

Estudio descriptivo de pacientes atendidos en un Hospital General tras tentativa suicida en Guipúzcoa, España

Alumno: *Ángel Ruiz de Pellón Santamaría*

Tutor académico: *Imanol Querejeta Ayerdi*



Servicio de Psiquiatría de Adultos. Unidad de Agudos de Psiquiatría.
Hospital Universitario Donostia

Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria

Septiembre 2016

Máster Oficial Iniciación a la Investigación en Salud Mental

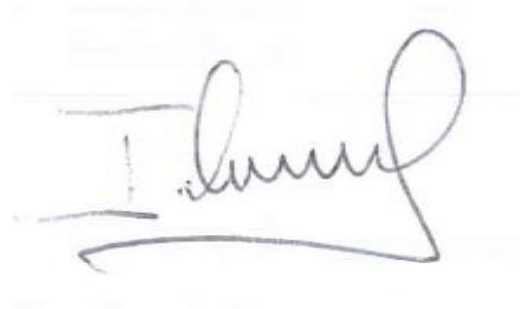
AUTORIZACIÓN DE PRESENTACIÓN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El Dr. Imanol Querejeta Ayerdi, como tutor y responsable del trabajo de investigación:
**“ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL GENERAL TRAS
TENTATIVA SUICIDA EN GUIPÚZCOA, ESPAÑA”,**

CERTIFICA que el citado trabajo ha sido desarrollado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Donostia, en asociación al grupo G16 de la UPV/EHU, dentro del: “Máster Universitario en Iniciación a la Investigación en Salud Mental” por D. Ángel Ruiz de Pellón Santamaría, Licenciado en Medicina, con el objetivo de cumplimentar los 6 créditos ECTS reconocidos para esta actividad dentro del mencionado Máster, por lo que

AUTORIZA la presentación del citado trabajo final de Máster, dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

En Donostia/San Sebastián, a 5 de septiembre de 2016

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Imanol Querejeta Ayerdi', is written over a faint, rectangular stamp. The signature is fluid and cursive, with a large loop at the end.

Fdo. Imanol Querejeta Ayerdi

Agradecimientos:

Al Dr. Imanol Querejeta Ayerdi por la supervisión de este trabajo y la suma de facilidades para la realización del mismo. Gracias por todo, una vez más.

Al Dr. Javier Meana y todo su equipo por la maravillosa acogida, docencia, supervisión y revisión del trabajo. Muy agradecido por vuestra disposición y cercanía.

A mis compañeros del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Donostia por su labor y el trabajo del día a día.

A la Dra. Elsa Valdizán por su labor de coordinación al frente de este Máster y haber hecho posible este trabajo. Descanse en paz.

ÍNDICE

1. Resumen.....	7
2. Introducción.....	9
3. Justificación del estudio.....	12
4. Hipótesis y objetivos.....	14
5. Metodología/Materiales y métodos.....	15
5.1 Definición de caso	
5.2 Población de referencia y población de estudio	
5.3 Criterios de inclusión y exclusión	
5.4 Reclutamiento	
5.5 Aspectos éticos y legales	
5.5.1 Conducta ética	
5.5.2 Información al paciente	
5.5.3 Riesgos y beneficios	
5.5.4 Confidencialidad	
5.6 Análisis de los datos	
6. Resultados.....	19
6.1 Variables sociodemográficas	
6.2 Antecedentes personales de diagnósticos psiquiátricos	
6.3 Tratamiento actual con psicofármacos	
6.4 Enfermedades somáticas	
6.5 Psicopatología recogida en la historia clínica tras la tentativa	
6.6 Sucesos en torno a la tentativa suicida	
6.7 Gravedad, actuación y evolución durante los 12 meses posteriores	
7. Discusión.....	31
8. Conclusiones.....	40
9. Bibliografía.....	41
10. Anexos.....	44
10.1 Variables	
10.2 Certificado de aprobación del estudio por el Comité de Ética	

RESUMEN

Introducción:

La conducta suicida es un problema de salud pública en todo el mundo. El objetivo de este estudio fue describir las características de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario Donostia (Guipúzcoa, España) tras una tentativa suicida y compararlos con evidencias previas.

Materiales y Método:

Se realizó una revisión retrospectiva de historias clínicas informatizadas de pacientes que fueron atendidos en la urgencia o tras estabilización en nuestro hospital, durante el periodo del 22 octubre del 2013 hasta el 21 de octubre del 2014. Se recogieron variables de interés sociodemográficas, diagnósticos previos, historia de ingresos y de tentativas. Se valoró también la gravedad de la tentativa, la repetición de la tentativa o la necesidad de ingreso en el periodo de un año. Se calcularon las frecuencias y porcentajes en la muestra y se estudió la presencia de asociaciones entre variables mediante la prueba de Chi-cuadrado.

Resultados:

Un total de 190 pacientes fueron reclutados. Las características más frecuentes en la muestra fueron: mujer, entre 35-44 años, desempleada, con antecedentes de un diagnóstico psiquiátrico de tipo depresivo y sin antecedentes de tentativas ni ingresos psiquiátricos previos. Los síntomas más frecuentemente asociados a las tentativas fueron la desesperanza y la impulsividad. La gravedad de la tentativa, su repetición o la necesidad de ingreso se relacionaron con antecedentes de ingresos y tentativas previas. El método autolesivo más empleado fue la intoxicación medicamentosa.

Conclusiones:

Las características de la muestra coinciden de forma general con datos de otros estudios previos. Se observaron importantes diferencias en la frecuencia por grupos de edad respecto a otros trabajos. Algunos datos de interés no estaban recogidos en la historia clínica. Son necesarios estudios específicos que confirmen algunos hallazgos en nuestra población así como nuevos planteamientos preventivos enfocados en la detección de pacientes de riesgo.

Palabras clave:

Suicidio, conducta suicida, tentativa suicida, factores de riesgo.

ABSTRACT

Background:

Suicide behavior is a public health problem around the world. The aim of this study was to describe hospital-treated patients in Guipúzcoa (Spain) after a suicide attempt and compare them with previous researches.

Method:

A retrospective review of clinical record of patients treated at a general hospital after attempting suicide was carried between October 22nd, 2013 and October 21st, 2014. Sociodemographic data, previous diagnoses, history of income and other suicide attempts were collected. Severity of the attempt, following attempts and admissions in the following year after first attempt was also assessed. Frequencies and percentages were calculated in the sample and associations between variables were studied by Chi-square test.

Results:

A total of 190 patients were recruited. The most common features in our sample were: female, 35-44 years-old, unemployed, depressive psychiatric diagnosis and no history of previous attempts or psychiatric admissions. The symptoms most commonly associated with attempts were hopelessness and impulsivity. Severity of the attempt was associated with previous attempts and admissions. Self-poisoning was the main method of attempting suicide.

Conclusions:

Characteristics of the sample were similar to data from previous studies, except for age groups prevalence. Some data were not present at clinical records. More studies would be necessary to confirm some of the findings as well as new preventive approaches focused on detecting risk patients are needed.

MESH:

Suicide, suicidal behaviour, attempted suicide, risk factors.

INTRODUCCIÓN:

El suicidio y la conducta suicida son problemas graves de salud pública a nivel global. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés) si se contabilizan conjuntamente todas las muertes por suicidio, independientemente de su etiología, esta conducta sería la 10ª causa de muerte a nivel global. Si se valora este comportamiento por rangos de edad, las cifras alcanzan la 2ª posición entre los 15 y 29 años y la 3ª en adultos entre los 15 y 44 años¹. En cifras absolutas, se estima que en todo el mundo se producen aproximadamente un millón de muertes al año por suicidio¹. La tasa anual mundial es de 16 por cada 100000 habitantes. Con los datos en población española se estima una tasa de suicidio de 7 por cada 100000 habitantes, aunque los expertos consideran que probablemente esté subestimada¹. Estos datos reflejan por sí mismos los costes en años de vida perdidos y mortalidad derivados del suicidio.

Además, se debe tener en cuenta que existe una importante morbilidad derivada de la conducta suicida no letal². Se estima que por cada suicidio consumado se producen unas 20 tentativas suicidas³⁻⁵.

El suicidio es una conducta compleja con importantes diferencias entre regiones y países a lo largo del mundo. Varía entre sexos, grupos de edad, culturas y estratos socioeconómicos. Presenta etiologías y desencadenantes heterogéneos. Dicha complejidad implica que se considere la conducta suicida difícil de predecir con exactitud⁶. Tradicionalmente, en un intento de valorar y prevenir el acto suicida, se han descrito una serie de factores de riesgo para el suicidio y las tentativas suicidas que permitan a los profesionales clínicos la toma de decisiones terapéuticas adecuadas. Estos factores son de elevado interés para la detección e intervención tempranas en sujetos de riesgo. Algunos de los más relevantes serían la presencia de un trastorno mental⁷ o los antecedentes personales de tentativas suicidas previas, pero también se deben tener en cuenta otras características sociodemográficas y clínicas⁸.

Se ha identificado que en aquellos pacientes con historia de tentativas suicidas previas existe un aumento del riesgo de repetición del intento, de la gravedad progresiva de las conductas y para el suicidio consumado. Este riesgo sería 25-100 veces mayor en este grupo que en la población general^{9,10}. El 50% de los pacientes que se suicidan habían presentado previamente tentativas de suicidio^{11,12} y un 20% habrían precisado de atención en dispositivos de Salud Mental los 12 meses previos al suicidio¹³.

A pesar de todo lo expuesto, las conductas suicidas y sus factores de riesgo no han sido suficientemente estudiadas, revisadas ni actualizadas. Existen importantes dificultades para la comprensión de la conducta suicida no letal, de la que no se conocen con exactitud datos de incidencia/prevalencia. Los hallazgos en torno a factores de riesgo son muy heterogéneos entre países y publicaciones. Esto es debido a la propia complejidad de esta conducta, como ya se expuso para el suicidio, pero también a varios factores asociados a su estudio¹⁴. El primero es la propia dificultad para definir la conducta suicida no letal. Históricamente, se han propuesto múltiples conceptos y definiciones: acto suicida, tentativa suicida, gesto suicida, parasuicidio y autolesiones¹⁵ (*Tabla 1*):

<i>Acto suicida</i>	Acción autolesiva con grado variable de daño físico o de intencionalidad suicida.
<i>Gesto suicida</i>	Acto suicida de escasa intencionalidad suicida y poca letalidad.
<i>Tentativa suicida</i>	Acto suicida sin resultado de muerte.
<i>Parasuicidio</i>	Englobaría los conceptos de gesto y de intento suicida. Término en desuso.
<i>Autolesiones</i>	Daño físico producido por un acto suicida independientemente de su grado o intencionalidad suicida.

Tabla 1: Terminología sobre conducta suicida (adaptado de Anseán A. *Manual de Prevención, Intervención y Postervención de la Conducta Suicida*).

El propio lector puede imaginar por sí mismo la dificultad en la práctica clínica de asignar una categoría a un concepto tan complejo y con límites vagamente establecidos. Además, existía una falta de consenso para definir la misma. En las últimas décadas se ha llevado a cabo un notable esfuerzo para alcanzar definiciones de consenso internacional. Por citar algunos ejemplos, mencionar la nomenclatura desarrollada por O'Carroll¹⁶, la definición de tentativa suicida del Estudio Multicéntrico WHO/Euro sobre Conducta Suicida¹² y posteriormente la "Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment"¹⁷ que también ha facilitado una nomenclatura más homogénea.

En segundo lugar, existe una ausencia de sistematización en la recogida de datos epidemiológicos sobre actos suicidas no letales en la mayoría de los países, de los que se registrarían datos solo de un 35% de los países adscritos a la WHO¹ (*Figura 1*). Añadir que no existen estadísticas oficiales de tentativas suicidas y que las cifras existentes proceden de estudios diseñados a tal fin, con hallazgos y metodología muy dispares¹⁸. Como orientación, en un estudio que englobaba 17 países y una muestra de 84850 adultos⁵, se halló una prevalencia para las tentativas suicidas a lo largo de la vida del 2,7% de la población. Esta estimación se realizó de forma retrospectiva y en población general, mediante un instrumento validado (CIDI 3.0). Otro estudio metodológicamente similar⁴, determinó una prevalencia durante 12 meses de un 0,3% de intentos suicidas en población general. En España, con el mismo procedimiento y como parte del Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMED), se observó una prevalencia a lo largo de la vida del 1,5% para los intentos autolíticos¹⁹. Otra de las aproximaciones para estimar la incidencia de las tentativas suicidas ha sido mediante el estudio, de forma local, de pacientes atendidos en hospitales. Así, se han descrito incidencias dispares entre distintos países de Europa²⁰⁻²³.

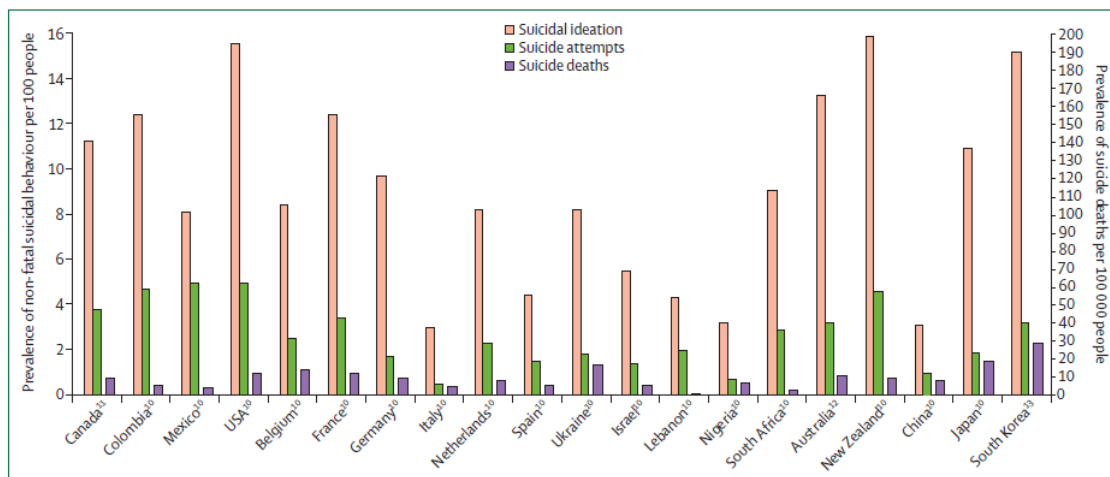


Figure 1: National prevalences of suicidal behaviours

Sources for data for non-fatal suicidal behaviours are cited in the figure; data for deaths from suicide are from the WHO 2014 report.¹

Figura 1: Tomado de *Suicide and suicidal behaviour* (Turecki & Brent, 2009) LANCET⁶.

