

Comparación del riesgo suicida en estudiantes de Enfermería y Fisioterapia

Javier Montes- Hidalgo¹, Cecilia Brando-Garrido¹, Joaquim Limonero-García², María José Gómez-Romero³, Joaquín Tomás-Sábado¹

¹ Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat

²Facultad de Psicología de la UAB

³Egarsat Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº276.

Introducción:

Según el Instituto Nacional de Estadística (1), el suicidio se ha convertido en la tercera causa de muerte en el grupo de edad entre los 15 a 29 años, solo superado por las causas externas y los tumores, aunque la Organización Mundial de la Salud advirtió en su último informe del 2015 que era la primera causa de mortandad entre los adolescentes europeos (2). En concreto, en el año 2016, el suicidio se mantuvo como primera causa de muerte externa, con un total de 3.569 fallecimientos, lo que supuso un leve descenso respecto al año 2015 (0,9%). Si analizamos los datos por género, el suicidio fue la primera causa de muerte externa en hombres (con 11,7 fallecidos por cada 100.000 habitantes) y la cuarta en mujeres (con 3,8 fallecidos por cada 100.000 habitantes) (3), aunque los datos puedan estar infravalorados debido a que una parte de los suicidios no son contabilizados como tales, ya sea porque los autores lo camuflen (se calcula que un 5% de los accidentes de circulación son suicidios encubiertos) o por dificultades metodológicas.

Según los datos de 2013, fueron 310 niños y jóvenes menores de 30 años los que acabaron voluntariamente con su vida, aunque con importantes diferencias entre franjas de edad. Así, entre los 15 y 19 años supone un 2,65 por cada 100.000 habitantes, mientras que en los tramos de 20-24 y 25-29, son, respectivamente, un 5 y un 4,4% (1).

En el caso de los jóvenes universitarios son numerosos los estudios que expresan su preocupación por el aumento de la ideación suicida en este segmento de la población (4). En Estados Unidos, en los primeros años del siglo XXI, es la segunda causa de muerte entre estudiantes universitarios, solo superada por las heridas auto provocadas (5).

Si tenemos en cuenta los años que, potencialmente, podrían haber vivido estas personas, el crecimiento personal y el aporte económico que podrían haber aportado a la sociedad, constituyen datos realmente preocupantes.

Tradicionalmente, se ha considerado la infancia y la juventud como una “etapa feliz” a la que la idea de muerte le es ajena. Sin embargo, la conducta suicida es propia de la condición humana y, aunque con matices, parece afectar a todas las sociedades, independientemente de la clase social, la época, el género o la edad. Parece evidente que la identificación de los factores de riesgo potenciales en cada situación, debería ser el primer paso para el diseño de intervenciones preventivas a nivel de salud pública (6).

Para los estudiantes, su etapa universitaria constituye un período de transformación y desarrollo personal, social y académico, que necesita de un grado de madurez y responsabilidad considerable, y que obliga a la toma de decisiones en un entorno nuevo e impersonal como es el universitario. Estos estudiantes actuales serán los futuros enfermeros, economistas, ingenieros, etc., de manera que sus conocimientos, habilidades y experiencias serán imprescindibles para mejorar la sociedad. No obstante, para que puedan desarrollar todo su potencial, es necesario prestar una especial atención a todos aquellos aspectos relacionados con su salud mental (7).

Dejar el domicilio familiar, dificultades económicas, adaptación a un nuevo entorno social, unidos a una considerable presión académica, generalmente muy superior a la que estaban habituados, son algunos de los estresores a los que tienen que enfrentarse los estudiantes universitarios, y que pueden actuar desestabilizando su equilibrio emocional y psicológico. Son numerosos los estudios que señalan que es, precisamente, en la adolescencia y primera juventud cuando surgen mayoritariamente los trastornos de tipo mental, y que los estudiantes universitarios tienen una probabilidad más alta que otros jóvenes de su edad de padecer estrés psicológico (8, 9) y de desarrollar ideación suicida. Aunque es evidente que no todas las personas con ideación suicida acaban suicidándose, lo cierto es que los pensamientos recurrentes sobre planes y conductas de suicidio, constituyen uno de los principales factores de riesgo.

