
- Persones amb un diagnòstic d'abús de substàncies
- Persones que prenguin medicació psiquiàtrica
- Retràs mental

## 4.5 Instruments <sup>1</sup>

- Qüestionari de dades sociodemogràfiques (gènere, edat, els integrants que componen la seva família, el seu estat civil, si té fills, i si en té, quants, i amb qui conviuen actualment).
- Escala de Risc Suïcida, RS (Plutchik, Van Praag, Conte i Picard, 1989). La RS és una escala dissenyada per avaluar el risc suïcida. És un instrument auto-aplicat, consta de 15 ítems amb respostes dicotòmiques. El punt de tall és de 6.
- Escala de desesperança de Beck, BHS (Beck, Weissman, Lester i Trexler, 1974). És una escala dissenyada per avaluar, des del punt de vista subjectiu, les expectatives negatives que una persona té sobre el seu futur i el seu benestar, així com la seva habilitat per salvar les dificultats i aconseguir èxit a la seva vida. Consta de 20 ítems amb un tipus de resposta dicotòmica. El

---

<sup>1</sup> La bateria de proves es troba a Annexos 1.



punt de tall es situa en 8, una puntuació igual o superior indica un grau de desesperança alt.

- Escala de Recolzament Social Percebut, MSPSS (Zimet, Dahlem i Farley, 1988). El seu objectiu és recollir informació del recolzament social percebut pels individus en tres àrees: família, amics i altres significatius. És un instrument auto-aplicat, consta de 12 ítems tipus Likert de 4 punts.
- Escala d'autoestima de Rosenberg, RSE (Rosenberg, 1965). L'objectiu d'aquesta escala és avaluar el sentiment de satisfacció que una persona té amb si mateixa. És un instrument auto-aplicat, consta de 10 preguntes tipus Likert, puntuables entre 1 i 4 punts.
- Les dades relacionades amb el diagnòstic, els mesos de durada de tractament i el tractament que rep la mostra clínica van ser buscades a les històries clíniques dels pacients (base de dades informatitzada i informes clínic-psiquiàtrics)

## 4.6 Procediment de recollida de dades

Entre els mesos de gener, febrer i març del 2015 es van buscar els voluntaris de la mostra clínica i de la mostra sense diagnòstic.

Per a la **mostra clínica**, es va acudir a associacions, a grups de teràpia, a CSMAS sense obtenir el permís pertinent d'aquestes institucions per a realitzar el present estudi, per tant es van descartar. Amb posterioritat, es va contactar primer, via correu electrònic, amb alguns professionals que treballen a la Xarxa Assistencial Universitària de Manresa - Fundació Althaia. Posteriorment, es va concertar una cita i es va realitzar una entrevista per explicar els objectius del treball. Per tal de poder realitzar l'estudi amb aquests pacients, ha sigut necessari rebre l'aprovació del comitè d'ètica de l'hospital. Per a això, es va redactar un pre-projecte d'investigació que es va demanar el 19 de desembre de 2014. Finalment, el comitè d'ètica va donar la seva aprovació per a realitzar l'estudi el 19 de febrer de 2015.<sup>2</sup>

A continuació, es va acudir a una entrevista amb els responsables dels pacients diagnosticats de trastorn psicòtic. Es va obtenir accés a una base de dades de l'hospital amb l'objectiu d'identificar aquelles persones que complien els criteris d'inclusió i poder descartar aquelles que no. Es va realitzar un llistat de pacients que podien participar en l'estudi i se'ls va contactar via telefònica o de manera personal i

---

<sup>2</sup> L'informe d'aprovació del comitè d'ètica es troba a Annexos 2.

se'ls va demanar la seva participació en l'estudi de manera voluntària, tot fent una breu explicació d'aquest.

Es va trucar a un total de 25 pacients, dels quals només 1 no va acceptar a participar. Aquells pacients que van accedir, se'ls va citar per a poder passar la bateria de proves de manera individual.

Abans de passar les escales, es facilità als participants un full d'informació de l'estudi que van haver de llegir i del què van poder fer les preguntes que van considerar necessàries. Se'ls va informar sobre la confidencialitat i l'anonimat de l'estudi. Alhora se'ls va recordar que la participació era voluntària. Aquelles persones que hi van estar d'acord, que en aquest cas van ser totes, van firmar un consentiment informat autoritzant-nos a utilitzar les seves respostes per aquest estudi.<sup>3</sup>

Posteriorment, els subjectes van contestar les preguntes sociodemogràfiques i a tota la bateria de tests. La duració va ser d'uns 30 minuts aproximadament.

Es finalitzava la bateria de proves i es feia un tancament, així com se'ls agràia la seva participació. Alguns participants (N=7) van voler parlar sobre la ideació suïcida i es va elaborar un abordatge clínic per al tancament.

Per recollir les dades de **la mostra sense diagnòstic** es va dur a terme un mostreig intencionat amb l'objectiu de fer que les condicions sociodemogràfiques fossin semblants a les de la mostra clínica, per tal de fer-les homogènies. Primerament, es va contactar telefònicament amb aquelles persones que complien els criteris d'inclusió i que es creia que reunien les condicions necessàries per ser incloses en l'estudi i se'ls explicava els objectius de l'estudi i el seu funcionament, tot demanant la seva participació deixant clar que era un procés voluntari. Es va contactar amb un total de 24 persones, les quals van accedir totes.

Un cop havien accedit, se'ls citava un dia per poder passar la bateria de proves. El procediment va ser igual que amb la mostra clínica, primer se'ls va facilitar el full d'informació de l'estudi i van poder fer les preguntes que van considerar necessàries, tot firmant el consentiment informat conforme autoritzaven a utilitzar els seus resultats per a dur a terme aquest estudi.

Finalment, els subjectes van contestar les preguntes sociodemogràfiques i la bateria de proves, amb una duració de 20 minuts aproximadament (amb més rapidesa que la mostra clínica). Un cop acabada la recollida d'informació, es feia un tancament, tot agraint la seva participació. En aquest cas, no va ser necessari fer un abordatge clínic sobre la ideació suïcida.

---

<sup>3</sup> El full d'informació i el consentiment informat es troba a Annexos 3.

## **4.7 Anàlisi estadística**

Els resultats recollits han sigut introduïts i analitzats amb el programa SPSS 21.0. Mitjançant aquest, s'han realitzat els corresponents anàlisis i s'han trobat els resultats que trobem detallats a continuació.

## **4.8 Resultats**

Els resultats que es presentaran a continuació, descriuran i establiran relacions de les diferents escales entre la mostra clínica i la mostra no clínica.<sup>4</sup>

### **Característiques de la mostra total**

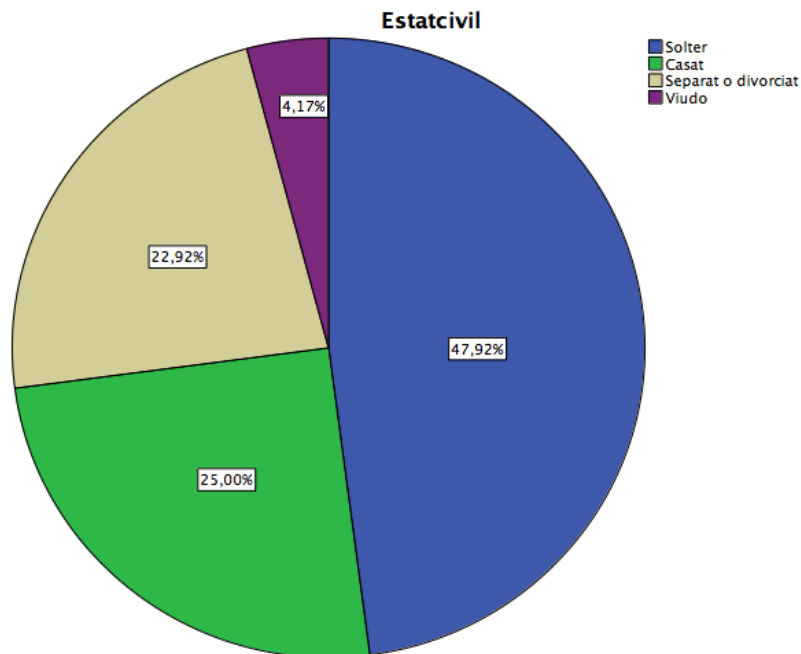
En total s'han recollit dades de 48 voluntaris. Un 56,2% de la mostra total són homes i un 43,8% són dones i la mitjana d'edat és de 45,69.

Referent a les variables sociodemogràfiques, s'ha observat que un 87,5% de la mostra forma part d'una família que està composta per un màxim de 5 components.