En España, los trabajos que estudiaron población tratada en hospitales generales y a nivel local, encontraron que las tasa de tentativas suicidas se encontraría en el rango bajo respecto a otros países europeos^{12,24,25}.

Si se analizan los factores de riesgo sociodemográficos asociados a las tentativas suicidas, los hallazgos también difieren entre estudios y de los descritos para el suicidio consumado. Estos factores no parecen ser universales y variarían entre países, áreas geográficas, sexos, grupos de edad, culturas y estratos socioeconómicos²⁶. Como forma de superar estas limitaciones, se están llevando a cabo algunos estudios internacionales, como el estudio WHO SUPRE-MISS (WHO Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours), el estudio europeo MONSUE (Monitoring Suicidal Behavior in Europe) o el realizado en varios países de bajo y medio desarrollo²⁷.

De forma general y más allá de diferencias locales, se ha establecido un perfil de paciente para el riesgo de tentativas suicidas que se asemejaría a las siguientes características: mujer, joven, de bajo nivel formativo, que presenta un diagnóstico previo de trastorno mental, separada o divorciada, que vive sola y está desempleada^{12,19-25,28} (Tabla 2).

Suicidio	Intento de suicidio
Hombre	Mujer
Personas mayores	Personas jóvenes
Acto planificado	Acto impulsivo
Conflicto intrapersonal	Conflicto interpersonal
Método de alta letalidad	Método de baja letalidad
Escasa posibilidad de rescate	Alta posibilidad de rescate
Factores precipitantes prolongados	Factores precipitantes coyunturales
Pocas señales de alerta	Muchas señales de alerta
Pocos antecedentes suicidas	Varios intentos previos
Hostilidad baja	Hostilidad alta
Menor psicopatología del carácter	Mayor psicopatología del carácter

Tabla 2: Perfiles diferenciales del suicidio y del intento de suicidio (Mingote et al, 2004)

La tentativa suicida representaría el 1% de los ingresos en servicios de urgencia de hospitales generales. El 5% de los intentos de suicidio requiere tratamientos en una Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I.) y hasta el 2% fallece¹³. Los pacientes que presentan conductas suicidas presentan una elevada morbilidad (más de la mitad repiten la tentativa suicida), elevada mortalidad por suicidio (10% a los 10 años) o por otras causas (hasta 3-4 veces más que la población general). El suicidio es la complicación más grave de muchos trastornos psiquiátricos, siendo la conducta suicida una de las urgencias psiquiátricas más habituales¹³. El 95% de los suicidios consumados se realizan en personas con un diagnóstico psiquiátrico²⁹ y el 90% de las personas que realizan una tentativa suicida presentan un trastorno psiquiátrico diagnosticado^{30,31}.

En definitiva, el estudio de las tentativas suicidas es un objetivo importante para la detección de factores de riesgo, la prevención y una correcta toma de decisiones por parte de los profesionales clínicos.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

Los datos del Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) señalan que en España en el año 2013 se suicidaron 3870 personas³², de las cuales se produjeron en la Comunidad Autónoma de Euskadi 178. Las cifras del Instituto Vasco de Estadística (Eustat) revelan que en el año 2013 se suicidaron en Guipúzcoa 63 personas (44 hombres y 19 mujeres)³³.

No se dispone de datos específicos ni actualizados de la provincia de Guipúzcoa en torno a las tentativas suicidas, las características de los individuos que las realizan, su gravedad ni la recurrencia de las mismas; a pesar de que la prevención de dichas conductas es un objetivo imprescindible para las profesionales de salud mental.

Aunque es fácil extrapolar datos de poblaciones con características sociodemográficas similares^{19,25,28}, no se han hallado publicaciones recientes en torno a los intentos suicidas y su atención en el ámbito hospitalario en nuestra área de salud. Destacar la especial relevancia de este hecho al ser el Hospital Universitario Donostia (H.U.D.) el centro de referencia para la atención de las tentativas suicidas en toda la provincia de Guipúzcoa (de aproximadamente 710.000 habitantes)³⁴, por ser el único hospital con personal especializado (psiquiatras y M.I.R. de psiquiatría) las 24 horas durante todo el año. Se considera poco probable la ausencia de derivación para valoración especializada desde los distintos servicios de emergencia por la estricta protocolización sobre la necesidad de valoración del riesgo suicida que está establecida. Así, las personas atendidas en este centro se consideran altamente representativas de la población de alto riesgo para las tentativas suicidas.

De esta forma, podrían detectarse datos o factores específicos y de relevancia en torno a las conductas suicidas. Sería recomendable, dada la disparidad entre las diferentes zonas geográficas, la aproximación al estudio de esos factores de riesgo mediante enfoques específicos para una población concreta¹⁴.

Además, puesto que la WHO ha señalado que en las dos últimas décadas se están produciendo cambios en variables sociodemográficas de interés respecto a la conducta suicida³⁶, se considera de vital interés la renovación de estas observaciones.

Por último, hay que destacar la experiencia previa del H.U.D. entre los años 1989-1991 dentro del Estudio Multicéntrico WHO/Euro sobre Conducta Suicida¹² en el que participó con una muestra poblacional. También, el programa EAAD Guipuzkoa una experiencia piloto de prevención en conducta suicida con un enfoque poblacional, desarrollada en la provincia.

El presente trabajo, a diferencia de su predecesor en la década de los 90's, no se trata de un estudio epidemiológico ni tiene como objetivo la estimación de datos de incidencia/prevalencia. Se trata de un estudio descriptivo sobre la población de alto riesgo en la provincia de Guipúzcoa y que busca detectar el perfil del paciente atendido, estimar características de interés en torno a estos pacientes, la sintomatología aguda que presentan, la propia atención sanitaria y algunos datos evolutivos a lo largo del periodo de un año tras la atención. Estos datos se compararán con los descritos en la literatura científica.

El enfoque es por tanto clínico y de interés para los profesionales sanitarios que atienden las tentativas suicidas, tanto en dicho centro como en otros hospitales generales de referencia en poblaciones de características similares. En definitiva, se busca que la detección de variables de interés, y la correcta identificación de grupos de riesgo, sean un primer paso a mejorar la atención y desarrollar estrategias de prevención en torno a este grave problema social.

HIPÓTESIS:

-Hipótesis alternativas:

Las características encontradas en torno a las tentativas suicidas, diferirán en <10% de las variables estudiadas respecto a las descritas en la bibliografía para el riesgo de tentativas suicidas.

Las características clínicas más frecuentes asociadas con la conducta suicida en la provincia de Guipúzcoa serán: sexo femenino, edad menor de 40 años, presencia de un diagnóstico psiquiátrico previo de tipo afectivo, antecedentes de tentativas previas, conducta suicida leve/moderada, consumo de alcohol y desesperanza en la exploración psicopatológica.

Las pérdidas de datos en la historia clínica serán < 10% del total de variables estudiadas con posibilidad de presentar pérdidas.

La presencia de diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, trastorno de la personalidad cluster B, trastorno bipolar y abuso de tóxicos, así como el número de ingresos psiquiátricos y número de tentativas suicidas previas, se correlacionará con la gravedad de la tentativa suicida.

La edad, el sexo, el antecedente de tentativas previas y el diagnóstico de trastorno de la personalidad cluster B, dependencia de alcohol y tóxicos y la conducta suicida leve, se correlacionarán con la recurrencia de la tentativa durante el periodo estudiado.

OBJETIVOS:

- 1) Describir las características de la población atendida en el Hospital Universitario Donostia tras una tentativa suicida.
- 2) Comparar, respecto a la literatura científica, factores asociados a las tentativas suicidas con las características de nuestra muestra hospitalaria de la provincia de Guipúzcoa.
- 3) Detectar variables en relación a la gravedad y a la recurrencia de las tentativas suicidas durante el periodo de un año tras la primera atención.
- 4) Identificar factores que pudiesen asociarse a riesgo suicida y se obvian en la práctica cotidiana o no quedan reflejados en las historias clínicas en la atención de nuestro hospital mediante la cuantificación de datos perdidos en variables de interés.
- 5) Descripción de otras variables de interés respecto a la actuación: indicación de ingreso, reingresos o repetición de la tentativa suicida en el periodo valorado.

METODOLOGÍA/MATERIALES Y MÉTODOS:

El presente trabajo se ha llevado a cabo en el Hospital Universitario Donostia (H.U.D.), ubicado en la ciudad de San Sebastián/Donostia capital de la provincia de Guipúzcoa (España). El H.U.D. es el centro de referencia para la derivación de las tentativas suicidas y su valoración por facultativos especialistas (médicos especialistas en psiquiatría y M.I.R de psiquiatría) en la provincia de Guipúzcoa.

Definición de caso:

Para el reclutamiento de la muestra, la primera necesidad fue establecer una definición sobre qué se consideraría una tentativa suicida. El criterio fue buscar la máxima representatividad de la muestra sobre la población que realiza intentos suicidas y no tanto para aquellos que son atendidos por gestos suicidas, pero teniendo en cuenta lo expuesto en la introducción sobre la dificultad de delimitar ambos conceptos. Al mismo tiempo, se buscaba una definición que permitiese la comparación con estudios similares y resultados de la bibliografía. Así se decidió definir como caso el que cumpliera ambas definiciones de consenso, previamente establecidas, sobre la tentativa suicida^{12,16} (*Tabla 3*) y no reclutar aquellos pacientes que solo cumplieran una de las dos definiciones:

National Institute of Mental Health estadounidense (O'Carroll et al., 1996) ¹⁶	<i>Conducta potencialmente autolesiva con resultado no mortal, para la cual hay evidencia, explícita o implícita de que la persona intentaba de algún modo autoprovocarse la muerte (El intento de suicidio puede provocar o no lesiones).</i>
Estudio Multicéntrico WHO/Euro sobre Conducta Suicida (Schmidtke et al., 1996) ¹²	<i>Acto con una consecuencia no fatal, en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte que, sin la intervención de otros, le causará autolesión, o ingiere una sustancia en dosis superior a la generalmente reconocida y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desea a través de las consecuencias físicas y/o psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte.</i>

Tabla 3: Definiciones de consenso sobre el intento/tentativa suicida.

Diseño:

El diseño del estudio fue de tipo observacional, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en urgencias del H.U.D. en el periodo entre el 20 de noviembre del 2013 y el 21 de noviembre del 2014 que hayan presentado al menos una tentativa suicida acorde a ambas definiciones establecidas y a los criterios de inclusión y exclusión descritos más adelante.

Población de referencia:

La población de referencia son los pacientes atendidos tras una tentativa suicida, estando dirigido específicamente a la provincia de Guipúzcoa.

Población de estudio:

La población de estudio fueron los pacientes de 15 a 75 años, atendidos en el Área Sanitaria dependiente del H.U.D. o derivados desde otros centros de la provincia de Guipúzcoa, que hayan precisado atención por el servicio de psiquiatría en el periodo entre el 22 de noviembre del 2013 y el 21 de noviembre del 2014 por conducta suicida y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión descritos. Se observaron además algunas variables hasta un año después de la atención por la tentativa suicida (por tanto, como mínimo hasta el 21 de noviembre del 2014 y como máximo hasta el 21 de noviembre del 2015) a fin de poder realizar una valoración similar respecto a las variables evolutivas. (ver [Anexo 1](#), para más información).

Criterios de inclusión y exclusión:

***Criterios de inclusión:**

-Pacientes que han presentado una tentativa suicida que cumple ambas definiciones de consenso establecidas ([Tabla 3](#)).

-Edad entre 15 y 75 años, ambas incluidas.

-Pacientes atendidos en el servicio de urgencias del H.U.D. tras tentativa suicida y por los que se haya cursado interconsulta al servicio de psiquiatría para valoración, mediante codificación a través del programa “Osabide Global” de un diagnóstico compatible con conductas suicidas.

-Pacientes atendidos en el servicio de urgencias del H.U.D. por una tentativa suicida y que, debido a su estado clínico, hayan requerido ingreso en Área de Observación de urgencias, planta hospitalaria o U.C.I. y por los se haya cursado interconsulta al servicio de Psiquiatría para valoración de forma diferida.

***Criterios de exclusión:**

-Conductas suicidas que no cumplen ambas definiciones establecidas de tentativa suicida.

-Codificación en el programa “Osabide Global” de diagnóstico compatible con autolesiones y conductas autolesivas sin fines autolíticos.

-Sospecha de intencionalidad autolítica que no ha podido ser establecida.

Reclutamiento

El reclutamiento de las variables a estudio en la muestra de pacientes se realizó mediante revisión de historias clínicas informatizadas, utilizando los programas “Osabide Global” y “Global Clinic”. Dichos programas permiten el acceso a toda la historia clínica del paciente, recogida por los diferentes profesionales sanitarios que le hayan atendido en el pasado. Informa, además, sobre la secuencia temporal de dichas atenciones y en ella constan algunas variables sociodemográficas como el sexo, la edad y fecha de nacimiento. Los datos de interés en torno a la tentativa suicida, la clínica observada y la necesidad de cuidados médicos derivados están por tanto recogidos en dicho programa. Además, se recogieron otras variables de interés, al obtener datos adicionales a la historia clínica de urgencias a partir de evolutivos e informes previos de diferentes profesionales, con el fin de minimizar la pérdida de información de interés.