La depresión, otro importante factor relacionado con el riesgo de suicidio (10), presenta también, según los investigadores, una prevalencia considerable entre los jóvenes universitarios, sin que, por lo general, se le preste la consideración necesaria, a efectos de prevención y tratamiento (11).

No obstante, se entiende que el suicidio es multifactorial, de manera que en los últimos años se ha comenzado a considerar la influencia de variables hasta ahora poco estudiadas, como el *bienestar psicológico*, la *resiliencia*, la *inteligencia emocional* (12), y el *locus de control*, que evalúa el grado en que el individuo considera que controla los acontecimientos relacionados con su propia salud y que pueden influir posteriormente en su capacidad adaptativa a situaciones estresantes (13).

Asimismo, se ha incluido el fracaso académico (14) y la ocupación (15), como otros factores de riesgo potencial, destacando la alta incidencia de conducta suicida en las personas dedicadas al cuidado de la salud de otras personas (16). Desde esta perspectiva, algunos autores han señalado la especial situación de riesgo en la que pueden situarse los estudiantes de enfermería, que deben afrontar en el transcurso de sus prácticas, situaciones para las cuales disponen de escasas estrategias de afrontamiento, que pueden afectar a su estabilidad emocional (17).

Objetivos:

Los objetivos de este trabajo fueron cuantificar el riesgo suicida, y estudiar su relación con el bienestar subjetivo y el locus de control de la salud, en una muestra de estudiantes de enfermería y fisioterapia.

Metodología:

El diseño del estudio fue observacional transversal.

Participaron en el estudio 268 estudiantes, 128 correspondientes al grado de enfermería (80% mujeres y 20% hombres) y 140 al grado de fisioterapia (42% mujeres y 58% hombres) de una Escuela Universitaria de la provincia de Barcelona, con edades medias de 21,28 (DT= 4,82) y 20,21 (DT= 4,60) años, respectivamente.

Los participantes contestaron un cuestionario anónimo y autoadministrado que contenía, además de datos sociodemográficos, las siguientes escalas:

- Escala de Riesgo Suicida (SRS) de Plutchik (18) en su versión española (19). La SRS es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar el riesgo suicida, que permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellos. Consta de 15 ítems con respuesta dicotómica [sí/no] que incluyen cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados. Cada respuesta afirmativa puntúa 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos, de manera que las posibles puntuaciones totales presentan un rango entre 0 y 15. Los autores de la versión española (Rubio et al., 1998) proponen un punto de corte de seis puntos, de manera que una puntuación igual o superior a seis indica riesgo de suicidio. Cuanto mayor sea la puntuación mayor es el riesgo.
- Cuestionario de Felicidad de Oxford, en su Forma Reducida (Oxford Happiness Questionnaire Short-Form = OHQ-SF) (20). Es una escala que proporciona una estimación del grado de bienestar subjetivo del individuo. El cuestionario original consta de 29 ítems que se puntúan mediante una escala tipo Likert de seis puntos, desde 1=“*totalmente en desacuerdo*” a 6=“*totalmente de acuerdo*”, correspondiendo las puntuaciones más altas a mayores niveles de bienestar subjetivo. Posteriormente, se diseñó una versión corta (OHQ-SF), con el objetivo de utilizarla en situaciones con escaso tiempo disponible, que está formada por ocho ítems (1, 3, 12, 13, 16, 18, 21 y 29). La forma española del OHQ-SF (21) se desarrolló a partir de la escala original inglesa, mediante sucesivos ciclos de traducción y retrotraducción.
- Escala Multidimensional de Locus de Control de la Salud, forma A (Multidimensional Health Locus of Control = MHLC) (22), en su adaptación española (23). La MHLC valora las creencias personales sobre las causas de los refuerzos para las conductas relacionadas con la salud, en el sentido de si ésta es principalmente interna, debida al azar o la suerte o a la influencia de otras personas significativas. Consta de 18 ítems, con seis posibilidades de respuesta para cada uno de ellos, que puntúan desde 1=“*completamente de acuerdo*”, hasta 6=“*completamente en desacuerdo*”. La escala proporciona tres puntuaciones relativamente independientes correspondientes a los tres factores considerados: internalidad (ítems 1, 6, 8, 12, 13 y 17), que expresa creencias en el sentido de que la salud depende de la propia conducta; azar/ suerte (2, 4, 9, 11, 15 y 16) y