D'aquesta mateixa mostra, un 47,9% és solter, un 25% és casat i un 22,9% està separat o divorciat, i només un 4,2% ha perdut la seva parella. Dels 48 individus, s'ha trobat que un 50%, és a dir, 24 subjectes, tenen fills, i l'altre 50% no en té.

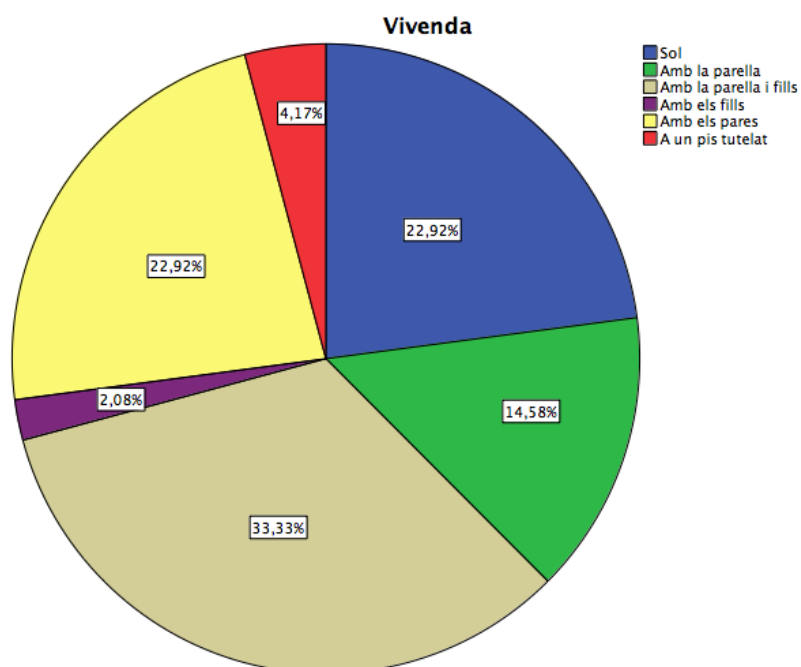
---

<sup>4</sup> Els altres gràfics que corresponen a les diferents mostres es troben a Annexos 4.



**Figura 1. Mostra total. Estat civil.**

Referent a la vivenda, un 22,9% viu sol, un 47,9% viu amb la parella o amb la parella i els fills, un 2,1% viu només amb els fills, un 22,9% viu amb els pares i per últim, un 4,2% viu a un pis tutelat per la Generalitat de Catalunya.



**Figura 2. Mostra Total. Persones amb qui conviu .**

S'han realitzat correlacions bivariades amb l'objectiu de conèixer si hi havia una relació significativa entre l'escala de risc suïcida amb les variables sociodemogràfiques (gènere, edat, estat civil, número de fills).

S'ha trobat una relació negativa i significativa entre el risc de suïcida i el número de fills ( $r=0,37$ ,  $p=0,009$ ). Per altra banda, no s'ha trobat cap relació estadísticament significativa entre les variables de gènere ( $r=0,39$ ,  $p>0,05$ ), edat ( $r=0,14$ ,  $p>0,05$ ), estat civil ( $r=0,81$ ,  $p>0,005$ ) i la ideació suïcida. Això indica que en la mostra total estudiada, la ideació suïcida és independent del gènere, l'edat i l'estat civil. No obstant, el número de fills seria un factor que es relaciona en sentit negatiu amb el risc suïcida, fet que indica que a major número de fills és menor el risc de suïcida i a menor número de fills hi hauria un major risc suïcida.

Alhora també s'han realitzat correlacions bivariades amb l'objectiu de conèixer si hi havia una relació significativa entre les variables dependents (desesperança, recolzament social percebut i autoestima) i el risc suïcida.

S'ha trobat una relació positiva i estadísticament significativa entre el risc de suïcida i la desesperança ( $r=0,675$ ,  $p<0,001$ ). Això significa que a major desesperança, major risc suïcida hi ha.

Per altra banda, s'ha trobat que el recolzament de la família ( $r=-0,39$ ,  $p=0,006$ ), el recolzament dels amics ( $r=-0,38$ ,  $p=0,008$ ), el recolzament d'altres significatius ( $r=-0,44$ ,  $p=0,002$ ) i l'autoestima ( $r=-0,60$ ,  $p<0,001$ ) tenen una relació negativa i estadísticament significativa amb el risc suïcida. Això significa que quan menor és el recolzament social de la família, els amics i altres persones significatives, així com l'autoestima, major risc suïcida hi ha.

### **Mostra sense diagnòstic**

De la mostra total, hi ha 24 persones que no estan diagnosticades de cap psicopatologia. La mostra no clínica està composta per un 50% d'homes i un 50% de dones, sent la mitjana d'edat de 45,17.

Referent a les variables sociodemogràfiques, s'observa que un 91,7% formen part d'una família composta per un màxim de 5 components.

Comparat amb la mostra total, un 25% de la mostra és soltera, un 50% està casada i un 25% està separada o divorciada. En aquesta mostra no trobem cap individu que

hagi perdut la seva parella. Així doncs, un 79,2% de la mostra sense diagnòstic tenen fills i un 20,8% no en tenen.

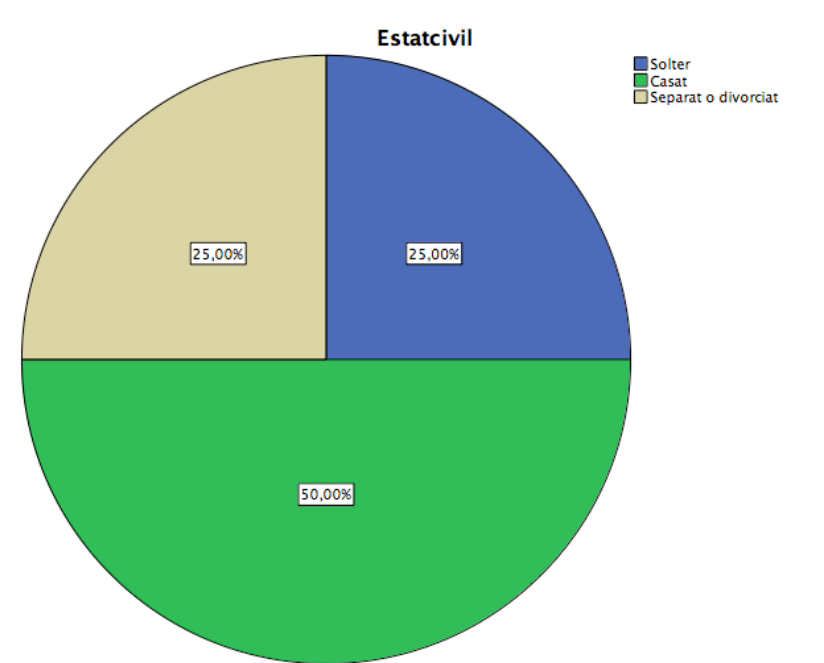


Figura 3. Mostra sense diagnòstic. Estat civil

Referent a la vivenda, un 8,3% viu sol, un 20,8% viu amb la parella, un 66,7% viu amb la parella i els fills i un 4,2% viu amb els pares. En aquesta mostra no trobem cap individu que estigui vivent a un pis tutelat per la Generalitat de Catalunya.

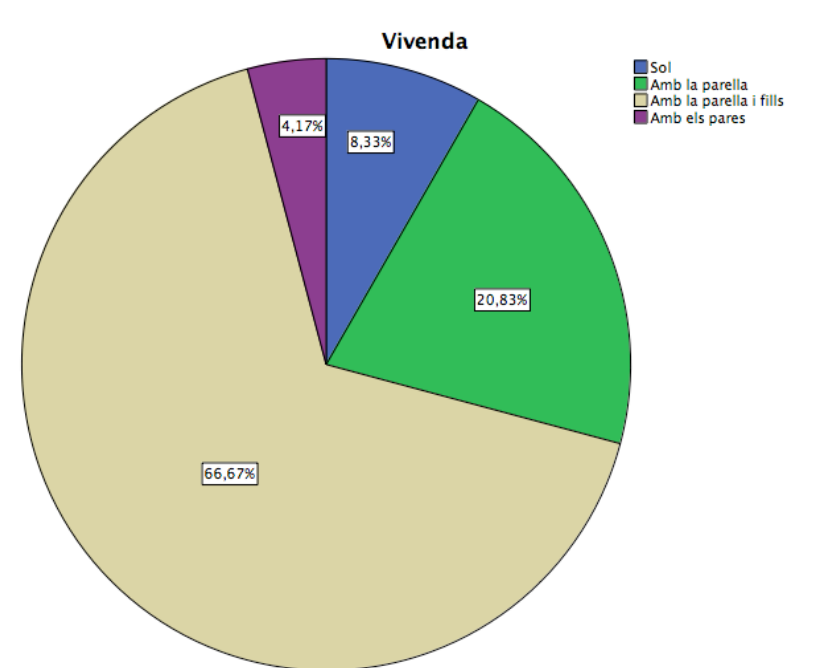


Figura 4. Mostra sense diagnòstic. Persones amb qui conviu.