El reclutamiento de los datos se realizó a través de dos fuentes principales. La primera fue el mencionado programa “Osabide Global” que permite la visualización rápida de interconsultas realizadas desde el servicio de urgencias al servicio de psiquiatría, ordenadas por diagnósticos. Aquellos diagnósticos compatibles con conductas suicidas fueron examinados, seleccionándose aquellos que se ajustaban a ambas definiciones y a los criterios de inclusión y exclusión descritos. La segunda fuente fue la petición al archivo del hospital de las historias clínicas de pacientes ingresados y fueron dados de alta con diagnósticos compatibles con conducta suicida. De esta forma se pretendió evitar la pérdida de aquellos pacientes de mayor gravedad, que fueron ingresados en plantas hospitalarias o U.C.I. directamente desde urgencias y que se valoraron de forma diferida.

Mediante ambos procedimientos, se revisaron historias clínicas de forma retrospectiva, analizándose el periodo comprendido desde el 22 de noviembre de 2013 hasta el 21 de noviembre de 2014 (un año) y revisando la historia hasta un año después de la tentativa a fin de identificar otras variables de interés.

Se analizaron por cada paciente incluido en el estudio un total de 90 variables descritas en la literatura científica previa como en relacionadas con la conducta suicida. Estos variables, comprenden datos sociodemográficos, antecedentes e historia evolutiva del paciente, enfermedades somáticas y tratamientos, psicopatología recogida en el informe clínico de la atención por la tentativa suicida y otras variables de interés; como mecanismo empleado, solicitud de atención, necesidad de hospitalización, etc. Todas las variables que fueron recogidas se especifican, junto a la definición de las mismas, en el [Anexo 1](#) al final de este trabajo.

La información de dichas historias fue en su totalidad registrada por personal especializado (médicos especialistas en psiquiatría y M.I.R. de psiquiatría) in situ en la urgencia o en los diferentes servicios del hospital, de forma diferida, una vez el paciente se encontraba en condiciones de ser valorado. Esta información se completó con datos de su historia clínica previa (atención primaria, salud mental, ingresos en unidades de psiquiatría) a fin de minimizar la pérdida de variables de interés. El diseño del estudio, la recogida de datos de las historias clínicas, la transferencia y creación de bases de datos, así como la redacción del trabajo han sido llevadas a cabo en exclusiva por el investigador principal y autor de este trabajo.

Merecen una última atención y clarificación, las variables de gravedad y recurrencia de la tentativa suicida. La gravedad de la tentativa suele determinarse valorando la letalidad del método empleado, la intencionalidad letal y la gravedad de las lesiones provocadas. En este estudio, la gravedad se estableció según la definición desarrollada en RTM-III¹³, en función de la necesidad de cuidados médicos por parte del paciente tras la tentativa. Se consideró más apropiado este abordaje por considerarlo más objetivo, debido a que la recogida de datos retrospectiva dificultaría determinar la letalidad y gravedad reales según el método suicida empleado. Así, se clasificaron las tentativas en tres categorías (*Tabla 5*):

Leve	Requiere cuidados sanitarios de primeros auxilios básicos en la urgencia.
Moderada	Requiere atención y observación en los servicios de urgencias durante 24-48 h.
Grave	Requiere atención e ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos o hospitalización en otra planta hospitalaria o cuidados especiales.

Tabla 5: Clasificación de las tentativas suicidas según gravedad (adaptado de RTM-III (Libro)¹³

La repetición de la tentativa se consideró como la reaparición de una tentativa suicida, cumpliendo los mismos criterios que se han descrito, durante el periodo de un año tras la tentativa. La duración de este periodo de estudio no fue arbitraria si no basada en hallazgos previos que establecieron el mayor riesgo para suicidio consumado y repetición de la tentativa suicida durante los 12 meses posteriores a la primera tentativa³⁷. Se valoró además, el número de tentativas durante el periodo estudiado.

Los grupos de edad, se distribuyeron por categorías entre: 15-24 años, 25-34 años, 35-44 años, 45-54 años, 55-64 años y 65-75 años; en sintonía a lo realizado en trabajos previos. Se decidió no incluir en el estudio el grupo de edad de mayores de 75 años, al considerarlo altamente interferido por patología médica concomitante y otras comorbilidades, por lo que sería necesario un análisis específico³⁸.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Conducta Ética

El estudio fue desarrollado de acuerdo con los principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki (actualización de Corea, 2008)³⁹ cumpliendo con las normas de buena práctica clínica (GCPs) y los requerimientos éticos que establezcan los organismos reguladores locales.

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Donostia de Guipúzcoa con fecha del 19 de abril del 2016 (Código de Protocolo: ARS-SPG-2016-01). (*Anexo 2*)

Información al paciente

No se considera necesaria la obtención del consentimiento informado por parte de los pacientes antes de su inclusión en el estudio, al tratarse de datos de historias clínicas que serán tratados de forma agregada y no individualmente. Señalar que los datos fueron extraídos de las historias y codificados por el investigador principal, única persona que tuvo acceso a los mismos. La transferencia de los datos se realizó de manera disociada, de tal forma que carezca de información personal. El fichero donde se asociaron los códigos y los datos personales se almacenó de manera independiente de los ficheros con los datos a tratar y se custodió en el ordenador con número de equipo 063011 del Servicio de Psiquiatría al que se accede mediante clave personal del investigador principal. Para el acceso a los archivos fue necesaria también una clave cifrada.

Riesgos y beneficios

Dado que este es un estudio de tipo observacional y retrospectivo, en el que no existió intervención, no se previeron riesgos derivados de la investigación en sí misma.

El beneficio esperable es un potencial aumento del conocimiento de las características de este colectivo de pacientes, que promueva una mejora en la atención, prevención, toma de decisiones y salud de los pacientes. Además, al considerarse el suicidio un problema de salud pública, repercutiría en un beneficio secundario extrapolable a toda la sociedad.

Confidencialidad

La recogida, tratamiento y cesión de los datos del estudio se realizó siguiendo lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal⁴⁰. Toda la información referente a la identidad de los pacientes participantes fue considerada confidencial a todos los efectos. La identidad de los pacientes no fue ni podrá ser desvelada ni divulgada excepto cuando sea necesario para su tratamiento, evaluación, seguimiento o seguridad. En los formularios de recogida de datos, el paciente fue identificado mediante un código disociado. Posteriormente los datos recogidos fueron consignados en una base de datos siguiendo un procedimiento que asegure una total disociación entre dichos datos y la identidad del paciente.

Análisis de los datos

Para el análisis de las características generales de los pacientes incluidos en el estudio y de las diferentes asociaciones entre las variables recogidas, se utilizó el programa SSPS versión 23.

Las variables cuantitativas se expresarán como medias y valor absoluto. Las variables cualitativas se expresarán como valor absoluto y porcentaje. La asociación de las variables cualitativas entre sí se estimó por medio del estadístico Chi cuadrado. Se utilizó un intervalo de confianza de 95%. Se incluyeron los valores de p correspondientes; no así el grado de libertad, buscando facilitar la lectura de los resultados.

RESULTADOS

Mediante el procedimiento descrito en el apartado anterior, un total de 409 historias clínicas de pacientes fueron analizadas. De éstas, 151 se obtuvieron a través del programa “Osabide Global” y procedían del servicio de urgencias. Otras 258 historias fueron recopiladas a través del archivo del hospital, siendo relativas a pacientes que estuvieron hospitalizados con diagnósticos compatibles con conducta suicida. De las 151 historias de “Osabide Global”, 76 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión; mientras que de las 258 procedentes de ingresos, 114 fueron incluidas en el estudio. En total, la muestra (n) fue de 190 pacientes, con un 40% de la muestra atendidos en urgencias y un 60% valorados tras hospitalización.

Variables sociodemográficas

Durante el periodo de estudio, entre el 20 de noviembre de 2013 y el 21 de noviembre de 2014, un total de 190 pacientes fueron reclutados como muestra. 109 fueron mujeres (57,4%) y 81 hombres (42,6%). La edad media fue de 42,73 años; con una edad mínima de 15 años y una máxima de 75. Por mes de nacimiento, existió una distribución homogénea entre los doce meses del año, con un máximo de nacimientos en el mes de Julio (11,1%) y un mínimo en Mayo (5,8%).

Por grupos de edad, el más habitual fue el de pacientes entre 45-54 años (n=53; 27,9%), seguido de 35-44 años (n=47; 24,7%). Las tentativas fueron más frecuentes en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad; existiendo las mayores diferencias en el grupo de edad entre 15-24 años (*Figura 2*).

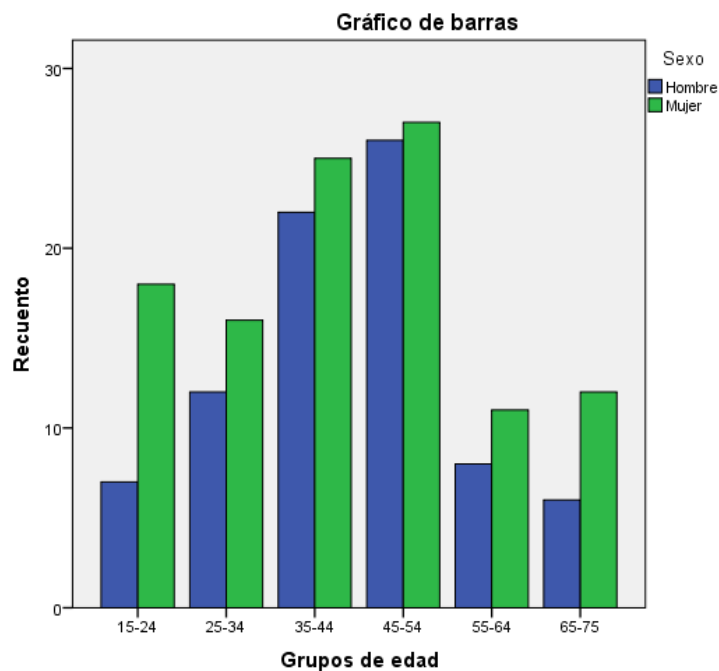


Figura 2: Tentativas suicidas por grupos de edad y sexo.

Del total, 29 pacientes procedían de otro país (15,3%), mientras que el 84,7% era nativo de España.

Casi existió paridad en cuanto a presentar descendencia: 92 pacientes sin hijos (48,4%), por los 89 que sí tenían descendientes (46,8%). Entre aquellos pacientes que tenían hijos, lo más habitual fue tener un único hijo (n=37; 19,5%), seguido de tener dos hijos (n=36; 18,9%).

Con respecto al estado civil, se observó que la mayoría de la muestra correspondía a solteros (n=66; 34,7%), casados/pareja estable (n=64; 33,7%) y separados/divorciados (n=44; 23,2%) (*Figura 3*).

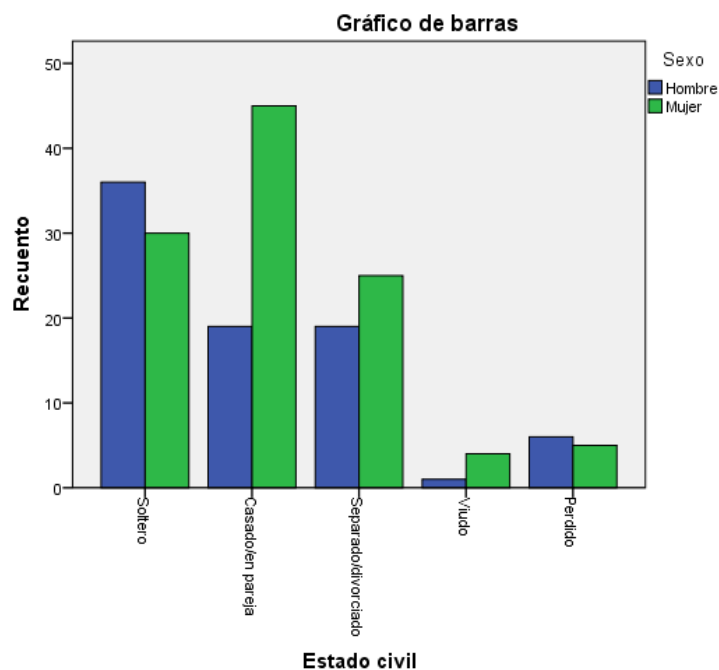


Figura 3: Tentativas suicidas por estado civil y sexo.

Fue muy frecuente la situación de desempleo (33,2%), seguida por los activos laboralmente (18,4%) y los jubilados/pensionistas (16,8%) (*Figura 4*).

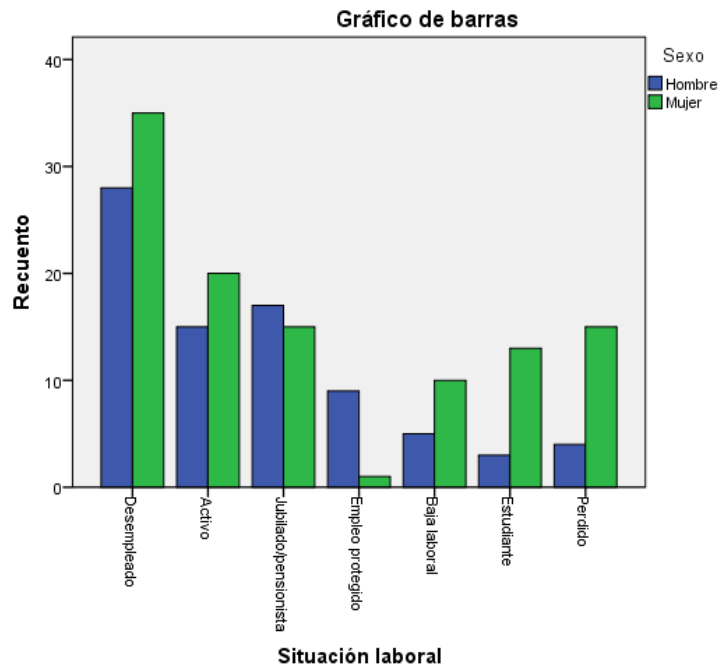


Figura 4: Tentativas suicidas por situación laboral y sexo.

