

Ana-Isabel de Santiago-Díaz^{a,b,*}
Marina Pérez-Herrera^a
Raquel Medina-Blanco^a
Irene Díaz-de Santiago^c
Enrique López-García^a
Jesús Artal-Simón^{a,b}

Conducta Suicida: frecuentación en el servicio de urgencias por recurrencia suicida y otros motivos psiquiátricos o médicos en los 6 meses posteriores al episodio índice

^aHospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), Santander, Spain

^bInstituto de Investigación Valdecilla (IDIVAL), Santander, Spain

^cComplejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Spain

RESUMEN

Introducción. El suicidio es un fenómeno complejo cuya prevención requiere un abordaje interdisciplinar que proporcione respuesta integral a las necesidades asistenciales de las personas con conductas suicidas (CS). El objetivo de este estudio es investigar las características clínicas y asistenciales de las personas que presentan ideas y/o tentativas de suicidio para definir factores de riesgo de recurrencia.

Método. Se ha llevado a cabo un estudio de cohorte con seguimiento de 6 meses. La cohorte está constituida por las personas atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander) por ideas y/o tentativas de suicidio, durante un periodo de reclutamiento de 4 meses: 1-marzo a 30-junio 2015. Se recogen variables sociodemográficas y clínicas en el episodio índice y las visitas al servicio de urgencias durante los siguientes 6 meses.

Resultados. 143 pacientes valorados por CS, información disponible para seguimiento en 110 (edad media 43,31 años; rango 16-84; 65% mujeres). Hubo 21% de recurrencia de CS: 10% tentativas, 6% ideación, 5% ambas; 1 (0,7%) suicidio; con mayor frecuencia entre 30-65 años y con enfermedad mental. Durante el seguimiento el 60% consultó repetidamente no solo por CS sino también por otros motivos psiquiátricos o médicos, independientemente del seguimiento en salud mental.

Conclusiones. La recurrencia de CS es frecuente a pesar de estar en seguimiento en el servicio de salud mental. Además,

las personas con CS consultan frecuente y reiteradamente en urgencias por otros motivos psiquiátricos y médicos, lo que sugiere que el abordaje convencional de la comorbilidad con la CS resulta insuficiente. Se necesitan más estudios para definir perfiles de riesgo y diseñar estrategias interdisciplinares específicas para el manejo de la CS y prevención del suicidio, evitando la fragmentación, lo que contribuirá de forma más eficiente a la identificación temprana, el adecuado manejo y la prevención de recurrencias y muertes por suicidio.

Palabras clave. Suicidio; conducta suicida; tentativa suicida; ideación suicida; comorbilidad; interdisciplinar.

Actas Esp Psiquiatr 2021;49(6):244-52

SUICIDAL BEHAVIOUR: EMERGENCY DEPARTMENT ATTENDANCE FOR SUICIDAL RECURRENCE AND OTHER PSYCHIATRIC OR MEDICAL REASONS IN THE 6 MONTHS FOLLOWING THE INDEX EPISODE

ABSTRACT

Introduction. The prevention of a complex phenomenon, such as suicide, requires an interdisciplinary approach that provides a comprehensive response to the care needs of people with suicidal behavior (SB). The aim of this study is to investigate the clinical and healthcare features of people presenting thoughts and/or attempts of suicide to define risk factors for recurrence.

Methods. A cohort study was carried out with a 6-month follow-up. The cohort consisted of persons admitted to the emergency department of the Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander) presenting thoughts and/or attempts of suicide, throughout a 4-month recruitment period: 1-March to 30-June 2015. Sociodemographic and clinical

* Autor de correspondencia:

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Parcial, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Avda. Valdecilla s/n, Torre B, planta 0, 39008-SANTANDER (Spain).
anaisabelde.santiago@scsalud.es

cal variables were collected in the index episode and visits to the emergency department during the following 6 months.

Results. 143 patients were assessed by SB, and it was possible to collect information on recurrence in 110 (average age of 43.31; range 16–84; 65% women). Twenty-one percent presented recurrence of SB: 10% attempted, 6% thoughts, and 5% both; 1 (0.7%) committed suicide; most frequently with age 30–65 years and with a history of mental illness. During follow-up, 60% consulted repeatedly in the emergency department not only for SB but also for other psychiatric or medical reasons, independently of follow-up in the mental health service.