## Mostra clínica

De la mostra total, hi ha 24 persones diagnosticades d'algun trastorn psicòtic. La mostra clínica esta composta per un 62,5% d'homes i un 37,5% de dones, sent la mitjana d'edat de 46,21.

Referent a les variables sociodemogràfiques, es pot observar que un 83,3% formen part d'una família composta per un màxim de 5 components.

A diferència de la mostra total, un 70,8% dels subjectes és solter, un 20,8% està separat o divorciat i un 8,3% ha perdut la seva parella. En aquesta mostra, no es troba cap individu que en aquests instants estigui casat. Així doncs, un 79,2% dels individus no tenen fills.

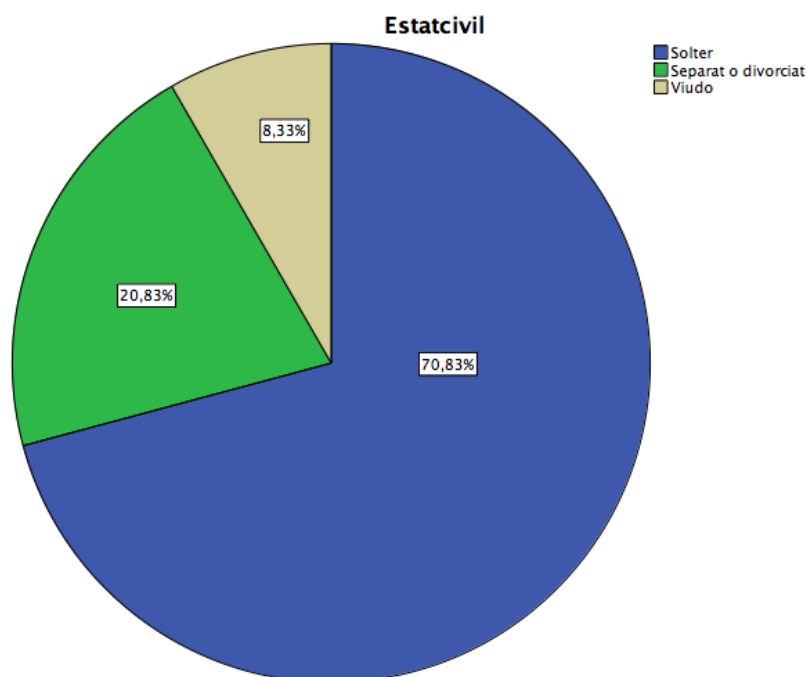
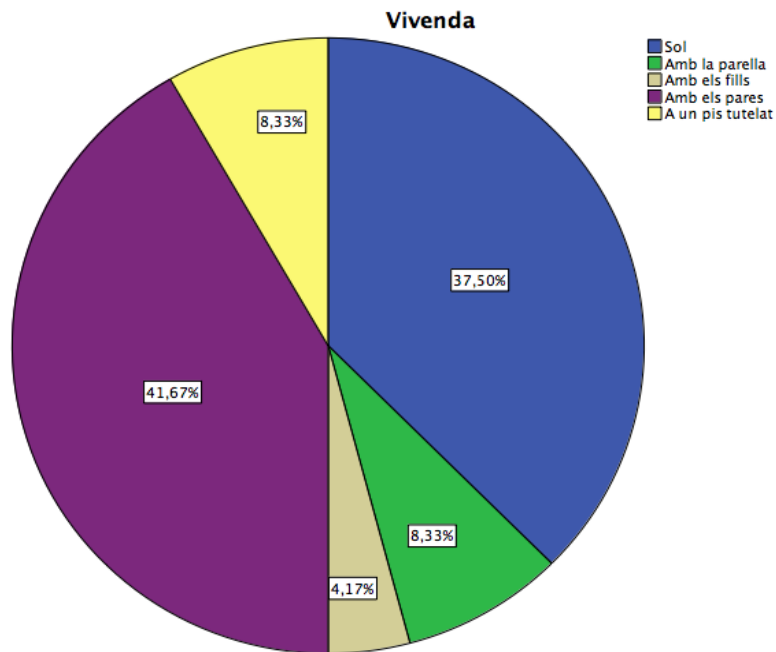


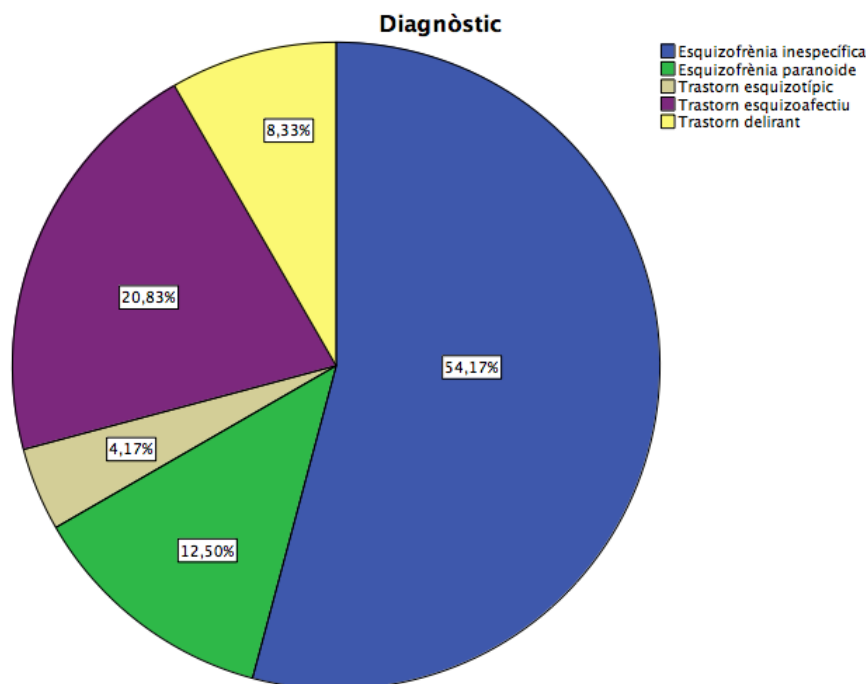
Figura 5. Mostra clínica. Estat civil.

Referent a la vivenda, podem observar que un 37,5% viuen sols i un 41,7% viuen amb els pares. Només un 8,3% de la mostra viu amb la seva parella, el mateix percentatge d'individus que viuen a un pis tutelat per la Generalitat de Catalunya i un 4,2% viu amb els seus fills.



**Figura 6. Mostra clínica. Persones amb qui conviu.**

Respecte al tipus de diagnòstic, el 100% d'aquests subjectes estan diagnosticats d'un Trastorn psicòtic. El 54,2% tenen un diagnòstic de Esquizofrènia inespecífica, el 12,5% de Esquizofrènia paranoide, el 4,2% un Trastorn esquizotípic, el 20,8% un Trastorn esquizoafectiu i el 8,3% un Trastorn delirant.



**Figura 7. Mostra clínica. Tipus de diagnòstic.**



En relació al nombre d'ingressos previs, un 70,8% ha hagut d'estar ingressat degut al seu trastorn mental d'1 a 6 vegades, sent el número d'ingressos més freqüent les 2 vegades amb un 25% de la mostra, seguit per les 3 vegades amb un 20.8%.

La mitjana del temps d'evolució del trastorn d'aquests individus és de 11 anys i mig.

Per últim, el 100% de la mostra clínica està rebent en aquests instants tant un tractament farmacològic com un tractament psicològic.

Amb l'objectiu d'avaluar si hi havia **diferències significatives entre el grup clínic i el grup sense diagnòstic** s'han realitzat proves de contrast estadístic per a mostres independents en les variables sociodemogràfiques, i les variables de risc suïcida, desesperança, autoestima i recolzament social percebut.

En relació a les variables sociodemogràfiques, s'han trobat diferències estadísticament significatives en el número de fills ( $t=5,09$  (45gl),  $p=0,009$ ) entre el grup sense diagnòstic ( $M=1,48$ ) i el grup clínic ( $M=0,29$ ). Això indica que en el grup sense diagnòstic tenen més fills que al grup clínic.

En relació a l'escala de Risc suïcida s'han trobat diferències estadísticament significatives ( $t=-6,3$  (45gl),  $p=0,001$ ) entre el grup sense diagnòstic ( $M=2,39$ ) i el grup clínic ( $M=7,33$ ). Per tant, es pot observar que el grup clínic té un risc suïcida més alt en comparació amb el grup sense diagnòstic. A més, mostra una significació clínicament rellevant (en més de 6 punts, puntuació de tall per considerar-ho de risc clínicament). La mostra clínica presenta un 70% de persones amb risc suïcida, i en canvi, la mostra sense diagnòstic només mostra un 9%.