La situación de convivencia/residencia más frecuente fue vivir junto a su pareja y/o hijos (37,4%), seguido a distancia por la familia primaria (27,4%) y residir solo (22,6%) (Figura 5).

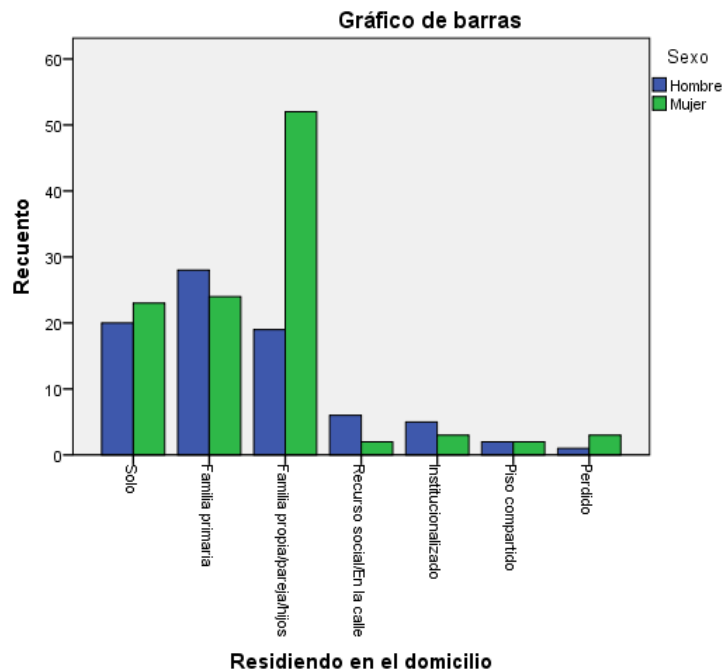


Figura 5: Tentativas suicidas por convivencia y sexo.

Se observó que los datos sobre nivel educativo no estaban recogidos en la historia clínica de forma generalizada (76,3% de pérdidas).

Con respecto al consumo de tóxicos en la muestra, los resultados de mayor interés se reflejan en la [Tabla 5](#). Señalar que existieron 67 pérdidas (35,3%) respecto al consumo de tabaco; 34 (17,9%) del consumo de alcohol y 29 (15,3%) sobre el consumo de otros tóxicos.

Tóxico consumido	Total		Hombres		Mujeres		Asociación con género <i>p</i>
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	
<i>Tabaco</i>	72	(37,9%)	46	(56,8%)	26	(23,8%)	<0,001
<i>Alcohol</i>	107	(56,3%)	54	(66,7%)	53	(48,6%)	0,046
<i>Cannabis</i>	10	(5,3%)	7	(8,6%)	3	(2,7%)	<0,001*
<i>Anfetamina</i>	7	(3,7%)	4	(4,9%)	3	(2,7%)	
<i>Cocaína</i>	6	(3,2%)	5	(6,2%)	1	(0,9%)	
<i>Múltiples</i>	18	(9,5%)	14	(17,3%)	4	(3,7%)	

*La asociación se realizó entre Otros tóxicos (en conjunto, sin tabaco y alcohol) y el sexo.

Tabla 5: Consumo de tóxicos y género en pacientes con tentativas suicidas.

Antecedentes personales de diagnósticos psiquiátricos

Mayoritariamente, los pacientes que realizaron una tentativa suicida tenían antecedentes de haber sido diagnosticados de un trastorno psiquiátrico (n=165; 86,8%) frente a una minoría que no (n=25; 13,2%). Los diagnósticos más frecuentes (no excluyentes entre sí) se muestran en la [Tabla 6](#).

Diagnósticos	Total		Hombres		Mujeres		Códigos CIE-10
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	
<i>Tr. consumo alcohol</i>	33	(17,4%)	19	(23,5%)	14	(12,8%)	F10
<i>Tr. consumo otros tóxicos</i>	28	(14,7%)	21	(25,9%)	7	(6,4%)	F11 - F19
<i>Esp. Esquizofrenia</i>	16	(8,4%)	12	(14,8%)	4	(3,7%)	F20, F21, F25
<i>Otras psicosis</i>	16	(8,4%)	6	(7,4%)	10	(9,2%)	F22, F24, F28, F29
<i>Tr. Afectivo/adaptativo</i>	111	(58,4%)	39	(48,1%)	72	(66%)	F32, F33, F34.1, F43.2
<i>Esp. Bipolar</i>	9	(4,7%)	7	(8,6%)	2	(1,8%)	F30, F31, F34.0
<i>Tr. de Ansiedad</i>	26	(13,7%)	5	(6,2%)	21	(19,3%)	F40, F41, F44
<i>TP no cluster B</i>	23	(12,1%)	10	(12,3%)	13	(11,9%)	Resto de F60
<i>TP cluster B</i>	39	(20,5%)	17	(21%)	22	(20,2%)	F60.2, F60.3, F60.4, F08
<i>Tr. control de impulsos</i>	23	(12,1%)	12	(14,8%)	11	(10,1%)	F63

Tabla 6: Diagnósticos psiquiátricos en pacientes que realizaron tentativa suicida.

El sexo femenino se asoció con antecedentes de un Trastorno afectivo/adaptativo ($\chi^2=6,13$; $p=0,013$) y Trastorno de ansiedad ($\chi^2=6,74$; $p=0,009$).

El sexo masculino se asoció a antecedentes de Trastorno por consumo de otros tóxicos (no alcohol) ($\chi^2=14,07$; $p<0,001$) y Espectro esquizofrenia ($\chi^2=7,5$; $p=0,006$).

El antecedente de un ingreso en una Unidad de psiquiatría estaba presente en 79 de los sujetos de la muestra (41,6%), siendo lo más habitual entre los que tenían este antecedente haber requerido ingreso en 4 o más ocasiones a lo largo de su biografía ($n=37$; 19,5%). El segundo antecedente más frecuente fue haber requerido ingreso una sola vez ($n=26$; 13,7%) (*Figura 6*). Se asoció con la gravedad de la tentativa suicida el antecedente de ingresos psiquiátricos previos ($\chi^2=9,9$; $p=0,042$) y el número de ingresos previos ($\chi^2=23,26$; $p=0,01$).

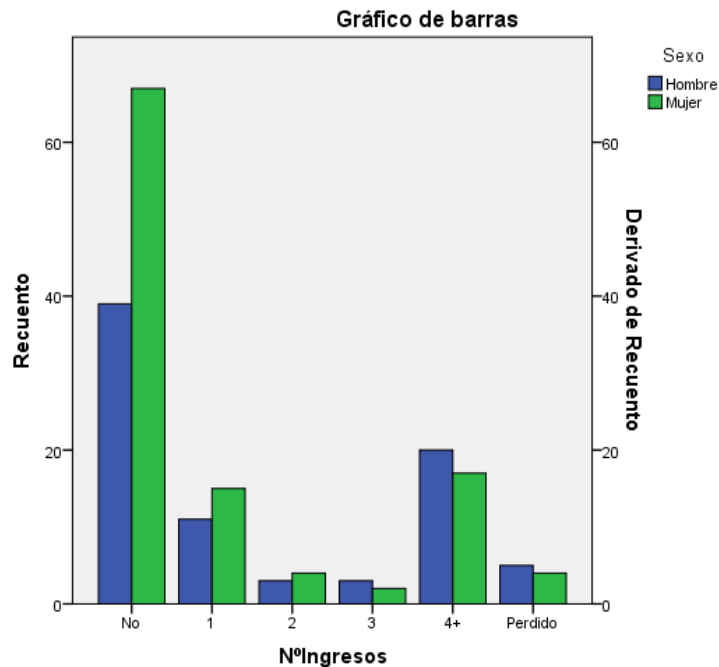


Figura 6: Tentativas suicidas por número de ingresos previos y sexo.

Del total, 56 pacientes tenían historia de tentativas suicidas previas (29,5%) siendo lo más habitual una única tentativa ($n=22$; 11,6%) seguido de haber realizado 4 o más tentativas en el pasado ($n=17$; 8,9%) (*Figura 7*).

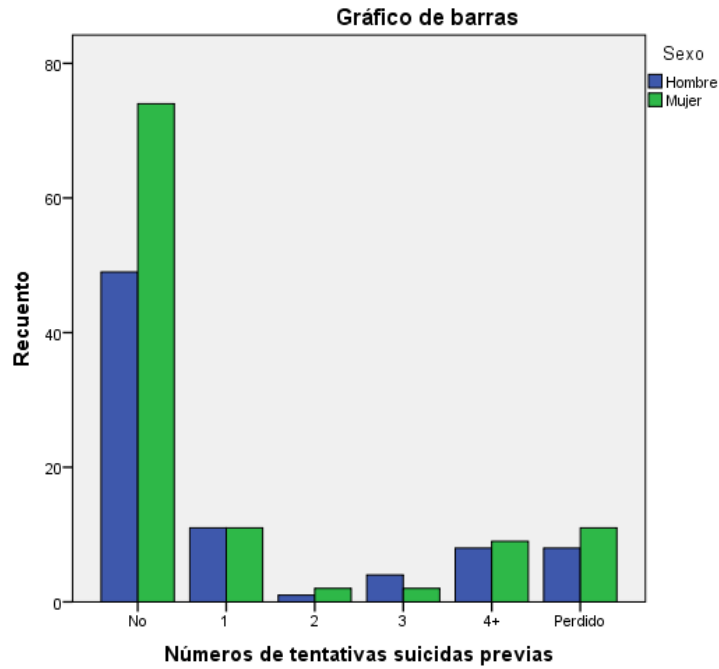


Figura 7: Tentativas suicidas en relación al número de tentativas suicidas realizadas previamente y al sexo.

De entre aquellos con antecedentes de tentativas suicidas, 17 pacientes tenían historia de conducta suicida grave (8,9%). Los antecedentes de conducta suicida grave, se asociaron con la gravedad de la tentativa actual ($\chi^2=10,84$; $p=0,028$).

Tratamiento actual con psicofármacos

Los fármacos que más frecuentemente habían sido indicados como tratamiento a los pacientes de la muestra fueron las benzodiacepinas ($n=140$; 73,7%), seguidos de los antidepresivos ($n=113$; 59,5%) y los antipsicóticos atípicos ($n=52$; 27,4%). En el otro extremo, tan sólo 14 pacientes mantenían tratamiento con fármacos eutimizantes (7,4%) y 5 pacientes con litio (2,6%).

Enfermedades somáticas

Los antecedentes de asma ($n=21$; 11,1%), dolor crónico ($n=16$; 8,4%) y diabetes ($n=13$; 6,8%) fueron los más habituales. La presencia de neoplasia ($\chi^2=33,16$; $p<0,001$), diabetes ($\chi^2=33,58$; $p<0,001$) e ictus ($\chi^2=13,47$; $p=0,019$) se relacionó significativamente con el grupo de edad.

Psicopatología recogida en la historia clínica tras la tentativa

En la exploración psicopatológica en la urgencia, los síntomas más frecuentemente reflejados fueron: Estrés subjetivo referido (n=171; 90%), desesperanza (n=105; 55,3%), impulsividad (n=95; 50%), labilidad/alta reactividad emocional (n=85, 44,7%), insomnio/empeoramiento de la calidad del sueño (n=68; 35,8%), irritabilidad (n=65; 34,2%), inestabilidad emocional (n=43; 22,6%).

Estuvieron en asociación con el sexo masculino la presencia de irritabilidad ($X^2=5,08$, $p=0,024$), de agresividad/conducta disocial ($X^2=9,68$; $p=0,002$), la presencia de ideación delirante ($X^2=7,57$; $p=0,006$) y de alucinaciones ($X^2=10,06$; $p=0,002$).

Por otro lado, se asoció con el hecho de ser mujer la clínica de labilidad/alta reactividad emocional ($X^2=13,03$; $p<0,001$).

Sucesos en torno a la tentativa suicida

Con respecto al método suicida empleado, fue ampliamente mayoritaria la intoxicación mediante fármacos (n=136; 71,6%), seguido lejanamente por los cortes/heridas autoinflingidos (n=20; 10,5%), dos o más métodos (n=14; 7,4%), precipitación desde altura (n=10; 5,3%), ahorcamiento (n=7; 3,7%) y otros (n=3; 1,6%) (*Figura 8*).

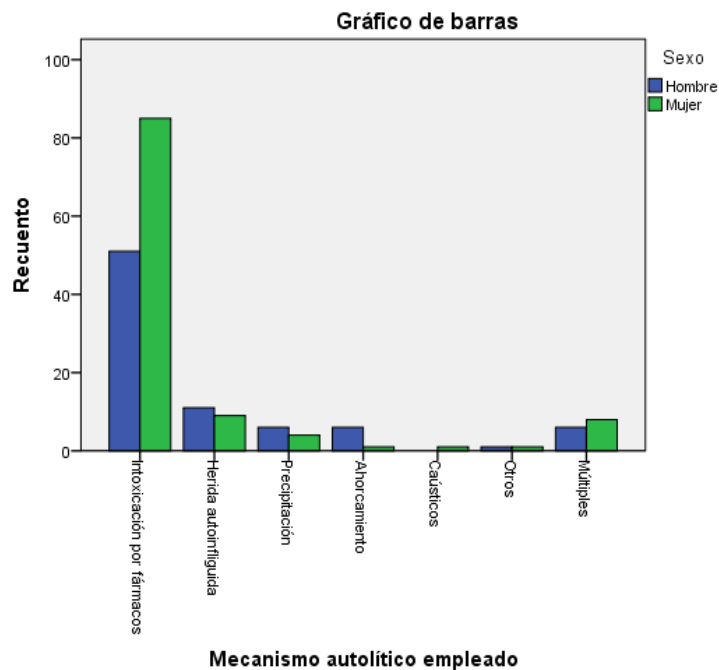


Figura 8: Métodos empleados en la tentativa suicida por sexos.