Conclusions. Recurrence of SB is common despite being followed up in the mental health service. In addition, people with SB frequently and repeatedly consult the emergency department for other psychiatric and medical reasons, suggesting that the conventional approach to comorbidity with SB is insufficient. Further studies are needed to define risk profiles and design specific interdisciplinary strategies for SB management and suicide prevention, avoiding fragmentation. This will contribute more efficiently to early identification, appropriate management and prevention of suicide recurrences and deaths.

Key words. Suicide; suicidal behaviour; suicide attempt; suicidal thoughts; medical illness, interdisciplinary.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta de que en el mundo cada año casi un millón de personas mueren por suicidio e insta a poner en marcha programas nacionales de prevención¹. El suicidio es una de las tres causas principales de muerte entre las personas que se encuentran en los grupos de edad más productivos (15–44 años) y la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15–19 años en todo el mundo². En España, el suicidio es la primera causa de muerte por factores externos, incluso por delante de los accidentes de tráfico a los que dobla en número, registrándose una tendencia creciente desde 2010, tanto en tasas como en términos absolutos³. Aunque Cantabria continúa teniendo una de las más bajas tasas del país, lo cierto es que esa tendencia creciente también se ha mantenido hasta 2016³.

El suicidio es un fenómeno complejo. Aunque no conocemos plenamente sus causas, sí disponemos de evidencias que sugieren que probablemente es el resultado de la compleja interacción de factores neurobiológicos y ambientales, donde la personalidad, los aspectos cognitivos y los acontecimientos negativos tempranos son factores clave que contribuyen al comportamiento suicida a lo largo de la vida^{4,5}.

Existe amplia evidencia acerca de que el mejor predictor de riesgo de futuras tentativas suicidas y de suicidio consumado es la tentativa suicida previa^{5–9}, llegando a resultar de 30 a 100 veces más frecuente que en la población general sin intentos previos^{6,8,10}. La comunicación de las ideas de suicidio juega también un papel relevante en la prevención del suicidio^{11–13} y se ha comprobado que la tercera parte de las tentativas de suicidio estaban precedidas de ideas de suicidio en los 6 meses anteriores¹⁴, lo que supone cifras similares a las halladas en la recurrencia de tentativas de suicidio tras un intento previo¹⁰.

La mayor parte de los estudios sobre tentativas de suicidio, tanto poblacionales como de cohortes, encuentran mayor frecuencia en mujeres, edades entre la 2ª–4ª décadas de la vida, desempleados y sin pareja, que utilizan la intoxicación medicamentosa^{6,10,11,15,16}. En cuanto a las variables clínicas, la existencia de patología psiquiátrica es el mayor factor de riesgo individual que se evidencia en la literatura^{10,11,14,17,18}, pero también determinados rasgos como la impulsividad y la desesperanza incrementan este riesgo^{5,9,19–21}. Asimismo, hay amplia evidencia de que la enfermedad médica crónica que produce incapacidad funcional o dolor crónico se relaciona con un aumento del riesgo de ideación, tentativa y suicidio consumado^{22–25}, incluso en ausencia de enfermedad mental^{23,24} y muy especialmente en los grupos de mayor edad^{25,26}. Además se ha comprobado que determinadas condiciones de salud, como la hipotensión esencial²⁷ o el asma bronquial²⁸ se asocian también con un mayor riesgo de conducta suicida.

El objetivo de este estudio es identificar las características sociodemográficas y clínicas de las personas que presentan conducta suicida (tentativa y/o ideación) en el momento de la atención en el servicio de urgencias y monitorizar tanto la recurrencia de la conducta suicida como las consultas urgentes por otros motivos médicos o psiquiátricos en los 6 meses siguientes a este episodio índice, con el fin de establecer una visión integral de sus necesidades asistenciales.

MÉTODO

En 2015 se llevó a cabo un Estudio Piloto, con el fin de hacer una estimación de la prevalencia de conducta suicida en Cantabria, previo al diseño de un Programa de Prevención del Suicidio. Para ello se implementó la recogida sistemática de los datos sociodemográficos, clínicos y asistenciales relativos a las personas que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander (España) (HUMV) con Ideación Autolítica y/o Tentativa Autolítica durante un periodo de 4 meses (1 marzo–30 junio) y su monitorización durante los 6 meses posteriores. Los resultados de este estudio revelan información bastante exacta acerca del número de personas que consultan por

conducta suicida en la región (población: 585.179), ya que este hospital es el único con Atención Psiquiátrica urgente presencial las 24 horas del día, los 365 días del año. Puede existir un error a la baja, si algunas de las personas con ideación o tentativa autolítica fueron atendidas en otros recursos asistenciales de la red, sin ser remitidos al Servicio de Urgencias del HUMV.