En relació a l'escala de Desesperança s'han trobat diferències estadísticament significatives ( $t=-4,16$  (45gl),  $p=0,003$ ) entre el grup sense diagnòstic ( $M=3,26$ ) i el grup clínic ( $M=8,04$ ). Per tant, també es pot observar que en el grup clínic, els individus estan més desesperançats que en el grup sense diagnòstic. A més, aquests resultats també mostren una significació clínicament rellevant (a partir de 8 punts, es considera que la persona té un grau de desesperança alt).

En relació a l'escala de Recolzament social percebut també s'han observat diferències estadísticament significatives ( $t=5,34$  (45gl),  $p<0,05$ ) entre el grup sense diagnòstic ( $M=40,83$ ) i el grup clínic ( $M=30,63$ ). Havent més percepció de recolzament social en el grup sense diagnòstic que en el grup clínic.

Pel que fa al recolzament social percebut per part dels amics i la relació amb altres persones significatives, s'ha trobat que en el recolzament social percebut per part dels amics, també hi ha diferències estadísticament significatives ( $t=3,63$  (45gl),  $p=0,004$ ) pel grup sense diagnòstic ( $M=12,65$ ) i el grup clínic ( $M=9,08$ ).

En relació a la percepció de recolzament social percebut amb altres significatius, també s'han trobat diferències estadísticament significatives ( $t=4,88$  (45gl),  $p=0,009$ ) entre el grup sense diagnòstic ( $M=14,61$ ) i el grup clínic ( $M=10,38$ ). Fet que indica que les persones del grup sense diagnòstic perceben més recolzament social per part dels amics i d'altres persones significatives que el grup clínic.

Amb l'objectiu de conèixer si hi havia **diferències significatives entre les diferents variables dependents** (desesperança, recolzament social percebut i autoestima) **en relació al grau de risc suïcida** a la mostra total s'han realitzat dos grups de comparació agafant la variable de Risc suïcida i dividint-la en risc Alt (considerant la interpretació de la RS, més de 6 punts indica risc suïcida alt) i risc Baix (considerant la interpretació de la RS no hi ha risc de suïcida si la puntuació és de 0 a 5 punts). Per a això, s'han realitzat proves de contrast estadístic per a mostres independents.

En relació a la variable desesperança s'han trobat diferències significatives ( $t=-4,28$  (43gl),  $p=0,001$ ) entre els dos grups de comparació. S'ha observat que els individus que formen part del grup de risc suïcida baix tenen puntuacions més baixes ( $M=3,38$ ) que el grup de risc alt ( $M=7,79$ ), el que mostra puntuacions clínicament rellevants en desesperança.

En relació a la variable de recolzament social percebut en la sub-escala de família s'han trobat diferències estadísticament significatives ( $t=3,19$  (43gl),  $p=0,003$ ) entre els grups de comparació. S'ha trobat que els individus que formen part del grup amb un risc suïcida baix ( $M=13,73$ ) tenen la percepció de tenir més recolzament de la seva família que les persones que formen part del grup amb risc alt ( $M=10,5$ ).

Per últim, en relació a la sub-escala d'amics (recolzament social percebut), també s'han trobat diferències estadísticament significatives ( $t=1,93$  (43gl),  $p=0,007$ ) entre els grups de comparació. S'ha trobat que els individus que formen part del grup amb un risc suïcida baix tenen la percepció de tenir més recolzament dels seus amics ( $M=11,85$ ), que el grup de persones amb risc suïcida alt ( $M=9,74$ ) que perceben que els seus amics els recolzen poc.

No s'han trobat diferències significatives entre la variable dependent autoestima en relació al grau de risc suïcida ( $t=6,03$ ,  $p>0,05$ ).

Per últim, amb l'objectiu de conèixer el **millor predictor de risc suïcida**, s'ha realitzat un model d'una regressió lineal amb el mètode *Stepwise* (passos successius). Tenint en compte les diferents variables sociodemogràfiques i les variables dependents (desesperança, recolzament social percebut i autoestima), s'ha trobat que el millor predictor de risc suïcida és la desesperança ( $B= 0,53$  (error=0,10),  $t= 3,55$ ,  $p=0,001$ ) amb un 46% de variància explicada.

## 5. Conclusions

### 5.1 Discussió dels resultats

García de Jalón i Peralta (2002) i la Guia de pràctica clínica de prevenció i tractament de la conducta suïcida (2011) afirmen que les dones presenten una taxa més alta d'ideació suïcida. En aquest estudi però, no s'han trobat relacions estadísticament significatives entre la variable de gènere i el risc suïcida, és a dir, que no s'ha trobat que uns dels dos sexes tingui més tendència al risc suïcida que l'altre. Aquests resultats són semblants als que van trobar Large, Smith, Sharma, Nielssen i Singh (2011), on afirmaven que no hi havia diferència entre els dos sexes i el grau de risc suïcida.

Diferents estudis apunten a grups d'edat contradictoris en quant a més risc de suïcidi. Ösby i col·laboradors (2000) defineixen els grups de gent jove com els que tenen més risc de suïcidi mentre que García de Jalón i Peralta (2002) afirmen que el risc de suïcidi augmenta amb l'edat. En aquest estudi, no s'ha trobat cap relació estadísticament significativa que relacioni la variable de l'edat amb el risc suïcida, és a dir, que no predomina cap grup d'edat per sobre d'un altre.

Referent als resultats sobre l'estat civil de la mostra, tampoc s'ha trobat una relació estadísticament significativa entre la variable de l'estat civil i el risc suïcida, és a dir, que no hi ha una diferència de risc suïcida entre aquells individus de la mostra que són solters, amb parella, separats o divorciats, o viudos. Qin, Agerbo i Westergaard-Nielsen (2000) van trobar en els seus estudis que ser solter és un factor de risc suïcida pels homes mentre que García de Jalón i Peralta (2002) afirmen que existeix una major tendència de suïcidis en homes i dones solters, divorciats i viudos. Tot i que no s'ha trobat una relació estadísticament significativa, cal destacar que un 70,8% de la mostra clínica és soltera i podria ser que això també influís al risc suïcida.

Pel què fa als fills, sí que s'ha trobat una relació negativa i significativa entre el risc de suïcidi i el nombre de fills, és a dir, que a menor nombre de fills, major és el risc suïcida. Tot i que aquest és un factor que no ha estat massa estudiat en estudis previs, Qin i col·laboradors (2000) van trobar que tenir fills actua com a factor protector del suïcidi, sent aquesta variable especialment accentuada en les dones.

Segons la Guia de pràctica clínica de prevenció i tractament de la conducta suïcida (2011) el risc de suïcidi que té una persona diagnosticada d'un trastorn psicòtic és 30-40 vegades major que el de la població general. Per la seva banda, Harris i Barraclouh (2000) van trobar als seus estudis que els pacients diagnosticats d'esquizofrènia tenen 8,5 vegades més risc de dur a terme una conducta suïcida que la població general.

En els resultats obtinguts en aquest estudi, ha quedat demostrat que els individus que formen la mostra clínica, és a dir, que estan diagnosticats d'un trastorn psicòtic, tenen un risc suïcida bastant més alt que els individus que formen la mostra no clínica. Veient que a la mostra estudiada un 70% de la mostra amb diagnòstic de trastorn psicòtic té risc suïcida i només un 9% de la mostra no clínica mostra risc de dur a terme una temptativa suïcida, és a dir, la mostra clínica té un risc suïcida quasi 8 vegades més que la mostra sense diagnòstic. Aquests resultats van en la mateixa línia que l'estudi de Harris i Barraclouh (2000).

Wayne S. Fenton (2000) va exposar, també, que gairebé la meitat dels pacients diagnosticats d'un trastorn psicòtic pateixen ideació suïcida i/o tenen temptatives suïcides un cop a la seva vida. A més a més, s'estima que un 4-10% dels pacients que pateixen esquizofrènia acabaran amb la seva vida (Palmer, Pankratz i Bostwick, 2005).

Per altra banda, s'ha trobat en els resultats obtinguts que la variable desesperança és la millor predictora del risc suïcida. De tal manera, la Guia de pràctica clínica de prevenció i tractament de la conducta suïcida (2011) també considera la desesperança com el factor psicològic més influent amb el risc de conducta suïcida ja que afirmen que el 91% dels pacients amb conducta suïcida expressen desesperança a l'escala de Beck.