71 pacientes (37,4%) admitieron planificación previa de la tentativa y 24 (12,6%) escribieron una nota de suicidio o despedida. La solicitud de atención sanitaria la realizó más frecuentemente la familia (n=67; 35,3%), seguido por dos o más solicitantes (n=59; 31,1%), el

propio paciente (n=35; 18,4%) u otros (n=21; 11%). En el 45,8% de los casos (n=87) estaban presentes terceras personas en el lugar de la tentativa cuando ésta se produjo.

La utilización de recursos sanitarios y el contacto con personal médico en los 6 meses previos a la realización de la tentativa suicida fue mayoritaria (n=146; 76,9%). Según el recurso en el que solicitaron atención, se distribuyeron según se expone en la [Figura 9](#).

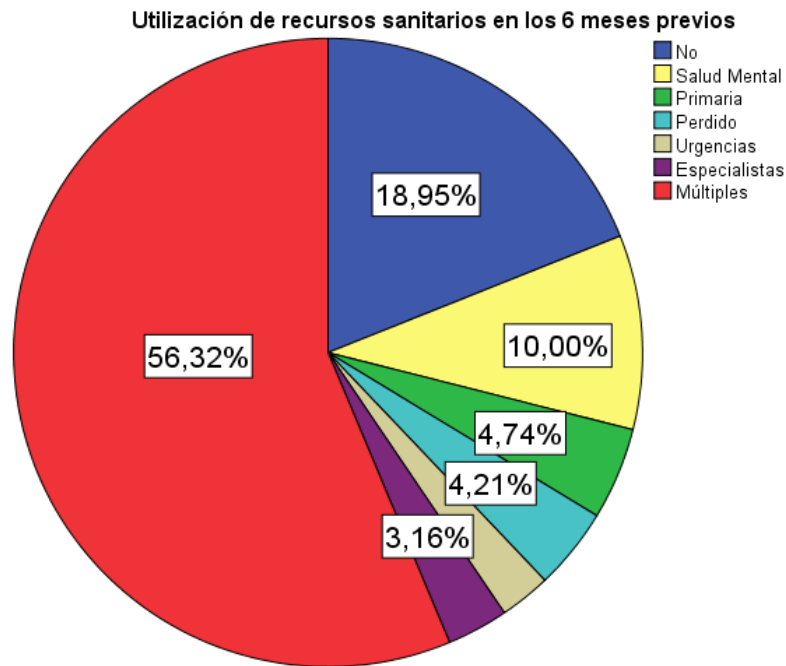


Figura 9: Porcentaje de utilización de recursos sanitarios los 6 meses previos a la tentativa suicida.

Con respecto al mes en que se produjo la tentativa, los meses con mayor porcentaje de intentos autolíticos fueron, en este orden: Septiembre (n=21; 11,1%), Agosto (n=20; 10,5%) y Julio (n=19; 10%). El que presentó un menor número de tentativas fue Abril con 7 (3,7%).

Gravedad, actuación y evolución durante los 12 meses posteriores a la tentativa

Al estudiar la gravedad de la tentativa suicida, 78 casos fueron clasificados como leves (41,1%), 81 de moderados (42,6%) y 31 como graves (16,3%) ([Figura 10](#)).

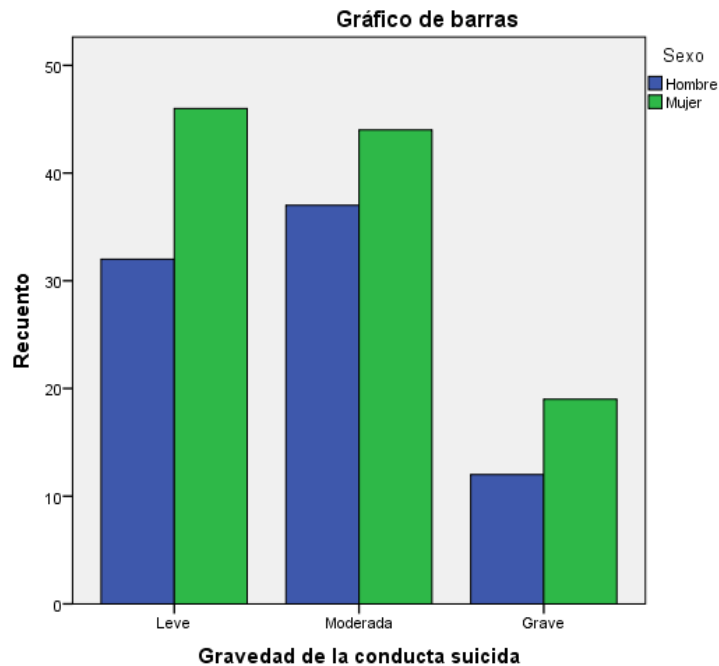


Figura 10: Gravedad de la tentativa suicida por sexos.

La gravedad de la tentativa se asoció con el método empleado ($\chi^2=35,81$; $p<0,001$).

El antecedente de ingresos previos ($\chi^2=9,9$; $p=0,042$), número de ingresos previos ($\chi^2=23,26$; $p=0,01$), conducta suicida grave ($\chi^2=10,84$; $p=0,028$), desesperanza ($\chi^2=11,73$; $p=0,003$) y planificación previa ($\chi^2=9,52$; $p=0,049$) se asociaron significativamente con la gravedad de la tentativa.

Ningún antecedente de diagnóstico psiquiátrico se correlacionó con la gravedad de la tentativa.

Un 67,4% de las tentativas precisaron de ingreso en unidades de hospitalización psiquiátrica ($n=128$). La media de duración de dicho ingreso fue de 23,25 días; con una duración mínima de 1 día y una máxima de 365 días.

La indicación de ingreso se correlacionó con el estado civil ($\chi^2=16,02$; $p=0,003$), presentar un diagnóstico de Esquizofrenia ($\chi^2=8,46$; $p=0,004$), tener antecedentes de ingresos psiquiátricos ($\chi^2=11,46$; $p=0,003$), impulsividad ($\chi^2=6,13$; $p=0,013$), irritabilidad ($\chi^2=9,02$; $p=0,003$), desesperanza ($\chi^2=25,61$; $p<0,001$), delirios ($\chi^2=10,73$; $p=0,001$), alucinaciones ($\chi^2=3,95$; $p=0,047$) y la planificación previa de la tentativa ($\chi^2=16,95$; $p<0,001$).

Hasta un 19,6% de los pacientes que realizaron una tentativa suicida ($n=37$), repitió dicha conducta en los 12 meses siguientes. Un 5,3% de los datos sobre repeticiones no estaban recogidos en la historia clínica y fueron incluidos como pérdidas (Figura 11). La gravedad de esta segunda tentativa fue leve en el 11,1% ($n=21$), moderada en el 5,3% ($n=10$) y grave en un 3,2% ($n=6$); con un 5,3% ($n=10$) de valores perdidos.

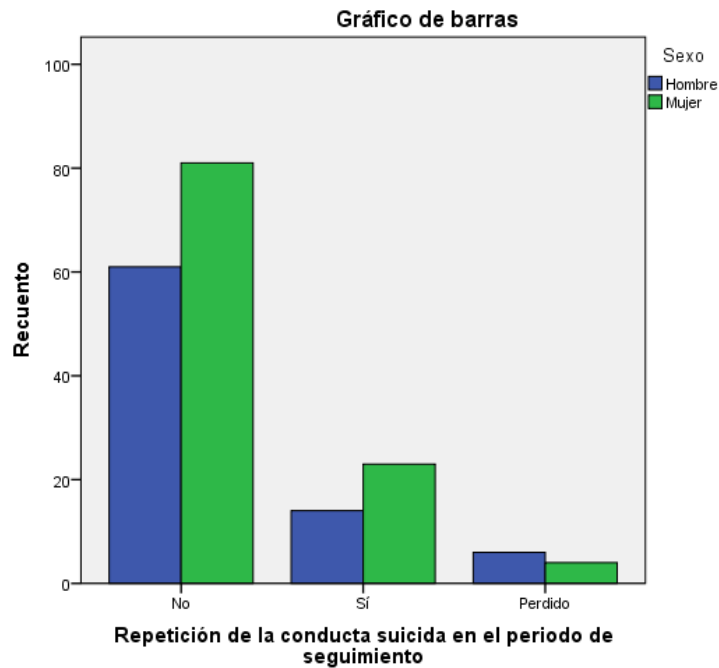


Figura 11: Repetición de la tentativa en los 12 meses posteriores, en función del sexo.

La repetición de la tentativa en los 12 meses siguientes se correlacionó con: intoxicación por alcohol en la primera atención ($\chi^2=18,53$; $p=0,018$), diagnóstico de Trastorno de la personalidad cluster B ($\chi^2=15,47$; $p<0,001$), antecedentes personales de 3 o más ingresos psiquiátricos ($\chi^2=22,95$; $p=0,011$), antecedentes de varias tentativas suicidas previas ($\chi^2=23,75$; $p=0,008$) e inestabilidad emocional ($\chi^2=11,99$; $p=0,002$). Sin llegar a alcanzar asociación estadística con la repetición, pero con cifras próximas a significación, se encontraron las variables de impulsividad ($\chi^2=5,94$; $p=0,051$) y el antecedente de ingreso psiquiátrico ($\chi^2=9,47$; $p=0,05$).

El número de tentativas durante el periodo de 12 meses fue de una única tentativa para 143 pacientes (75,3%), de dos tentativas para 22 (11,6%) y de tres o más tentativas para 15 (7,9%). El número de pérdidas fue similar a los previos ($n=10$; 5,3%). El haber realizado tres o más tentativas durante el año estudiado, se asoció con presentar agresividad/conducta disocial ($\chi^2=8,63$; $p=0,035$). Destacar la asociación entre el hecho de no tener la percepción subjetiva de estrés por parte del paciente y el realizar tres o más tentativas ($\chi^2=11,65$; $p=0,009$).

Tras la atención, hasta un 22,2% ($n=42$) de los pacientes precisaron un reingreso en los 12 meses siguientes. El tiempo medio hasta precisar reingreso fue de 125,09 días; con un mínimo de 1 día hasta reingreso y un máximo de 364 días. Se perdieron un 5,3% de los datos sobre reingresos. El reingreso se correlacionó con los antecedentes personales de ingresos previos ($\chi^2=24,16$; $p<0,001$), el número de ingresos previos ($\chi^2=35,24$; $p<0,001$), el diagnóstico de Trastorno de personalidad cluster B ($\chi^2=8,4$; $p=0,015$) y la inestabilidad emocional descrita durante la exploración ($\chi^2=16,78$; $p<0,001$).

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue realizar una aproximación descriptiva a los pacientes atendidos tras una tentativa suicida en el H.U.D., de la provincia de Guipúzcoa (España). Es importante puntualizar una vez más, como ya se señaló en la introducción, que no se trata de un estudio epidemiológico sobre dicha población. Este trabajo pretende ofrecer una visión lo más cercana posible a la realidad clínica de los pacientes que realizan dichas tentativas. El estudio de los intentos de suicidio ofrece una oportunidad para identificar factores relacionados con el riesgo suicida que, teóricamente, facilitarían una mejor toma de decisiones por parte de los profesionales y el planteamiento de estrategias preventivas.

Limitaciones

Es necesario, antes de discutir los hallazgos, hacer referencia a las limitaciones de este documento. Esto permitirá una lectura crítica, adecuada y reflexiva sobre lo expuesto.

Por las propias características del estudio, de tipo retrospectivo y basado en la revisión de datos en historias clínicas, fue frecuente que algunas variables presentasen pérdidas. Se han incluido las más significativas para facilitar una lectura crítica de los resultados y se han obviado el resto en el texto.

A pesar de que es posible establecer una secuencia temporal de los hechos, la propia naturaleza transversal del estudio impide establecer relaciones de causa-efecto entre variables. Por tanto, sólo se ha podido determinar la asociación entre las mismas y no afirmar que sean factores de riesgo para la tentativa.

Al valorar el diseño del estudio se decidió realizar el reclutamiento tanto de los pacientes atendidos directamente en la urgencia como de aquellos que necesitaron de ingreso en otras plantas. Así se intentó evitar la pérdida de datos sobre aquellas tentativas suicidas más graves. Sin embargo, apenas habrían existido pérdidas (o no existieron) en el grupo de ingresados, pero sí se habrían producido en el grupo procedente de urgencias. Este hecho creemos que se debió a que el reclutamiento se basó en la codificación desde el triaje del hospital para diagnósticos compatibles con conducta suicida. Suponemos que una fracción de los pacientes que realizaron una tentativa han sido perdidos por codificarse con otros diagnósticos indeterminados (“depresión” o “alteración del comportamiento”, por ejemplo) que nuestro método de selección no detectaría. La muestra no se corresponde con la totalidad de las tentativas atendidas en ese año en nuestro hospital. Probablemente se produce una sobreestimación de aquellas tentativas de mayor gravedad respecto a las más leves por ser más numeroso el grupo de ingresados (60% del total) y presuponer que aquellas tentativas que no tendrían que ingresar serían más numerosas y leves. Puntualizado este hecho, se sigue considerando que la muestra reclutada es suficientemente amplia y representativa de la población atendida por conducta suicida.

Otro aspecto a tener en cuenta es que en el grupo de ingresados la valoración psiquiátrica se produciría de forma diferida en el tiempo. Esto podría provocar una expresión de los síntomas diferente a la de la urgencia al variar el contexto de atención.

Es un hecho también que en función de la decisión final de ingreso o alta domiciliaria, los profesionales pueden infra o sobrevalorar el riesgo recogido en la historia clínica por tender a realizar un informe justificador de su decisión en uno u otro sentido.