- Diseño: se trata de un estudio de cohorte con seguimiento a 6 meses
- Lugar: servicio de urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander, España)
- Periodo de estudio: desde 1 de marzo hasta 30 de junio de 2015
- Participantes: durante estos 4 meses se atendieron 143 pacientes, que fueron valorados en las guardias de Psiquiatría por tentativa de suicidio y/o ideación suicida (episodio índice). Durante el seguimiento en los 6 meses posteriores al episodio índice la información en la Historia Clínica Electrónica (HCE) del Servicio Cántabro de Salud (SCS) estaba disponible solamente en 110 de ellos, que constituyen el grupo de monitorización. De conformidad con las normas internacionales en la ética de la investigación, para la realización de este estudio se ha contado con el informe favorable del Comité de Ética de la Investigación, Medicamentos y Productos Sanitarios (CEIm) de Cantabria.

- Recogida de variables en dos momentos:

En el episodio índice: antecedentes, tipo de conducta suicida, datos sociodemográficos y parámetros clínicos, así como categoría diagnóstica DSM-IV-R y datos asistenciales, mediante la anamnesis y la exploración del estado mental realizadas por el psiquiatra de guardia, siguiendo una evaluación estandarizada con arreglo a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Ministerio de Sanidad²⁹. Se cumplimentó también la escala de riesgo suicida SAD PERSONS³⁰ como resumen de dicha evaluación.

A los 6 meses, utilizando la información existente en la HCE: recurrencia de conductas suicidas, consultas urgentes por otras razones psiquiátricas o médicas, ingresos hospitalarios, contacto con los servicios ambulatorios de salud mental y la eventualidad de muerte por suicidio o por otras causas, durante los 6 meses posteriores al episodio índice.

- Análisis de datos: se llevó a cabo un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la

muestra en el momento del episodio índice (frecuencias y medias) y un análisis comparativo entre los dos grupos con y sin recurrencia suicida durante el seguimiento (tablas de contingencia, chi cuadrado).

RESULTADOS

Durante los 4 meses del estudio piloto se atendió un total de 143 personas por conducta suicida, con una media diaria de 1-2 consultas urgentes por este motivo (41% por ideación y 59% por tentativa de suicidio). En la tabla 1 se recogen las variables sociodemográficas de la muestra en el momento de la asistencia en el episodio índice de conducta suicida y su comparación con las de la cohorte de seguimiento extraída a partir de ella, tras la eliminación de 33 casos en los que no pudo obtenerse información documental en la HCE ni en VC del SCS. Como puede observarse, las características sociodemográficas son similares en ambas, si bien cabe mencionar el descenso de 4% de varones en la cohorte de seguimiento. Son con mayor frecuencia mujeres (61%), personas desempleadas (68%) y se constata la presencia de acontecimientos vitales estresantes en el 64% de los casos. Con menor frecuencia se encuentran otros factores de riesgo: no convivir en pareja (46%), falta de apo-

Tabla 1 Descripción de variables socioambientales en el episodio índice de conducta suicida: muestra total y comparación con la cohorte de seguimiento

Variables socioambientales N = 143	EPISODIO ÍNDICE DE CONDUCTA SUICIDA		MUESTRA TOTAL	COHORTE SEGUIMIENTO
			N = 110	
Género	Varón		56 (39%)	38 (35%)
	Mujer		87 (61%)	72 (65%)
Grupos de edad	Menores de 30 años		22 (15%)	21 (19%)
	30-65 años		112 (78%)	82 (75%)
	Mayores de 65 años		9 (7%)	7 (6%)
Convivencia	Sin pareja		66 (46%)	50 (45%)
	Con pareja		77 (54%)	60 (55%)
Empleo	NO		98 (68%)	75 (68%)
	SÍ		45 (32%)	35 (32%)
Apoyo sociofamiliar disponible	NO		27 (19%)	19 (17%)
	SÍ		116 (81%)	91 (83%)
Acontecimientos vitales estresantes	NO		52 (36%)	40 (36%)
	SÍ		91 (64%)	70 (64%)
Antecedentes de maltrato	NO		126 (88%)	97 (88%)
	SÍ		17 (12%)	13 (12%)
Edad media (rango)			43,57 (16-84)	43,41 (16-84)