A part d'això, la diferència del grau de desesperança entre la mostra clínica i la mostra sense diagnòstic és bastant gran. És a dir, que la mostra clínica està bastant més desesperançada que la mostra no clínica, i tenint en compte que el 70% de la mostra amb diagnòstic de trastorn psicòtic té risc suïcida, es pot dir que la desesperança també és un factor de risc del suïcidi.

A l'estudi realitzat per Popovic, Benabarre, Crespo, Goikolea, González, Gutiérrez, Montes i Vieta (2014) es va trobar que la desesperança és un factor de risc molt

important en aquelles persones que estan diagnosticades d'esquizofrènia, és més, la consideren un millor marcador del suïcidi que la depressió.

García, Gallego i Pérez (2009) també van trobar en el seu estudi que a major grau de desesperança, major grau de risc de suïcidi. Aquesta conclusió també es pot extreure d'aquest estudi, ja que s'ha trobat que hi ha una relació positiva i estadísticament significativa entre el risc de suïcidi i la desesperança, és a dir, que quant més elevat és el grau de desesperança, més elevat és el grau de risc suïcida. Mondragón, Saltijeral, Bimbela i Borges (2013) van trobar que aquelles persones, parlant en termes de població general, que tenen un grau elevat de desesperança tenen un risc suïcida 7 vegades major que les persones que tenen un grau de desesperança baix o nul.

S'ha trobat que les persones que formen part del grup sense diagnòstic tenen la percepció de tenir un major recolzament social que les persones que formen part del grup clínic. I no només això, sinó que la diferència entre el recolzament social percebut per part dels amics i d'altres significatius, com podria ser una parella, és significativa. Els components de la mostra clínic tenen una percepció bastant més baixa de recolzament per part d'aquests dos grups.

Guibert i Del Cueto (2003) van trobar que la mostra de persones amb risc suïcida del seu estudi tenien un recolzament social bastant més baix que les persones del grup control. En aquest estudi, s'ha trobat que les persones que formen part del grup de risc de suïcidi alt tenen una percepció de recolzament per part de la família més baix que els que formen el grup de risc de suïcidi baix. Tanmateix, les persones que formen part del grup de risc de suïcidi baix també tenen la percepció d'estar més recolzats per part dels seus amics que els subjectes que formen part del grup de risc de suïcidi alt. Vega, Blasco, Baca i Díaz (2002) també associen el recolzament social amb el suïcidi, considerant el baix recolzament social com un factor de risc per la conducta suïcida.

En relació a la sub-escala de recolzament social percebut per part de la família, no s'ha trobat que hi hagi diferències estadísticament significatives entre la mostra clínic i la mostra sense diagnòstic. És a dir, que ambdós grups perceben el recolzament d'aquests d'una manera més o menys similar.

S'ha trobat però que tant el recolzament de la família, el recolzament dels amics i el recolzament d'altres significatius tenen una relació negativa i estadísticament significativa amb el risc suïcida, és a dir, que quan menor és aquest recolzament, major risc suïcida hi ha.

La Guia de pràctica clínica de prevenció i tractament del suïcidi (2011) afirma que un dels factors protectors del suïcidi és l'autoestima alta. En la mostra estudiada no s'ha trobat diferències significatives entre aquesta variable i el grau de risc suïcida, i tampoc s'ha trobat diferències entre la mostra clínica i la mostra sense diagnòstic. No obstant això, sí que s'ha trobat que l'autoestima i la conducta suïcida presenten una relació negativa, és a dir, que quan menor és aquesta variable, major risc de dur a terme una temptativa suïcida hi ha. Aquests resultats fan pensar que tot i que pugui semblar el contrari, l'autopercepció que tenen les persones no incideix en el risc suïcida, i encara que es cregui que els factors individuals són els que més relació tenen amb la conducta suïcida, podem comprovar el recolzament social té més influència que l'autoestima.

En els estudis consultats, no s'ha trobat gaires que estudiïn l'autoestima en relació al suïcidi en la població adulta, és a dir, que no és un factor psicològic que hagi sigut massa estudiat en el mateix tipus de mostra però sí que s'ha contemplat més en mostres d'individus adolescents. Per tant, aquest estudi és dels primers en avaluar l'autoestima, en mostra clínica i en relació al risc suïcida.

## 5.2 Limitacions i possibilitats

Aquest estudi, tot i que s'ha intentat fer-lo el més estricte possible, té algunes limitacions. La primera de totes és la mida de la mostra, per tal de poder extrapol·lar els resultats de la mostra a la població general, seria necessari augmentar els individus que participen a la mostra. Donada la falta de recursos i la falta de temps no ha sigut possible ampliar la mostra a altres hospitals i per tant, aconseguir més participants.

També referent a la mostra, però en aquest cas a la mostra sense diagnòstic, hauria d'haver sigut del mateix context que la mostra clínica, per tal de fer-la més homogènia, però al no conèixer a ningú de Manresa, tampoc ha sigut possible dur-ho a terme. Alhora també s'hauria d'haver escollit els participants de la mostra d'una manera totalment aleatòria, però un altre cop, degut a la falta de recursos i d'accessibilitat a la població general, no va ser una opció que es va contemplar degut a la inviabilitat d'aquesta.

Per altra banda, també seria interessant poder estudiar altres factors de risc, com per exemple els que han estat mencionats a la part teòrica d'aquest treball, per tal de saber quins són aquells factors que es relacionen més amb la conducta suïcida i que per tant, s'hauria d'intentar disminuir en aquelles persones que es troben en risc suïcida.

Per tant, per tal de millorar aquest estudi, seria interessant que s'augmentés la mida de la mostra i s'estudiés a diferents mostres clíniques de diferents hospitals i ciutats, complementant-la amb una mostra sense diagnòstic de característiques similars i de les mateixes ciutats. Estudiant els mateixos factors de risc d'aquest estudi, es podria concloure si els resultats obtinguts en aquest es confirmen o en canvi, es descarten.



### 5.3 Conclusions generals

Un 70% de la mostra amb un diagnòstic de trastorn psicòtic presenta risc suïcida i en canvi, només un 9% de la mostra sense diagnòstic presenta aquest risc. Aquestes dades confirmen la primera hipòtesi formulada en aquest treball, el risc suïcida, en aquesta mostra, està més present en les persones que pateixen un trastorn psicòtic que en les persones que no tenen un diagnòstic de trastorn mental. És per això que és de vital importància tenir en compte, durant les intervencions psicològiques, aquest factor, ja que pot ser que la intervenció es centri en els símptomes, tant positius com negatius, de la persona i no es doni tanta importància a altres aspectes, com podria ser el risc de suïcidi. Tot i que la persona no manifesti ideació suïcida, seria important que el psicòleg tingués en compte aquest aspecte i intentés comprovar si existeix realment risc suïcida o no.

Per altra banda, referent a la mostra estudiada, és interessant comprovar que tot i que la mitjana d'evolució del trastorn, i de la seva corresponent intervenció, és d'11 anys i mig, el risc suïcida segueix sent d'un 70%. Això fa pensar que la intervenció que s'està duent a terme no té en compte el possible risc suïcida que pugui haver-hi i que per tant, no s'està fent una intervenció en aquest aspecte.

La millor variable predictora del risc suïcida és la desesperança, fet que confirma la segona hipòtesi, on les persones que presenten un grau alt de desesperança tenen més risc suïcida que les persones que tenen un grau baix de desesperança. També s'ha comprovat que en el grup de comparació, aquelles persones que formen part del grup de risc suïcida alt, presenten un alt grau de desesperança, és a dir, que a major grau de desesperança, major és el risc de dur a terme una conducta suïcida.

Tenint en compte que el sentiment de desesperança, en aquesta mostra, és la millor predictora del risc de suïcidi, seria important tenir-lo en compte a l'hora de fer *screening* per tal de poder avaluar si la persona té probabilitats de dur a terme un acte suïcida o no. A l'hora de fer una intervenció psicològica amb una persona diagnosticada d'un trastorn psicòtic seria important avaluar aquest factor psicològic per poder saber si pot haver risc suïcida o no.

Per altra banda, es va hipotitzar que aquelles persones que tenen una autoestima baixa tindrien més risc suïcida que les persones que tenen una autoestima alta. Amb els resultats obtinguts en aquest estudi, no es pot confirmar aquesta hipòtesi ja que

no s'ha trobat una relació estadísticament significativa entre l'autoestima i el risc suïcida. Tampoc s'han trobat diferències del grau d'autoestima entre el grup de risc suïcida alt i el risc suïcida baix. És per això, que en la mostra estudiada, no es pot considerar el fet de tenir una autoestima baixa com un factor de risc, ni per tant, tenir una autoestima alta un factor de protecció. No obstant això, si que s'ha trobat que hi ha una fina relació entre l'autoestima i el risc suïcida, és a dir, que quan menor és l'autoestima major pot ser el risc suïcida, però sense poder considerar-ho un factor de risc potencial, sinó un complement a altres factors.