Tras señalar las limitaciones observadas y por concluir con ellas, recalcar que a nuestro criterio ninguna de estas circunstancias comprometería la representatividad de la muestra respecto a la población atendida ni a los objetivos: describir sujetos de alto riesgo para la conducta suicida en nuestro medio.

Variables sociodemográficas

En nuestra muestra la proporción de tentativas suicidas en hombres respecto a mujeres fue similar a la de otros estudios previos; con un mayor número de tentativas en mujeres en todos los grupos de edad¹². Además, estas diferencias entre sexos serían más marcadas en el grupo de edad de entre 15-24 años; dato también descrito en hallazgos anteriores^{41,42}.

Sin embargo, las cifras por grupos de edad no concordarían con la bibliografía consultada, donde se describe un pico de máxima prevalencia en mujeres entre los 15-24 y en hombres entre los 25-34 años¹². En la muestra de Guipúzcoa entre los años 89-91 y que participó en el estudio multicéntrico WHO/Euro se observó la mayor frecuencia de tentativas en ambos sexos en el grupo entre 25-34 años (*Figura 12*; se recomienda revisar *Figura 2*). Nuestros datos sitúan el mayor número de tentativas entre los 45-54 años, seguido por el grupo de 35-44, y con muy pocas diferencias entre sexos. Esto podría deberse tanto a posibles variaciones locales en nuestra población, a cambios reales en los factores de riesgo o a las limitaciones referidas previamente que sobreestimaban los casos de mayor gravedad.

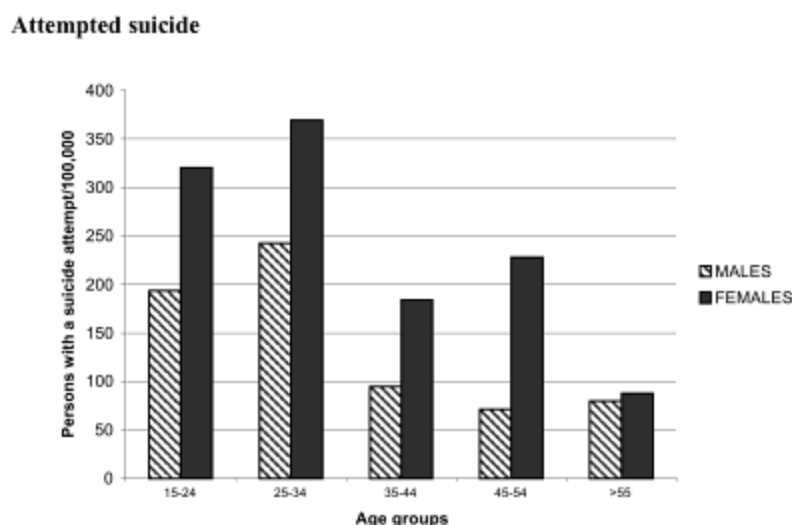


Figura 12: Tentativas suicidas por grupo de edad y sexo en Guipúzcoa (1989-1991) (Querejeta, et al)¹²

Encontramos una alta proporción de extranjeros en la muestra, el triple a la de estudios en medio hospitalario y poblaciones similares, como el realizado en Oviedo por Jiménez-Treviño et al.⁴¹. Este hecho podría estar mediado por las características socioeconómicas y geográficas de la provincia (fronteriza con Francia, alta renta per cápita en relación al país, destino turístico) pero estos datos no parecen justificar dicho hallazgo de forma completa.

Con respecto al estado civil, los datos son acordes a estudios previos^{12,43} siendo los solteros el grupo más frecuente. Matizar que existen importantes diferencias entre sexos, siendo lo más frecuente ser soltero para los hombres y en las mujeres tener pareja estable. Esto debería ser tenido en cuenta para una valoración diferenciada entre ambos sexos. El desempleo es un factor de riesgo para las tentativas suicidas descrito en diversos estudios^{12,44,45}. En nuestra muestra fue la situación más frecuente a nivel laboral; dato acorde a lo referido en otras publicaciones¹². Vivir solo también se ha descrito ampliamente como factor de riesgo para las tentativas y el suicidio^{12,46}. En nuestra muestra encontramos una proporción elevada de sujetos que viven solos lo que sería congruente con lo previamente descrito.

Los datos sobre el nivel formativo de los pacientes no estaban recogidos en la historia clínica de forma mayoritaria (76,3% de pérdidas). Al tener acceso a todo el historial clínico del paciente y no sólo al informe de la atención de urgencia es un dato a valorar por los profesionales. El nivel educativo es un factor de riesgo replicado para la conducta suicida^{12,47} y nuestros hallazgos hacen pensar que no se explora habitualmente.

Es de especial relevancia y se debe destacar la comparación con el estudio de Querejeta et al. entre 1989-1991¹² al tratarse del mismo hospital, región geográfica y población. El prototipo de paciente que realizó tentativas suicidas establecido en dicho trabajo y el que muestran los datos de este estudio difieren en algunos aspectos (*Tabla 7*).

<i>Años del estudio</i>	<i>Sexo</i>	<i>Grupo de edad</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Situación laboral</i>	<i>n</i>
1989 – 1991 ¹²	Mujer (57,7%)	15-34 (65,8%)	Soltero (45%)	Desempleado (69,7%)	235*
2013 – 2014	Mujer (57,4%)	35-54 (52,6%)	Soltero (34,7%)	Desempleado (33,7%)	190

*Se reclutaron 235 pacientes en un periodo de 3 años.

Tabla 7: Prototipo de paciente atendido por tentativas suicidas en el H.U.D., entre los años 1989-1991 y en un año (2013-2014).

De nuevo se considera que las diferencias en las características poblacionales podrían deberse tanto a cambios reales en los factores de riesgo que fuesen atribuibles a cambios sociales y generacionales, como a diferencias metodológicas en torno al reclutamiento. En nuestra opinión, es probable que las diferencias observadas se deban, en proporción variable, a ambas

circunstancias. La comparación entre las características de las muestras de ambos periodos se realiza de forma que facilite su lectura en la [Tabla 8](#).

Variables	Media (d.e.)	Años 1989-90 n (%)	Año 2013-14 n (%)
Sexo			
Hombre		63 (42,3%)	81 (42,6%)
Mujer		86 (57,7%)	109 (57,4%)
Edad	33,3 (15,0) // 42,7 (14,8)		
Grupos de edad			
15 - 24		49 (32,9%)	25 (13,2%)
25 - 34		49 (32,9%)	28 (14,7%)
35 - 44		20 (13,4%)	47 (24,7%)
45 - 54		18 (12,1%)	53 (27,9%)
55 - 64		4 (2,7%)	19 (10,0%)
65+ // 65-75		9 (6,0%)	18 (9,5%)
Estado Civil			
Casado/en pareja		49 (33,6%)	64 (33,7%)
Soltero		65 (44,5%)	66 (34,7%)
Separado/Divorciado		25 (17,1%)	44 (23,2%)
Viudo		7 (4,8%)	5 (2,6%)
Residencia			
Vive solo		7 (4,9%)	43 (22,6%)
Familia propia		60 (41,7%)	71 (37,4%)
Familia primaria		73 (50,7%)	52 (27,4%)
Otras situaciones		4 (2,8%)	20 (10,5%)
Situación laboral			
Activo		43 (30,3%)	35 (18,4%)
Activo/Desempleado		34 (23,9%)	63 (33,2%)
Inactivo/Desempleado*		65 (45,8%)	73 (38,4%)
Método empleado			
Autointoxicación		105 (70,9%)	136 (71,6%)
Autolesión		43 (29,1%)	39 (20,6%)
Múltiples		Desconocido	14 (7,4%)
Hª Tentativas previas			
No		79 (54,9%)	122 (64,2%)
Sí		65 (45,1%)	56 (29,5%)
Repetición tentativa			
No		130 (87,2%)	142 (74,7%)
Sí		19 (12,8%)	37 (19,5%)
Total (n)		149 (100%)	190 (100%)

**Incluye: Jubilado/pensionista, interrupción laboral temporal, estudiantes, otros.*

Tabla 8: Características más relevantes entre la población atendida en Guipúzcoa por tentativas suicida (periodos 1989-90 y 2013-14; datos tomados de la Tesis Doctoral de Imanol Querejeta Ayerdi, UPV 1994)

Antecedentes de diagnósticos psiquiátricos

El consumo de alcohol y los estados de intoxicación etílica fueron comunes en nuestra muestra. Múltiples estudios han descrito la relación de este tóxico con la conducta suicida^{48,49}. El consumo de otros tóxicos se asoció al género masculino, hecho que se comentará más adelante en este mismo apartado.

Uno de los factores de riesgo más asociados a la conducta suicida es el hecho de presentar un diagnóstico de trastorno mental. En nuestra muestra, los antecedentes de diagnóstico psiquiátrico fueron de un 86,8%, dato acorde con la literatura consultada^{30,31}.

El Trastorno afectivo/adaptativo fue el diagnóstico más frecuente en ambos sexos, de forma destacada. Antes de entrar a analizar este hecho, es de interés explicar que se decidió agrupar estas categorías en un solo constructo (*Tabla 6*) por considerarlo más útil en un análisis orientado a la clínica. La valoración de un episodio afectivo es un hecho complejo. Consideramos que salvo los casos más polarizados (los de menor o de mayor gravedad), la distinción de un episodio depresivo, un trastorno adaptativo de tipo depresivo, la distimia o una reacción normal ante conflictiva vital tienen un amplio margen de diferencias interobservador y máxime en valoraciones transversales.

En concordancia con nuestros datos, se describe en la literatura que los trastornos afectivos de tipo depresivo son los diagnósticos más frecuentemente relacionados con la conducta suicida^{50,51}. A su vez, la asociación entre Trastorno afectivo/adaptativo y el sexo femenino, explicaría la mayor presencia de mujeres en la población, por ser los trastornos depresivos mucho más prevalentes en el sexo femenino. Los Trastornos de ansiedad también se asociaron en nuestra población con más frecuencia a mujeres y en la literatura están considerados un factor de riesgo para el suicidio^{52,53}.

El antecedente de diagnóstico de Trastorno de personalidad cluster B fue el segundo más frecuente de forma global, sin diferencias entre sexos, dato acorde a las fuentes consultadas⁵⁴.

El constructo Espectro Esquizofrenia se relacionó con el sexo masculino, lo que también es congruente con los datos epidemiológicos sobre dicha enfermedad. La amplia representación en la muestra de Espectro Esquizofrenia (8,4%), es congruente con la bibliografía que describe un aumento del riesgo para las tentativas suicidas⁵⁵. Se debe hacer una lectura cautelosa de dicho dato pues en nuestro medio, por motivos formativos y de tradición, se tiende a clasificar como Trastorno Esquizoafectivo a pacientes que en otros ámbitos podrían clasificarse como Trastorno Bipolar. Esto explicaría también la baja presencia en la muestra del Espectro Bipolar respecto al Espectro Esquizofrenia.

El antecedente de ingresos psiquiátricos es amplio en nuestra muestra y sería concordante con estudios previos que lo definen como factor de riesgo para las tentativas suicidas⁵⁶. La asociación encontrada entre antecedente de ingresos y el número de ingresos con la gravedad de la tentativa, interpretamos que es esperable y atribuible a una mayor complejidad de su problema mental independientemente del diagnóstico.

Se ha descrito que el factor de mayor peso para la conducta suicida es tener antecedentes de tentativas suicidas previas⁹. Aproximadamente un tercio de los pacientes estudiados habían

realizado una tentativa suicida en el pasado, alguno de ellos grave. Consideramos estos datos esperables y acordes a trabajos previos.

Tratamiento mediante psicofármacos

La mayoría de los pacientes estaba recibiendo tratamiento con algún psicofármaco sin que este hecho se asociase con variables de ingreso, reiteración o gravedad de la tentativa. No hemos detectado una situación de infratratamiento respecto a los fármacos antidepresivos, que se ha descrito en algunos trabajos⁵⁶. Es un tema en discusión la relación entre los fármacos antidepresivos y el suicidio. La prescripción de antidepresivos disminuiría la tasa de suicidios a nivel poblacional, pero en determinados individuos (adultos 15-24 años) podría provocar un incremento de las conductas suicidas⁵⁷. El elevado porcentaje de pacientes en tratamiento con benzodiacepinas y el uso frecuente de esa familia de fármacos como medio autolesivo podría plantear si limitar el acceso y prescripción sería una medida de prevención, como ya hicieron algunos autores con resultados positivos en reducción del suicidio y de tentativas suicidas atendidas en el hospital⁵⁸.

Enfermedades somáticas

En las fuentes consultadas se encontró relación con algunas enfermedades físicas y el riesgo de suicidio⁵⁹ (ver [Anexo 1](#)). Su presencia en nuestra muestra es muy escasa y algunas de ellas se asociaron con el rango de edad más elevado (65-75 años). Puesto que también se excluyeron los mayores de 75 años, es probable y razonable que los antecedentes de patología somática tengan un mayor peso para la conducta suicida en grupos de edad avanzada.

Sintomatología y psicopatología durante la valoración

En cuanto a la psicopatología recogida en la historia, los datos de desesperanza e impulsividad han sido frecuentemente asociados con las tentativas suicidas⁵¹. En nuestra muestra, se observan estos síntomas en aproximadamente la mitad de los sujetos, hecho congruente con dicho hallazgo.

Se encontró también relación entre el género masculino y factores de riesgo para las tentativas suicidas como la presencia de agresividad, conducta disocial e irritabilidad. Antes mencionamos la asociación del sexo y consumo de tóxicos. Esta diferencia entre sexos, en nuestra opinión, es atribuible a distintos roles de género y maneras de expresar el malestar. De la misma forma pensamos que se justificaría la asociación encontrada entre ser mujer y la presencia de labilidad/alta reactividad⁶⁰.