EPISODIO ÍNDICE DE CONDUCTA SUICIDA		MUESTRA TOTAL	COHORTE SEGUIMIENTO
Variables clínicas		N = 143	N = 110
Tentativas de Suicidio previas	NO	79 (55%)	55 (50%)
	SÍ	64 (45%)	55 (50%)
Enfermedad mental actual	NO	60 (42%)	45 (40%)
	SÍ	83 (58%)	65 (60%)
Enfermedad mental actual	NO	60 (42%)	45 (40%)
	Depresión	18 (13%)	16 (15%)
	Resto	65 (45%)	49 (45%)
Trastorno de la personalidad	NO	106 (74%)	79 (72%)
	SÍ	37 (26%)	31 (28%)
Abuso de sustancias	NO	112 (90%)	98 (89%)
	SÍ	31 (10%)	12 (11%)
Patología médica concomitante	NO	110 (77%)	80 (72%)
	SÍ	33 (23%)	30 (28%)
Seguimiento en servicios de Salud Mental	NO	60 (42%)	45 (45%)
	SÍ	83 (58%)	65 (55%)
Media de tentativas suicidio (rango)		1,75 (1-6)	1,76 (1-6)

yos sociofamiliares (19%) y antecedentes de maltrato/abuso (12%). El 55% de las personas de nuestro estudio no estaban en contacto con los servicios de salud mental en el momento del episodio índice de conducta suicida.

La tabla 2 recoge las variables relativas a la enfermedad (médica, psiquiátrica y suicida) de ambas muestras, observándose también que no hay diferencias apreciables entre ellas, salvo en dos variables: antecedentes de tentativas de suicidio previas y existencia de enfermedad médica concomitante, que se diferencian en un 5%.

Durante los 6 meses de monitorización tras el episodio índice, el 60% de las personas que habían presentado conducta suicida (59) realizaron nuevas consultas en el servicio de urgencias (media de 2,45 consultas por persona), no solo por recurrencia de la conducta suicida sino también por motivos psiquiátricos y médicos (Figura 1). Hay un grupo de hiperfrecuentadores (27%) que consultan reiteradamente por las tres razones: conducta suicida, otros problemas psiquiátricos y problemas médicos (Figuras 2 y 3). La mayoría de este grupo tiene antecedentes de enfermedad mental (92%), y en mucha menor medida enfermedades médicas crónicas o dolor crónico (23%). Aunque no resulta estadísticamente significa-



Figura 1 Motivos de consultas y recurrencias en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla durante los seis meses de seguimiento tras el episodio índice de conducta suicida

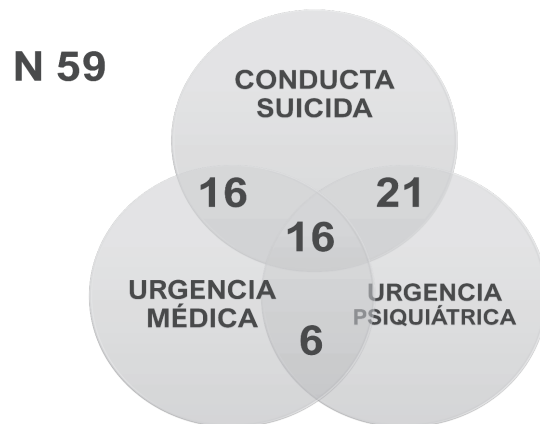


Figura 2 Frecuentación de pacientes con episodio de conducta suicida previo en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en los 6 meses de monitorización

tivo, los pacientes con antecedentes de enfermedad mental que consultan de forma reiterada, tanto por conducta suicida como por motivos médicos, lo hacen el triple de los que no tienen antecedentes de enfermedad mental (15% vs. 4%).

Del total de 110 pacientes monitorizados, 23 de ellos (21%) presentaron recurrencia de conducta suicida (10%

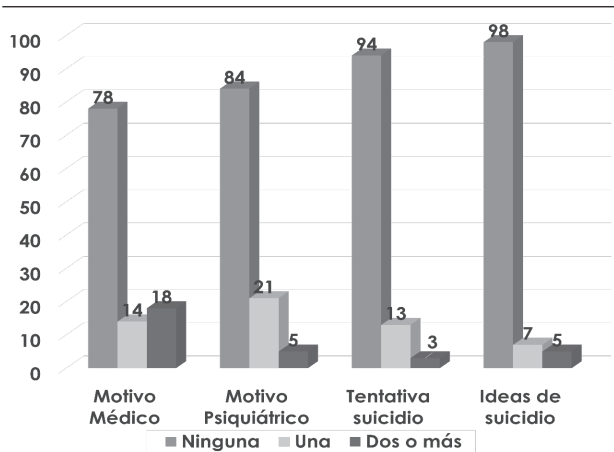


Figura 3 Número y motivo de las visitas al servicio de urgencias durante los seis meses de monitorización posteriores al episodio índice de conducta suicida

tentativa, 6% ideación y 5% ambas) y requirieron hospitalización en la cuarta parte (la misma proporción que en el episodio índice). El 14% de los casos con ideación suicida en el episodio índice realizaron un intento de suicidio, siendo un caso (0,7%) suicidio consumado.