Per últim, s'ha confirmat que el recolzament social té relació amb el risc suïcida. Aquelles persones que perceben un recolzament social com a positiu, tenen menys risc de dur a terme una conducta suïcida, i per contra, aquelles persones que no perceben un recolzament social satisfactori tenen més risc d'acabar amb la seva vida. Aquestes dades són molt rellevants ja que generalment les intervencions que es fan en persones diagnosticades d'un trastorn psicòtic són a títol personal i no es té en compte ni la família ni la xarxa social d'aquest, i analitzant els resultats obtinguts es pot comprovar la importància que té tant la família com els amics per la mostra estudiada, i que en un moment donat, tenir un recolzament social fort podria actuar com a factor de protecció per a la persona que està en risc suïcida.

A grans trets, cal remarcar la importància de l'abordatge del risc suïcida en les persones que tenen un diagnòstic de trastorn psicòtic. Per tal de poder fer-ho, seria important avaluar el sentiment de desesperança d'aquestes persones, i no només d'elles, sinó de totes aquelles persones que es pugui creure que estan en una situació de risc, per ser aquest el millor predictor d'aquesta conducta. També cal remarcar la importància de fer un abordatge individual en persones amb risc suïcida, però sense oblidar i tenint sempre present que la família i els amics del pacient, és a dir, la seva xarxa social, pot actuar com a factor de protecció de la conducta suïcida i que per tant, seria molt important poder treballar aquest aspecte si és disfuncional.

## 6. Referències bibliogràfiques

BERTOLETE, José (2004). "Prevención del suicidio: ámbitos de intervención". *World Psychiatry—versión en español-(edición especial)*, 2, 147-151.

CARVAJAL, Gloria; CARO, Virginia (2011). "Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009". *Colombia Médica*, 42(2 Supl 1), 45-56.

DE RODA, Ana; SANCHEZ, Esteban (2001). "Estructura social, apoyo social y salud mental". *Psicothema*, 13(1), 17-23.

FENTON, Wayne S (2000). "Depression, Suicide and Suicide Prevention in Schizophrenia". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30 (1), 34-39.

FERNÁNDEZ, Roser (2005). "Redes sociales, apoyo social y salud". In *Perifèria: revista de recerca i formació en antropologia* (pp. 000-0).

GARCÍA DE JALÓN, E., PERALTA, V. (2002). "Suicide and risk of suicide". *Anales Sis San Navarra*, 25 (3), 87-96.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. *Guía de Práctica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t), 2011. Guía de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

GUIBERT, Wilfredo; ALONSO, Ada (2001). "Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(2), 155-163.

GUIBERT, Wilfredo; DEL CUESTO, Eloísa (2003). "Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(5), 0-0.

GUIBERT, Wilfredo; TORRES, Miranda (2001). "Intento suicida y funcionamiento familiar". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 452-460.

HALES, Robert; YUDOWFSKY, Stuart; TALBOTT, John (1996). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ancora, S.A.

JOHNSON, Judith; GOODING, Patricia; TARRIER, Nicholas (2008). "Suicide risk in schizophrenia: Explanatory models and clinical implications. The Schematic Appraisal Model of Suicide (SAMS)". *The British Psychological Society*, 81, 55-77.

MONDRAGÓN, Liliana; SALTIJERAL, María. Teresa; BIMBELA, Alfredo; BORGES, Guilherme (1998). "La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol". *Salud Ment*; 21(5) : 20-27

PÉREZ, Sergio (1999). "El suicidio, comportamiento y prevención". *Revista cubana de medicina general integral*, 15(2), 196-217.

PÉREZ CADENA, Elvira. *El suicidio, un fenómeno de origen multifactorial*. México, 2003.

QUINTANAR, Fernando. *Comportamiento suicida*. Pax México. México, 2007.

POPOVIC, D., BENABARRE, A., CRESPO, J.M., GOIKOLEA, J.M., GÓNZALEZ-PINTO, A., GUTIÉRREZ-ROJAS, L., MONTES, J.M., VIETA E. (2014). "Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130, 418-426.

RUIZ, Isabel; OLRÍ, Antonio (2006). "El suicidio en la España de hoy". *Gaceta Sanitaria*, 20, 25-31.

SÁNCHEZ, David (2012). "Variables sociodemográficas y biopsicosociales relacionadas con la conducta suicida". *Perspectivas en psicología aplicada*, 61-78.

SARMIENTO, Carolina; AGUILAR, Javier (2013). "Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes". *Psicología y Salud*, 21(1), 25-30.

VEGA, Miguel; BLASCO, Hilario; BACA, Enrique; DÍAZ, Carmen (2002). "El suicidio". *Salud global*, 4(2), 1-15.





UNIVERSITAT DE VIC  
UNIVERSITAT CENTRAL  
DE CATALUNYA

# FACTORS DE RISC SUÏCIDA EN UNA MOSTRA NORMAL I UNA MOSTRA CLÍNICA

---

## Annexos

Elisabet Sánchez Penadés

Tutora: Virginia Rangel

Grau en Psicologia

Universitat de Vic-UCC

15 de maig de 2015

## 1. Bateria de proves

### Questionario sociodemográfico

Por favor, a continuación, responda las siguientes cuestiones marcando la casilla correspondiente:

1. Sexo:

Masculino	<input type="checkbox"/>
Femenino	<input type="checkbox"/>

2. Edad: .....

3. ¿Cuántos integrantes componen su familia (sin contarse usted)?:

1 a 2	<input type="checkbox"/>
3 a 5	<input type="checkbox"/>
6 a 8	<input type="checkbox"/>
9 o más	<input type="checkbox"/>

4. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>
Separado(a) o Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
Viudo(a)	<input type="checkbox"/>

5. ¿Tiene hijos?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Si la respuesta es sí, ¿cuántos? .....

6. ¿Con quién vive actualmente?

Solo(a)	<input type="checkbox"/>
Con mi pareja	<input type="checkbox"/>
Con mi pareja e hijos	<input type="checkbox"/>
Con mis hijos	<input type="checkbox"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>

## Escala RS

*Instrucciones:* Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SÍ	NO
¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SÍ	NO
¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SÍ	NO
¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SÍ	NO
¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SÍ	NO
¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SÍ	NO
¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SÍ	NO
¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y andarlo todo?	SÍ	NO
¿Está deprimido/a ahora?	SÍ	NO
¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SÍ	NO
¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SÍ	NO
¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SÍ	NO
¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SÍ	NO
¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SÍ	NO
¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SÍ	NO



## Escala BHS

*Instrucciones:* Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuesta son verdadero (V) o falso (F).

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda pasar en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para el futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F

17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

## Escala MSPSS

*Instrucciones:* Lea cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indique su grado de acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil	1	2	3	4
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías	1	2	3	4
3. Mi familia realmente intenta ayudarme	1	2	3	4
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito	1	2	3	4
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí	1	2	3	4
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme	1	2	3	4
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal	1	2	3	4
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4
9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías	1	2	3	4
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos	1	2	3	4
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones	1	2	3	4
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	1	2	3	4

## Escala RSE

*Instrucciones:* Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada empleando esta escala:

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	1	2	3	4
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.	1	2	3	4
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	1	2	3	4
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.	1	2	3	4
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.	1	2	3	4
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.	1	2	3	4
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.	1	2	3	4
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.	1	2	3	4
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	1	2	3	4
10. A veces creo que no soy buena persona.	1	2	3	4

## 2. Informe d'aprovació del comitè d'ètica de l'hospital



### INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Dr. Miquel Nolla, com a President del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la FUNDACIÓ UNIO CATALANA HOSPITALS

#### CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la seva reunió del dimarts, 27 de gener, ha avaluat:

La proposta d'Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, per que es realitzi l'estudi que porta per títol: "Prevenió de conductes auto lítiques en persones amb problemes de salut mental i sense psicopatologia.", versió 3 de 19 febrer 2015, codi CEIC 15/05 i considera que:

Es compleixen els requisits necessaris d' idoneïtat del protocol en relació amb els objectius de l'estudi i que estan justificats els riscos i les molèsties previsibles per al subjecte. La capacitat de l'investigador i els mitjans disponibles són apropiats per portar a terme l'estudi. Són adequats tant el procediment per obtenir el consentiment informat com la compensació prevista per als subjectes per danys que es puguin derivar de la seva participació a l'estudi.

Que aquest comitè accepta que aquest estudi es digui a terme a Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, amb Gemma Prat com a investigadora principal. I que l'investigador principal no ha estat present en les deliberacions i aprovació d'aquest estudi.

En aquesta reunió s'han complert els requisits establerts en la legislació vigent – Orden SAS/347/2009, RD 223/22004. El CEIC tant en la seva composició, com en els PNT compleix amb les normes de BPC (CPMP/ICH/135/95).