otras personas relevantes (3, 5, 7, 10, 14, 18) expresan, ambas, creencias en la externalidad, es decir, consideran que la salud depende del azar/suerte o de la actuación de otras personas competentes, respectivamente.

Procedimiento.

Los estudiantes respondieron a las escalas de forma colectiva, en sus propias aulas de clase, como parte de un cuestionario anónimo. Previamente, fueron advertidos que la participación era voluntaria y que los datos serían tratados de forma estrictamente confidencial. Los datos se tabularon y analizaron estadísticamente mediante el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

Desarrollo

En lo que respecta al riesgo suicida, de acuerdo con el criterio de considerar en riesgo aquellos individuos con puntuaciones igual o superiores a 6, encontramos a 17 estudiantes de enfermería (un 13,5% del total de estudiantes de enfermería) y a 5 estudiantes de fisioterapia (un 3,5% del total de estudiantes de fisioterapia). En conjunto, el porcentaje de estudiantes que puntúan igual o por encima de 6 llegan al 8,3%. Las mujeres puntuaron de forma ligeramente superior con una media de 2,82 puntos (DT= 2,05) mientras que los hombres alcanzaron 2,25 (DT= 2,04) sin que las diferencias llegaran a ser estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Por lo que respecta a las correlaciones entre las diferentes variables analizadas (Tabla 1), podemos observar que las puntuaciones de riesgo suicida (SRS) correlacionan de forma negativa y significativa con el bienestar subjetivo (OHQ-SF) ($r = -0,503$; $p < 0,01$), mientras que, a su vez, el bienestar subjetivo correlaciona de forma negativa y significativa con la subescala Internalidad ($r = -0,196$; $p < 0,01$) y de forma positiva y significativa con la subescala Azar del locus de control de la salud (MHLC) ($r = 0,171$; $p < 0,01$).

Tabla 1. Coeficientes de Correlación de Pearson entre el riesgo suicida (SRS), el Bienestar Subjetivo (OHQ-SF) y el Locus de Control de la Salud (MHLC).

	SRS	OHQ-SF	MHLC (intern)	MHLC (azar)
OHQ-SF	-0,503*			
MHLC (Intern)	0,085	-0,196*		
MHLC (azar)	-0,057	0,171*	-0,298*	
MHLC (person)	0,003	0,044	0,083	0,138

*p<0,01

OHQ-SF = Bienestar Subjetivo; **SRS** = Riesgo Suicida; **MHLC (intern)**= Locus de Control (internalidad); **MHLC (azar)** = Locus de Control (azar/suerte); **MHLC (person)** = Locus de Control (otras personas significativas)

La tabla 2 contiene las medias y las desviaciones típicas de las puntuaciones de los instrumentos utilizados, para la muestra total y, separadamente, para estudiantes de Enfermería y Fisioterapia, así como los resultados de la prueba *t* de comparación de medias. En general, las puntuaciones para ambos grados son muy similares y únicamente en el caso del Riesgo Suicida y la Internalidad los estudiantes de Enfermería puntúan significativamente más alto, indicando una mayor tendencia a la atribución de control interna y de riesgo suicida.