Popovic et al.⁶¹, como parte del estudio multicéntrico BRIDGE-II-MIX, analizaron una cohorte de pacientes con un episodio depresivo mayor buscando la presencia de síntomas mixtos y compararon aquellos pacientes con historia de tentativas suicidas respecto a aquellos que no tenían dicho antecedente. Encontraron que, entre otras características, aquellos pacientes con

síntomas depresivos atípicos, irritabilidad, labilidad afectiva, impulsividad, conducta agitada; tendrían un mayor riesgo para realizar tentativas suicidas. En nuestra población existe una alta frecuencia de trastornos del humor y, así mismo, algunos o muy similares síntomas a los descritos. La depresión en mujeres cursa con mayor frecuencia con síntomas atípicos⁶². Creemos que profundizar en el conocimiento de estas características atípicas podría ser un objetivo razonable para identificar aquellos individuos deprimidos con mayor riesgo suicida y plantear estrategias de detección, dada la alta prevalencia de depresión en la población femenina.

La presencia de alucinaciones e ideas delirantes se asoció con el sexo masculino, lo que también sería congruente con la relación ya mencionada con Esquizofrenia.

Sucesos en torno a la tentativa suicida

Las cifras sobre el método suicida empleado son similares a lo descrito en otros trabajos^{12,19,41}.

La gran mayoría de los pacientes estudiados, habían consultado con múltiples servicios médicos durante los 6 meses previos a la tentativa. Este dato es acorde con las fuentes consultadas⁶³, lo que señalaría tanto la dificultad para la detección y un correcto abordaje de estos pacientes, como la existencia de oportunidades para la prevención en múltiples dispositivos sanitarios. En una visión más pragmática, señalamos que sería preciso implementar y optimizar programas de formación activa entre los profesionales de atención primaria para mejorar la identificación de sujetos de riesgo.

Los meses con cifras más elevadas de tentativas fueron los de verano y principios de otoño, dato que difiere con otros trabajos en población occidental. Este dato pudiese estar en relación con el aumento poblacional que se produce en la ciudad de Donostia durante los meses de verano al ser un destino turístico frecuente.

Gravedad de la tentativa suicida

Una de las variables de mayor interés en este trabajo era el estudio de las tentativas en función de su gravedad. Como se mencionó en el apartado de Materiales y Métodos, consideramos más adecuado evaluar la gravedad en función de la necesidad de cuidados médicos¹³. La gravedad de la tentativa se asoció con el método empleado, hecho condicionado por la relación entre las tentativas graves y los métodos de alta letalidad. Consideramos que esta asociación apoyaría la validez de este tipo de abordaje para evaluar la gravedad, que nos parece más adecuado en un estudio retrospectivo.

La gravedad de la tentativa se asoció con los antecedentes de ingresos previos, número de ingresos y antecedentes de conducta suicida grave; que ya mencionamos como en relación a la gravedad psicopatológica. La desesperanza y la planificación previa son síntomas también asociados con la gravedad de la tentativa y que interpretamos como indicativos de permanecer en un estado depresivo durante un periodo más prolongado. Ningún antecedente de

diagnóstico psiquiátrico se asoció con la gravedad. Este hallazgo sería contrario a los datos de algunos estudios previos que hacen referencia a la esquizofrenia como la patología con intentos de mayor letalidad y con riesgo de suicidio consumado⁶⁴.

Ingresos, reingresos, repetición de la tentativa suicida y número de tentativas

Dos terceras partes de la muestra precisaron ingreso hospitalario. Este dato puede indicar el alto riesgo de nuestra muestra para la conducta suicida, pero también se debe tener en cuenta que intervienen otros factores como la ausencia de un medio sociofamiliar de contención adecuado, sintomatología psicótica activa o una conducta irritable, agresiva y agitada.

Uno de cada 5 pacientes que realizó una tentativa, repitió dicha conducta durante los 12 meses posteriores. Esto supone el doble de repeticiones que las que observaron Bobes et al.⁶⁵ como parte del proyecto MONSUE (Monitoring Suicide in Europe) y más del doble de los resultados del grupo de Oviedo como parte de ese mismo estudio⁴¹. De nuevo, atribuimos estas diferencias a nuestro método de reclutamiento que haría que estuviesen más representados en la muestra pacientes de mayor gravedad, pero es un dato que requeriría de más estudio. La repetición de la tentativa se asoció con antecedentes de tentativas previas y de ingresos, además de diagnóstico de Trastorno de personalidad cluster B, estado de intoxicación alcohólica e inestabilidad emocional. Estos datos concuerdan con los presentes en la bibliografía⁶⁵.

Respecto al número de tentativas existe un hallazgo que requiere especial atención. La variable de estrés subjetivo referido por el paciente fue mayoritariamente afirmativa, hecho coherente con las circunstancias. Entre el pequeño porcentaje que negó estar sometido a estrés (19 de 190 pacientes), 5 pacientes presentaron 3 o más tentativas durante el periodo de estudio. Por el contrario, de los 171 que dijeron tener una percepción subjetiva de estrés tan sólo 10 presentaron 3 o más tentativas. Proponemos dos interpretaciones en torno a este hallazgo. La primera es un estilo de afrontación ineficaz, basado en la negación del problema y que llevaría a que se repitiese la conducta suicida al mantenerse un conflicto. La segunda sería un intento de disimulación por parte del paciente, en la búsqueda del alta hospitalaria ante el hecho de no haber consumado el suicidio. De las dos, consideramos más plausible la primera, pero este dato es susceptible de ser revisado más en profundidad y requeriría de un diseño específicamente enfocado.

La necesidad de reingreso en los 12 meses subsiguientes se asoció a las mismas variables que la repetición de la tentativa y ocurrió en un porcentaje similar (22,2%), lo que interpretamos como que mayoritariamente el reingreso fue por repetición de la tentativa y se dio en un perfil concreto de pacientes (Trastorno de personalidad cluster B).

Al ser la conducta suicida un comportamiento complejo y heterogéneo, se considera de interés no asumir los hallazgos descritos en la literatura científica y contrastar que se cumplen y son extrapolables a nuestro medio. También, debido a la evolución de las poblaciones y los rápidos cambios sociales, es interesante una actitud de revisión constante en torno a dichos factores

de riesgo, que se modificarían a la par que los cambios generacionales. Con este fin, hemos analizado la situación en torno a las tentativas suicidas en nuestro medio.

Consideramos necesario mencionar algunos datos a tener en cuenta de cara a futuras intervenciones o nuevos análisis.

En general, nuestros resultados son congruentes con la bibliografía consultada aunque se debe destacar la variación respecto a los grupos de edad o las cifras elevadas de repetición de la tentativa en nuestra muestra. Más estudios serían necesarios para clarificar si este hallazgo se debe a diferencias en el reclutamiento o no. Se debería mejorar también la capacidad de detección de las tentativas desde la urgencia para evitar las pérdidas en futuros análisis. Los antecedentes familiares de enfermedad mental y conductas suicidas deberían ser preguntados y recogidos de forma rutinaria; así como el nivel de formación y estudios del paciente. La sintomatología atípica/mixta en los trastornos depresivos parece estar presente en nuestra muestra y este hecho se ha relacionado previamente con la conducta suicida. Su relación con las tentativas suicidas requeriría de más estudios con un diseño específico, como medio para la detección precoz de pacientes de riesgo. Este planteamiento se podría valorar mediante estrategias de cribado desde atención primaria y observar su eficacia/eficiencia real. El resultado obtenido en torno a la negación del estrés y el elevado número de tentativas debe ser analizado y replicado en otras muestras y diseños específicos.

Respecto a su relevancia, los hallazgos serían de especial interés clínico en el H.U.D., hospitales generales de entornos y características similares y para cualquier hospital general que atienda pacientes con tentativas suicidas. Además, se puede considerar un primer paso a plantear nuevas estrategias de intervención ambulatoria y de prevención precoz sobre la conducta suicida. Serían necesarios más estudios que confirmen la consistencia de algunos resultados en nuestra población y nuevos planteamientos enfocados a la prevención.

CONCLUSIONES

- 1) El perfil general de los pacientes atendidos por tentativa suicida en el Hospital Universitario Donostia en el periodo de un año entre 2003-2004, tendría las siguientes características: mujer, entre 35 y 55 años, soltera o casada, conviviendo con su propia familia y desempleada. Presentaría antecedentes de algún diagnóstico psiquiátrico, siendo el más frecuente de un trastorno de tipo afectivo depresivo por el que recibiría tratamiento mediante fármacos antidepresivos y ansiolíticos. No presentaría antecedentes de tentativas suicidas previas ni de ingresos psiquiátricos. La sintomatología más frecuentemente descrita en relación a la tentativa sería la desesperanza y la impulsividad. El método suicida más empleado sería la intoxicación voluntaria por fármacos. La gravedad de la tentativa sería de leve a moderada. Mayoritariamente los pacientes habrían consultado con profesionales médicos los 6 meses antes de la tentativa. Una de cada 5 pacientes repetiría la tentativa suicida en el año siguiente.
- 2) Los factores de riesgo para la conducta suicida descritos en la bibliografía consultada y las características de nuestra muestra coinciden de forma generalizada. Se han observado diferencias notables en el rango de edad de los pacientes que realizan una tentativa suicida respecto a otros trabajos previos, incluido un estudio en el mismo centro y área geográfica hace casi 25 años. También el porcentaje de repetición de la tentativa durante el año tras un primer intento es superior al de otros trabajos. Son necesarios nuevos estudios con un diseño específico que confirmen estas diferencias.
- 3) La gravedad de la tentativa se asoció con el método empleado, los antecedentes de ingresos previos y el número de ingresos, antecedentes de tentativas suicidas graves, presentar síntomas de desesperanza y el hecho de haber planificado la tentativa con antelación. Ningún diagnóstico psiquiátrico se asoció con la gravedad. La repetición de la tentativa suicida en el año siguiente se relacionó con los antecedentes de tentativas e ingresos previos, el diagnóstico de Trastorno de personalidad cluster B, inestabilidad emocional y los estados de intoxicación alcohólica.
- 4) Los variables sobre el nivel formativo de la muestra de pacientes y los antecedentes familiares de trastorno mental y conductas suicidas no estaban recogidos en la historia clínica del paciente de forma generalizada. La recogida sistemática de esta información sería un objetivo a cumplir por los profesionales de Salud Mental a fin de mejorar la toma de decisiones o detectar sujetos de mayor riesgo.
- 5) Se indicó un ingreso hospitalario en aproximadamente 2 de cada 3 pacientes de la muestra. Tanto la repetición de la tentativa como el reingreso en los 12 meses siguientes se relacionaron con los antecedentes de tentativas e ingresos previos, Trastorno de personalidad cluster B y la intoxicación etílica.

BIBLIOGRAFÍA:

- WHO. Mental health: suicide prevention. 2016. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ (último acceso el 27/08/2016)
- WHO. Mental health: Preventing suicide-A global imperative. 2014. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/ (último acceso el 27/08/2016)
- Nock MK, Green JG, Hwang I, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry* 2013; **70**: 300–10.
- Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry* 2010; **71**: 1617–28.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008; **192**: 98–105.
- Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behavior. *Lancet* 2009; **373**: 1372–81.
- Forster PL, Wu LH. Assessment and treatment of suicidal patients in an emergency setting. *Re Psychiatry* 2012; **21**: 75–113.
- Navío M, Villoria L. Factores de riesgo de la Conducta Suicida en: Anseán A (Dir.) *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida*. 2ª ed., revisada. Madrid: FSME; 2014. pp. 117-194.
- Neeleman J. A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *International Journal of Epidemiology* 2001; **30**: 154–162.
- Hawton, K. Suicide and attempted suicide en: *Handbook of Affective Disorders*, 2ª ed., Pankel, ES (Ed), Guilford, New York 1992. p. 635.
- Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1983; **40**(3): 249.
- Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989- 1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; **93**(5): 327–38.
- Soler PA, Gascón J. Suicidio y autolesiones en: Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. 3ª ed. Barcelona: Ars Medica; 2005. <http://www.suicidioprevencion.com/pdf/RTM3.pdf>
- Reynders A, Scheerder G, Van Audenhove C. The reliability of suicide rates: an analysis of railway suicides from two sources in fifteen European countries. *J Affect Disord* 2011; **131**: 120–7.
- Nomenclatura sobre Conducta Suicida en: Anseán A (Dir.) *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida*. 2ª ed., revisada. Madrid: FSME; 2014. pp. 24-26.
- O'Carroll PW, Berman DL, Haris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Theat Behav* 1996; **126**(3): 237–5.
- Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry* 2007; **164**: 1035–43.
- Anseán A. Epidemiología de la conducta suicida. Suicidios y crisis económica en: Anseán A (Dir.) *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida*. 2ª ed., revisada. Madrid: FSME; 2014. pp. 61-62.
- Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Fernández A, Serrano-Blanco A et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin (Barc.)* 2007; **129**(13): 494–500.
- Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D & Kerkhof A. *Suicidal behavior in Europe: Findings from the WHO/Euro Multicentre Study on Suicidal Behavior*. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004.
- Corcoran P, Arensman E, Perry IJ. The area-level association between hospital-treated deliberate self-harm, deprivation and social fragmentation in Ireland. *J Epidemiol Community Health* 2007; **61**: 1050–1055.
- Hawton K, Fagg J, Simkin S, Mills J. The epidemiology of attempted suicide in the Oxford area, England (1989–1992). *Crisis* 1994; **15**: 123–135.
- O'Loughlin S, Sherwood J. A 20-year review of trends in deliberate self-harm in a British town, 1981–2000. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; **40**: 446–453.
- Jimenez Moron D. Study of the suicide attempts treated in a health area in a 9-year period. *Anales de Psiquiatria* 2003; **19**: 431–439.
- Jiménez Treviño L, Saiz Martínez PA, Paredes Ojanguren B, Bobes García J. (2004). Epidemiología de los comportamientos suicidas en: Bobes García J, Saiz Martínez PA, García Portilla MP, Bascarán Fernández MT, Bousño García M (Eds.) *Comportamientos suicidas*:

- prevención y tratamiento*. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2004. pp. 11–24.
26. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med* 2005; **35**: 1457–65.
 27. Fleischmann A, Bertolote JM, De Leo D, Botega N, Phillips M, Sisask M, Vijayakumar L, Malakouti K, Schlebusch L, De Silva D, Nguyen VT, Wasserman D. Characteristics of attempted suicides seen in emergency care settings of general hospitals in eight low and middle income countries. *Psychol Med* 2005. **35**: 1467–1474.
 28. García-Resa E, Braquehais D, Blasco H, Ramírez A, Jiménez L, Díaz-Sastre C, Baca-García E, Sáiz J. Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; **30(2)**: 112–119.
 29. Litman, RE. Suicides: What do they have in mind? en: Jacobs D, Brown HN (Eds) *Suicide: Understanding and Responding*. International Universities Press: Madison; 1989. p. 143.
 30. Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997; **337(13)**: 910.
 31. Moscicki E. Epidemiology of suicide en: Goldsmith S. *Suicide prevention and intervention*. National Academy Press: Washington DC; 2001.
 32. Defunciones según la causa de muerte: 098 Suicidio y autolesiones inflingidas. 2013. (online) <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
 33. Suicidios de la C.A. de Euskadi por grupos de edad, Territorio Histórico y sexo. 2013. (online) www.eustat.eus
 34. Población de la C.A. de Euskadi por año de nacimiento, según el territorio histórico y el sexo. 2015. (online) <http://www.eustat.eus/elementos/ele0011400/ti Poblacion de la CA de Euskadi por a%C3%B1o de nacimiento segun el territorio historico y el sexo/tbl0011424.c.html#axzz4leV1WzNR>
 35. Reynders A, Scheerder G, Van Audenhove C. The reliability of suicide rates: an analysis of railway suicides from two sources in fifteen European countries. *J Affect Disord* 2011; **131**: 120–7.
 36. WHO. Mental health: SUPRE Prevention of suicidal behaviours: a task for all. 2016. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/information/en/
 37. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014; **9**: e89944.
 38. DeLeo D, Bille-Brahe U, Schmidtke A et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre study of suicidal behavior. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; **16**: 300–310.
 39. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* 2013; **310(20)**: 2191–2194.
 40. BOE: Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750>
 41. Jiménez-Trevino L, Saiz PA, Corcoran P, García Portilla MP, Buron P, Garrido M, Díaz-Mesa E, Al-Halabi S, Bobes J. The Incidence of Hospital-Treated Attempted Suicide in Oviedo, Spain. *Crisis* 2012; **33(1)**: 46–53.
 42. Bille-Brahe U. The role of sex and age in suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand* 1993; **(371)**: 21–7.
 43. Monk M. Epidemiology of suicide. *Epidemiol Rev* 1987; **9**: 51.
 44. Platt S. Parasuicide and unemployment. *Br J Psychiatry* 1986; **149**: 401–405.
 45. Hawton K, Rose N. Unemployment and attempted suicide among men in Oxford. *Health Trends* 1986; **18**: 29–32.
 46. Heikkinen ME, Isometsä ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lönnqvist JK. Social factors in suicide. *Br J Psychiatry* 1995; **167(6)**: 747.
 47. Fernández C, Saiz PA, González MP, González JC, Bobes J. Tentativa de suicidio versus intentos de suicidio: un estudio de las características diferenciales. *Actas Esp Psiquiatr* 2000; **28(4)**: 224–230.
 48. Frances RJ, Franklin J, Flavin DK. Suicide and alcoholism. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1987; **13(3)**: 327–341.
 49. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; **252(14)**: 1905–1907.
 50. Lejoyeux M, Leon E, Rouillon F. Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide. *Encephale* 1994; **20(5)**: 495–503.
 51. Minkoff K, Bergman E, Beck AT, Beck R. Hopelessness, depression and attempted suicide. *Am J Psychiatry* 1973; **130(4)**: 455–459.
 52. Bolton JM, Cox BJ, Afifi TO, Enns MW, Bienvenu OJ, Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Depress Anxiety* 2008; **25(6)**: 477.
 53. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M, Stein MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and

- suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry* 2005; **62**(11): 1249.
54. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nord J Psychiatry* 2005; **59**(5): 319–324.
 55. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005; **62**(3): 247.
 56. Cohen S, Lavalle J, Rich CL, Bromet E. Rates and correlates of suicide attempts in first-admission psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1994; **90**(3): 167–171.
 57. Antidepressant Use in Children, Adolescents, and Adults
<http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/informationbydrugclass/ucm096273.htm>
 58. Corcoran P, Reulbach U, Keeley HS, Perry JJ, Hawton K, Arensman E. Use of analgesics in intentional drug overdose presentations to hospital before and after the withdrawal of distalgesic from the Irish market. *BMC Clinical Psychopharmacology* 2010; **10**: 6.
 59. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychol Med* 2014; **44**(2): 279–89.
 60. Earls F. Sex differences in psychiatric disorders: origins and developmental influences. *Psychiatr Dev* 1987; **5**(1): 1–23.
 61. Popovic D, Vieta E, Azorin JM, Angst J, Bowden CL, Mosolov S, Young AH, Perugi G. Suicide attempts in major depressive episode: evidence from the BRIDGE-II-Mix study. *Bipolar Disorders* 2015; **17**: 795–803.
 62. Frackiewicz EJ, Sramek JJ, Cutler NR. Gender differences in depression and antidepressant pharmacokinetics and adverse events. *Ann Pharmacother* 2000; **34**(1): 80–88.
 63. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart Ch, Beck A et al. Health Care Contacts in the Year Before Suicide Death. *J Gen Intern Med* 2014; **29**: 870.
 64. Roy A, Schreiber J, Mazonson A, Pickar D. Suicidal behavior in chronic schizophrenic patients: a follow-up study. *Can J Psychiatry* 1986; **31**(8): 737–740.
 65. Burón P, Jimenez-Trevino L, Saiz PA, García-Portilla MP, Corcoran P, Carli V, Fekete S, Hadlaczky G, Hegerl U, Michel K, Sarchiapone M, Temnik S, Värnick A, Verbanck P, Wasserman D, Schmidtke A, Bobes J. Reasons for Attempted Suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. *Arch Suicide Research* 2016; **20**: 1.

ANEXO 1: VARIABLES

+ Sociodemográficas:

- Sexo: Hombre, Mujer.
- Edad: en años.
- Mes de nacimiento: de enero a diciembre.
- Estado civil: Soltero, Casado/en pareja, Separado/divorciado, Viudo, Otros.
- Hijos: No, 1, 2, 3, 4 o más.
- Extranjero: No/Sí.
- Situación laboral: Desempleado, Activo, Jubilado/Pensionado, Trabajo protegido, Baja laboral temporal.
- Nivel de estudios: No, Primarios, Secundarios/Bachillerato, Universitarios, Post-grado.
- Convivencia: Solo, Piso compartido, Familia primaria, Familia propia (mujer y/o hijos), Recurso social/viviendo en la calle, Institucionalizado.
- Consumo de tabaco: No, <20 cigarrillos/día, >20 cigarrillos/día.
- Consumo de alcohol: Sí/No.
- Consumo de alcohol en el momento de la atención:
 - o No
 - o Leve
 - o Moderado
 - o Grave
- Consumo de otros tóxicos: No, Cannabis, Cocaína, Heroína, Anfetaminas, Otros tóxicos, Múltiples (2 o más de los anteriores).
- Pérdidas interpersonales recientes (Definido como: Fallecimiento de una persona relevante en su entorno, Ruptura de pareja, Merma en condición física por enfermedad médica; en un plazo <2 años): No/Sí.

+ Antecedentes psiquiátricos (criterios CIE-10) y evolución hasta la actualidad:

- Trastorno psiquiátrico diagnosticado: No/Sí (si no, obviar apartados hasta "*Historia de experiencias adversas en infancia/adolescencia*").
- Abuso/dependencia alcohol: No/Sí.
- Abuso/dependencia otros tóxicos: No/Sí.
- Trastornos del control de impulsos: No/Sí.
- Trastorno de la conducta alimentaria: No/Sí.
- Ludopatía: No/Sí.
- Autismo/TDAH: No/Sí.
- Depresión, trastorno adaptativo, trastorno afectivo: No/Sí.
- Trastornos de ansiedad, crisis de angustia: No/Sí.
- Esquizofrenia, espectro esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo: No/Sí.
- TB, espectro bipolar: No/Sí.
- Otros trastornos psicóticos: No/Sí.
- TP sin especificar: No/Sí.
- TP cluster B: No/Sí.
- TOC: No/Sí.

- Historia de experiencias adversas en infancia/adolescencia: Sí/No (definidas como: Violencia o abuso sexual o físico, Abuso de sustancias en el hogar, Violencia interparental, Familiar de 1er grado encarcelado, Acoso escolar; antes de los 16 años).
- AF 1er grado trastorno psiquiátrico: No/Sí.
- AF de 2º grado trastorno psiquiátrico: No/Sí.
- AF 1er grado suicidio: No/Sí.
- AF 2º grado suicidio: No/Sí.
- Déficit cognitivo (déficit intelectual con C.I. <70 o demencia diagnosticada): No/Sí.
- Nº ingresos hospitalarios en Unidades de psiquiatría: No, 1, 2, 3, 4 o más.
- Antecedentes de conducta suicida grave (ver criterio de gravedad en apartado “Actuación y evolución”): No/Sí.
- Nº de tentativas suicidas previas: No, 1, 2, 3, 4 o más.
- Tratamiento actual con Sales de Litio: No/Sí.
- Tratamiento actual con otros eutimizantes: No/Sí.
- Tratamiento actual con Antidepresivos: No/Sí.
- Tratamiento actual con Antipsicóticos atípicos: No/Sí.
- Tratamiento actual con BZD: No/Sí.
- Tratamiento actual con otros psicofármacos: No/Sí.

+ Antecedentes y enfermedad somática concomitante:

- Asma: No/Sí.
- Neoplasia: No, antecedentes, en la actualidad.
- EPOC: No/Sí.
- Enfermedad coronaria: No/Sí. (SCASEST, SCACEST, stent, by-pass)
- DM: No, Sí.
- Ictus: No/Sí.
- Dolor: No/Sí.
- Enfermedad terminal (pronóstico de supervivencia < 2 años reflejado en historia clínica por facultativos): No/Sí.
- Enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn, CU, colon irritable): Sí, No.

+ Psicopatología a la atención: (reflejados literalmente en la historia clínica: o está presente el dato en la historia clínica o no lo está; sin posibilidad de pérdidas).

- Impulsividad: No/Sí.
- Desesperanza: No/Sí.
- Inestabilidad emocional: No/Sí.
- Baja autoestima: No/Sí.
- Insomnio/empeoramiento calidad de sueño: No/Sí.
- Disminución/pérdida de apetito/peso: No/Sí.
- Ideación delirante/deliroide: No/Sí.
- Alucinaciones: No/Sí.
- Irritabilidad: No/Sí.
- Labilidad emocional/alta reactividad emocional: No/Sí.

- Indiferencia afectiva: No/Sí.
- Agresividad/conducta disocial: No/Sí.
- Estrés subjetivo referido: No/Sí.
- Deterioro/déficit/pobreza cognitivo/a. No/Sí.

+ Actuación y evolución:

- Mecanismo de autolisis: Intoxicación farmacológica, Heridas/cortes autoinflingidos, Precipitación, Ahorcamiento, Arma de fuego, Ingesta de cáusticos, Otros, Múltiples (dos o más de los anteriores).
- Nota de suicidio: No/Sí.
- Planificación previa: No/Sí.
- Presencia de terceros en el lugar de la tentativa: No/Sí.
- Solicitud de atención especializada: No, Paciente, Familiares, Sanitarios/Emergencias/Fuerzas de Orden Público, Otros, Múltiples (2 o más de los anteriores).
- Utilización de recursos sanitarios en los 6 meses previos: No, Atención primaria, Urgencias, Especialistas, Salud Mental, Otros, Múltiples (dos o más de los anteriores).
- Conducta suicida: No, leve, moderada, grave.

(Definida como)¹³:

- Leve: Requiere cuidados sanitarios de primeros auxilios básicos.
- Moderada: Requiere atención y observación en los servicios de urgencias durante 24-48 horas.
- Grave: Requiere atención e ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos o hospitalización en otra planta hospitalaria o cuidados especiales.
- Preciso ingreso en Unidad de Hospitalización psiquiátrica: No/Sí.
- Duración del ingreso: en días (si no se produce, en blanco).
- Tiempo hasta precisar reingreso: en días (si no se produce, en blanco).
- Tiempo hasta repetición tentativa: en días (si no se produce, en blanco).
- Gravedad 2ª conducta suicida: leve, moderada, grave (si no se produce, en blanco).
- Número de conductas suicidas presentadas en el periodo a estudio: 0, 1, 2, 3 o más.
- Mes en que se produce la tentativa: de enero a diciembre.
- Procedencia de IC por el paciente: Urgencia/Planta hospitalaria.

ANEXO 2: INFORME DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



Donostia Ospitalea
Hospital Donostia

INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

D. José Ignacio Emparanza Knörr, Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica del Área Sanitaria de Gipuzkoa,

CERTIFICA:

Que este Comité, de acuerdo a la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica, Principios éticos de la declaración de Helsinki y resto de principios éticos aplicables, ha evaluado el Estudio Observacional titulado: ***“Estudio descriptivo de las atenciones de urgencia por conducta suicida en la provincia de Guipúzcoa”***. Código de Protocolo: ARS-SPG-2016-01

Versión del Protocolo: 1 de 20 de Febrero de 2016

Y que este Comité reunido el día 19/04/2016 (recogido en acta 04/2016) ha decidido emitir **Informe Favorable** a que dicho estudio sea realizado por el siguiente investigador:

Ángel Ruiz de Pellón – Psiquiatría – Hospital Universitario Donostia

Lo que firmo en San Sebastián, a 19 de Abril de 2016

Fdo.: Jose Ignacio Emparanza