#### MEMBRES DEL CEIC DE LA FUNDACIÓ UNIO CATALANA D'HOSPITALS

Dr. Miquel Nolla	President	Metge
Dra. Anna Altés	Secretari	Metge
Dra. Imma Guasch	Vocal	Metge
Dr. Ernesto Ezequiel	Vocal	Metge
Dr. Jesús Montesinos	Vocal	Metge
Dra. Rosa Morros	Vocal	Farmacòloga Clínica
Dr. Jaume Trapé	Vocal	Farmacèutic
Dra. Imma Torre	Vocal	Farmacèutica
Dra. Concha Antolín	Vocal	Farmacèutica primària
Sra. Elisabet Juan	Vocal	Infermera
Sra. Laura Cedrón	Vocal	Infermera
Sra. Ana Barajas	Vocal	Psicòloga
Sra. Itziar Aliri	Vocal	Advocat
Sra. Anna Guijarro	Vocal	Filosofia
Sra. Vanessa Massó	Vocal	C. Empresarials

Barcelona, 19 de febrer de 2015



Dr. Miquel Nolla  
President del CEIC

### **3. Full d'informació i consentiment informat**

#### **Projecte d'investigació "Prevenició de conductes auto lítiques" <sup>1</sup>**

Benvolgut Sr./Sra.:

Li sol·licitem de la manera més atenta possible que contesti uns qüestionaris. Si us plau, llegeixi detingudament aquest document i no dubti en fer les preguntes que consideri necessàries amb l'objectiu d'entendre la finalitat d'aquest estudi i quins són els seus drets.

Es té com a objectiu realitzar una recerca a la Universitat de Vic, com a part del Treball de Fi de Grau del grau de Psicologia. Aquesta investigació es titula "Prevenició de les conductes auto lítiques" i per a portar-la a terme, necessitem la seva participació.

#### **Justificació/Objectiu**

L'objectiu d'aquest estudi és estudiar quines variables psicològiques influeixen en la presència o no d'ideació suïcida tant en les persones que presenten problemes de salut mental com en les que no en pateixen.

#### **En què consisteix la seva participació en l'estudi?**

Es realitzarà una sessió de valoració en la qual se li passaran 4 qüestionaris que consisteixen en què li facin algunes preguntes sobre les seves activitats i pensaments relacionats amb l'estudi. Es preveu que les sessions d'exploració durin uns 30 minuts aproximadament, depenent de la rapidesa amb la qual es respongui.

#### **Beneficis**

El fet de participar en l'estudi no implica cap benefici directe per a vostè, però permetrà fer un estudi sobre aquest tema i poder conèixer millor aquesta realitat.

#### **Compromís de confidencialitat**

Tota la informació relacionada amb vostè serà tractada de forma confidencial i només hi tindrà accés les persones implicades en aquest estudi,

---

<sup>1</sup> El full d'informació i el consentiment informat també estaven disponibles en castellà, per assegurar la bona entesa d'aquests.

Conforme amb allò que estableix la Llei Orgànica 16/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD), les dades personals que s'obtinguin seran les necessàries per cobrir els objectius de l'estudi.

A cap dels informes de l'estudi apareixerà el seu nom, i la seva identitat no serà revelada a cap persona excepte per complir amb els objectius de l'estudi. Qualsevol informació de caràcter temporal que pugui ser identificable serà conservada per mètodes informàtics en condicions de seguretat, és a dir, es garanteix totalment la confidencialitat d'aquesta.

D'acord amb la llei vigent, vostè té dret a l'accés de les seves dades personals; així mateix, i si està justificat, té dret a la seva rectificació i cancel·lació. Si així ho desitja, ho haurà de sol·licitar a les persones responsables d'aquest estudi.

D'acord amb la legislació vigent, vostè té dret a ser informat de les dades rellevants per a la salut que s'obtinguin en el curs de l'estudi. Aquesta informació se li comunicarà si ho desitja; en el cas que prefereixi no ser informat, la seva decisió es respectarà.

### **Voluntarietat**

La participació en aquest estudi és totalment voluntària i es pot retirar d'ell en qualsevol moment sense que hagi de donar explicacions a ningú.

### **Més informació**

Si desitja més informació sobre aquest projecte pot sol·licitar-la als responsables d'aquest estudi.

## CONSENTIMENT INFORMAT

Jo, (nom i cognoms) .....  
accedeixo a participar en la investigació "Prevenió de conductes autolítiques" i  
declaro que:

1. He llegit i comprès el full d'informació que m'han entregat,
2. He pogut fer les preguntes pertinents,
3. He rebut suficient informació sobre l'estudi,
4. He parlat amb els responsables d'aquest,
5. Entenc que la meva participació és voluntària,
6. Entenc que em puc retirar de l'estudi quan vulgui, sense haver de donar explicacions i sense que això afecti a la qualitat de l'atenció que es rep.

D'aquesta forma, dono la meva conformitat per a participar en l'estudi.

Data

DNI

Firma del participant

.....

.....