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas de Riesgo Suicida, Bienestar Subjetivo, Internalidad, Azar y Otras Personas para la muestra total y, separadamente, para Enfermería y Fisioterapia.

	TOTAL Me (DT)	Fisioterapia (n = 140) Me (DT)	Enfermería (n = 128) Me (DT)	<i>t</i>
Riesgo Suicida	2,59 (2,06)	2,31 (1,71)	2,91 (2,36)	2,41*
Bienestar Subjetivo	35,48 (5,87)	35,89 (5,57)	35,04 (6,18)	1,18
Internalidad	16,35 (4,58)	15,48 (4,42)	17,30 (4,58)	3,29**
Azar	27,85 (4,64)	27,32 (4,98)	28,43 (4,18)	1,96*

Otras Personas	22,42 (4,86)	22,32 (5,09)	22,54 (4,62)	0,37
----------------	--------------	--------------	--------------	------

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Conclusiones:

Los resultados obtenidos muestran un mayor riesgo suicida en los estudiantes que cursan el Grado de Enfermería en comparación con los de Fisioterapia. La poca literatura científica que aborde esta problemática dificulta ofrecer una explicación plausible a esta realidad. No obstante, existe considerable evidencia de la alta incidencia de conducta suicida en los profesionales de la salud en general, y en enfermería en particular, según parece relacionada con las características de su trabajo. Según esto, podría especularse con la idea de que también los estudiantes de enfermería presentan un riesgo superior al de otros estudiantes, ya que, al compaginar clases teóricas con prácticas clínicas, de alguna manera han de afrontar las situaciones de sufrimiento, dolor y muerte, de forma similar a los profesionales. De cualquier modo, este es un estudio exploratorio y su naturaleza transversal impide concluir implicaciones causales entre las variables, de manera que son necesarios estudios con muestras más amplias y diversas, y con diseños de tipo longitudinal para llegar a conclusiones más fundamentadas. De hecho, el riesgo suicida tiene como característica estar sometido a cuestiones temporales y circunstanciales. La falta, en nuestro caso, de diversas medidas a lo largo del tiempo, limita la caracterización del fenómeno y la posibilidad de atribuir relaciones consistentes, teniendo siempre presente que el suicidio obedece a una suma de factores.

Por lo que respecta al efecto protector del bienestar subjetivo, los resultados coinciden con los obtenidos por otros estudios y ponen en evidencia que aquellas personas que se consideran más felices y con una mayor percepción de bienestar general, son más adaptativas a los sucesos de la vida cotidiana y con ideación más positiva (24). De forma similar, la Internalidad del locus de control de la salud, que supone la tendencia a la atribución de los resultados de salud a las propias acciones o decisiones, más que al azar, la suerte o la intervención de otras personas, supone que la persona percibe que tiene capacidad para mantener el control de su vida y de su salud, lo que repercute en un mejor manejo del estrés y un mayor control conductual (13).

En definitiva, los resultados plantean la necesidad de incrementar los recursos para identificar y tratar aquellos estudiantes que presentan riesgo suicida e implementar medidas preventivas y de gestión de los casos identificados. En la situación actual, es fundamental que las autoridades académicas aborden seriamente la cuestión, de manera que los campus universitarios cuenten con personal y servicios dedicados a la vigilancia física y psicológica de sus estudiantes.