## 4. Gràfics dels resultats

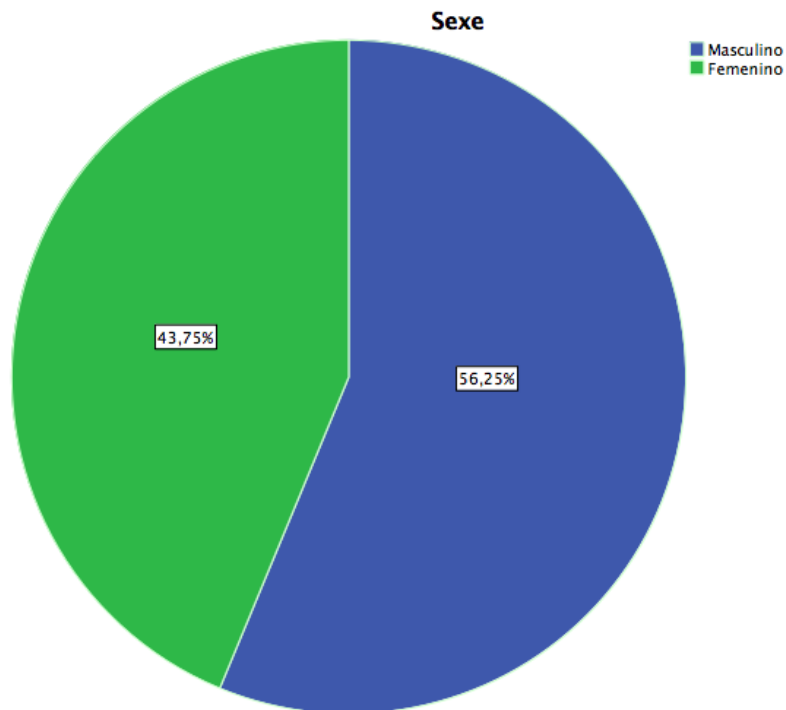


Figura 1. Mostra total. Gènere

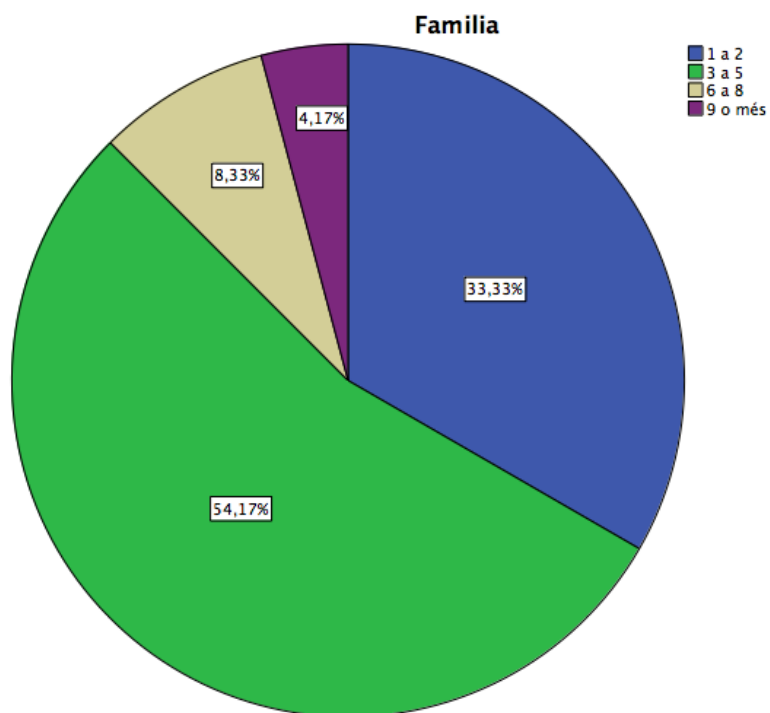
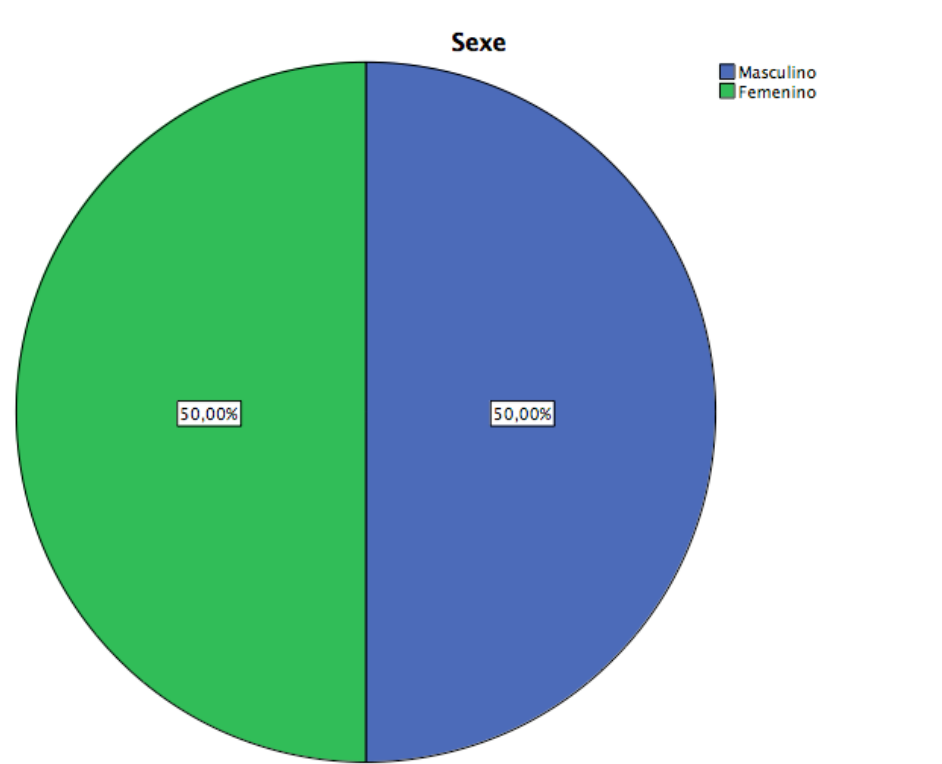
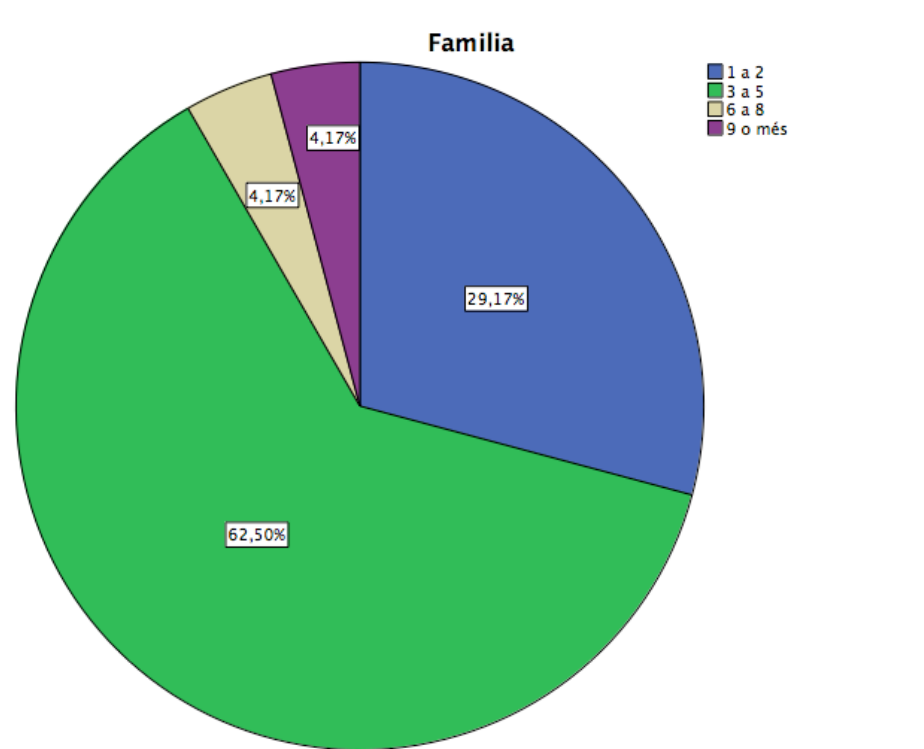


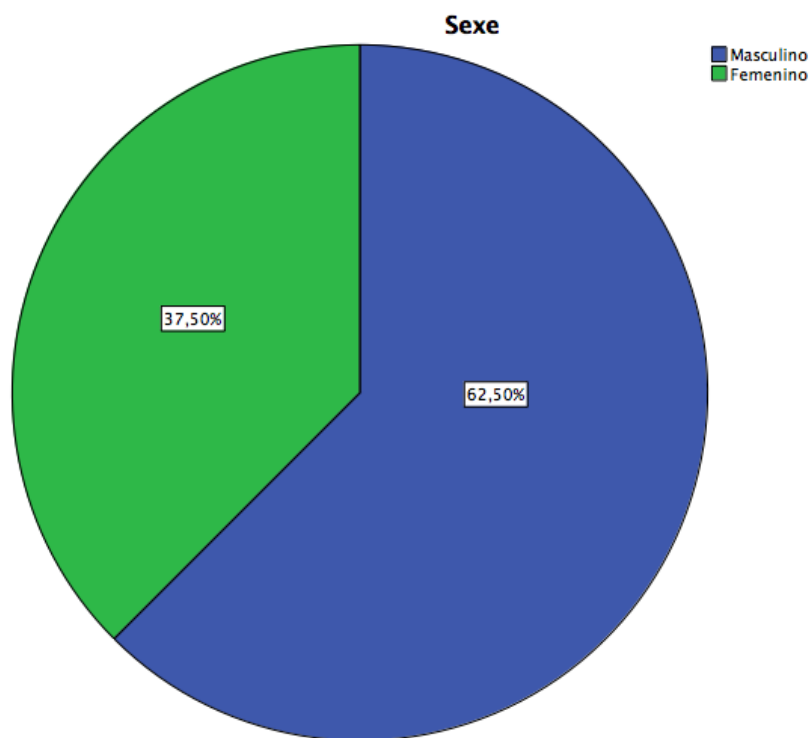
Figura 2. Mostra total. Components de la família



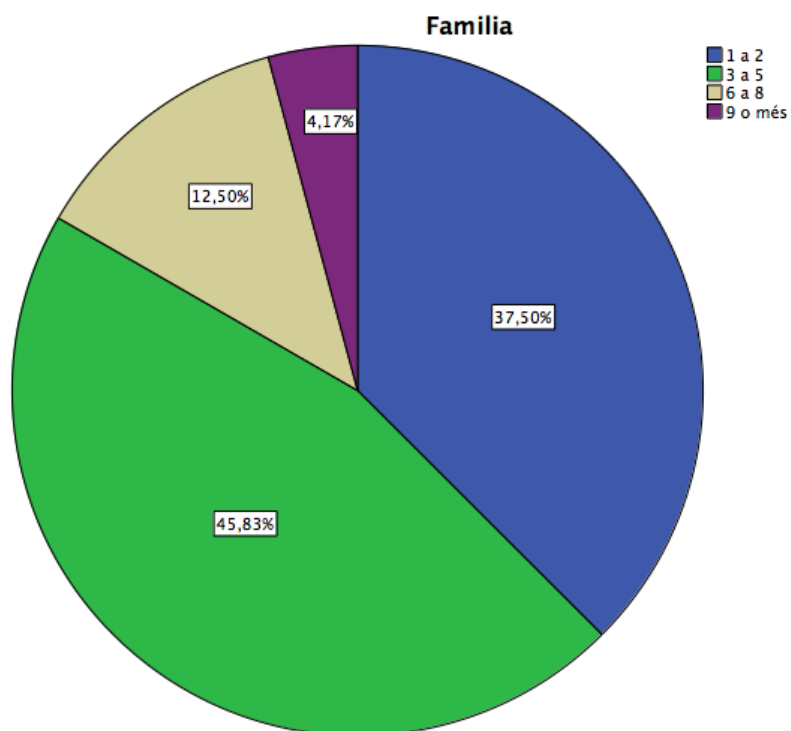
**Figura 3. Mostra sense diagnòstic. Gènere**



**Figura 4. Mostra sense diagnòstic. Components de la família**



**Figura 5. Mostra clínica. Gènere**



**Figura 6. Mostra clínica. Components de la família**