Bibliografía:

1. Navarro-Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*. 2017; 28(1): 25-31.
2. Martínez J. Adolescentes que quieren quitarse la vida, ¿qué estamos haciendo mal?. *El País*. 12 Mayo 2017; De Mamás y de Papás: Disponible en: http://elpais.com/elpais/2017/05/16/mamas_papas/1494923228_973484.html
3. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunción según causa de la muerte. Año 2016; 2018 [consultado 20 ene 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/edcm_2016.pdf.
4. Barros dos Santos HG, Reschetti Marcon S, Martínez Espinosa M, Nunes Baptista M, Cabral de Paulo PM. Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2017; 25.
5. Haas A, Koestner B, Rosenberg J, Moore D, Garlow SJ, Sedway J, et al. An Interactive Web-Based Method of Outreach to College Students at Risk for Suicide. *Journal of American College Health*. 2008; 57(1): 15-22.
6. Björkenstam C, Kosidou K, Björkenstam E. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. *BMJ*. 2017 [Consultado 18 nov 2017]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.j1334>.
7. Eskin M, Sun JM, Abuidhail J, Yoshimasu K, Kujan O, Janghorbani M, et al. Suicidal Behavior and Psychological Distress in University Students: A 12-nation Study. *Archives of Suicide Research*. 2016; 20(3): 369-88.
8. Ormel J, Oldehinkel AJ, Sijtsma J, van Oort F, Raven D, Veenstra R, et al. The TRacking Adolescents' Individual Lives Survey (TRAILS): design, current status, and selected findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012; 51(10): 1020-36.
9. Kurupparachchi KA, Wijerathne S, Williams SS. Psychological distress among students from five universities in Sri Lanka. *Ceylon Medical Journal*. 2002; 47(1): 13-5.
10. Fredriksen KJ, Schoeyen HK, Johannessen JO, Walby FA, Davidson L, Schaufel MA. Psychotic Depression and Suicidal Behavior. *Psychiatry*. 2017; 80(1): 17-29.
11. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*. 2013; 47(3): 391-400.
12. Gómez-Romero MJ, Limonero JT, Trallero JT, Montes-Hidalgo J, Tomás-Sábado J. Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y Estrés*. 2017 [Consultado 15 dic 2017]. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.007>.

13. Tomás-Sábado J, Montes-Hidalgo J. Versión española de la Escala multidimensional de locus de control de la salud en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*. 2016; 26(3): 181-7.
14. Björkenstam E, Kosidou K. Childhood household dysfunction and risk of self-harm: a cohort study of 107 518 young adults in Stockholm County. *International Journal of Epidemiology*. 2018; 45(2): 501-11.
15. Office for National Statistics (ONS). Suicide by occupation, England: 2011 to 2015. 2017 [Consultado 10 dic 2017]. Disponible en: <http://www.unionsafety.eu/ELibrary/media/elibrarymedia/SuicideByOccupationEngland2011To2015.pdf>.
16. Milner AJ, Maheen H, Bismark MM, Spittal MJ. Suicide by health professionals: a retrospective mortality study in Australia, 2001-2012. *Medical Journal of Australia*. 2016; 205(6): 260-5.
17. Montes Hidalgo FJ. Factores emocionales relacionados con el riesgo suicida en estudiantes y profesionales de enfermería [Tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2017.
18. Plutchik R, Van Praag H, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violence risk, I: The suicide risk measure. *Comprehensive Psychiatry*. 1989; 30: 296-302.
19. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado M, Marín J, et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*. 1998; 61: 143-52.
20. Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*. 2002; 33(7): 1073-82.
21. Tomás-Sábado J, Edo-Gual M, Aradilla-Herrero A, Sorribes JV, Fernández Nájjar B, Montes-Hidalgo J. Preliminary psychometric properties of the spanish form of the Oxford Happiness Questionnaire Short-Form (OHQ-SF). Comunicación presentada en el 15º Congreso Virtual de Psiquiatría.com; Febrero 2014.
22. Wallston BS, Wallston KA, Kaplan GD, Maides SA. Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1976; 44(4): 580-5.
23. Tomas-Sabado J, Montes-Hidalgo J. Versión española de la Escala Multidimensional del locus de control en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*. 2016; 26(3): 181-7.
24. Daly MC, Wilson DJ. Happiness, unhappiness, and suicide: An empirical assessment. *Journal of the European Economic Association*. 2009; 7(2-3): 539-49.