Cuando comparamos el grupo que ha presentado recurrencia de conducta suicida (23 casos) con el que no la ha presentado (87 casos) encontramos diferencias en cuanto a la edad, siendo el grupo de edad media el que recurre con mayor frecuencia en comparación con los más jóvenes (menores de 30 años) y los mayores (por encima de 65 años), resultando esta diferencia estadísticamente significativa (tabla 3). Aunque las personas sin empleo y sin apoyos sociales han presentado recurrencia de la conducta suicida, las diferencias no han sido significativas desde el punto de vista estadístico. No se han encontrado diferencias en cuanto al género, la convivencia en pareja ni la existencia de antecedentes de maltrato o de acontecimientos vitales estresantes.

Entre los factores relacionados con el estado de salud que se resumen en la tabla 4, solo la existencia de enfermedad mental ha mostrado una relación estadísticamente significativa con la recurrencia de conducta suicida durante los 6 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

La mayor frecuencia de mujeres, personas desempleadas y presencia de acontecimientos vitales estresantes, constatada en este estudio coincide con lo habitual en la literatura^{6,10,11,15,16}. Sin embargo, otros factores de riesgo encontra-

Tabla 3 Comparación de la muestra de casos con recurrencia y sin recurrencia de conducta suicida durante los 6 meses posteriores al episodio índice de conducta suicida. Variables socioambientales

EPISODIO ÍNDICE DE CONDUCTA SUICIDA Variables socioambientales	CONDUCTA SUICIDA en los 6 meses posteriores		TOTAL (N = 110)	
	NO (N = 87)	SÍ (N = 23)		
Género	Varón	31 (81,6%)	7 (18,4%)	38 (100%)
	Mujer	56 (77,8%)	16 (22,2%)	72 (100%)
Grupos de edad	Menores de 30 años	21 (100%)	0 (0,0%)	21 (100%)
	30-65 años	60 (73,2%)	22 (26,8%)*	82 (100%)
	Mayores de 65 años	6 (85,7%)	1 (14,3%)	7 (100%)
Convivencia	Sin pareja	62 (78,5%)	17 (21,5%)	79 (100%)
	Con pareja	25 (80,6%)	6 (19,4%)	31 (100%)
Empleo	NO	58 (77,3%)	17 (22,7%)	75 (100%)
	SÍ	29 (82,9%)	6 (17,1%)	35 (100%)
Apoyo sociofamiliar disponible	NO	13 (68,4%)	6 (31,6%)	19 (100%)
	SÍ	74 (81,3%)	17 (18,7%)	91 (100%)
Acontecimientos vitales estresantes	NO	29 (72,5%)	11 (27,5%)	40 (100%)
	SÍ	58 (82,9%)	12 (17,1%)	70 (100%)
Antecedentes de maltrato	NO	76 (78,4%)	21 (21,6%)	97 (100%)
	SÍ	11 (84,6%)	2 (15,4%)	13 (100%)

(* p=0,024)

dos en la mayoría de los estudios no aparecen en el nuestro, como son: no convivir en pareja, falta de apoyos sociofamiliares y antecedentes de maltrato/abuso. Estas discrepancias pueden ser reflejo de diferencias reales en nuestro medio, tal como se comprueba en amplios estudios poblacionales comparando regiones y países^{14,31} y los cambios temporales de los factores de riesgo a lo largo de largos periodos de tiempo dentro de las mismas poblaciones³². No obstante, la pequeña N muestral nos obliga a interpretarlas con cautela, y tener en cuenta otras posibles explicaciones, como las diferencias en el diseño metodológico, ya que incluimos ideación suicida dentro de la conducta suicida, a diferencia de la mayoría de los estudios que estudian solo tentativas. Aunque se ha podido comprobar que los factores de riesgo para la ideación suicida y el suicidio son similares, aunque con patrones de edad y género distintos¹⁶, es posible que los distintos subgrupos de personas con conducta suicida presenten constelaciones de factores de riesgo también diferentes, lo que precisará de estudios más amplios con metodologías comparables, ya que existen muchas dificultades para poder realizar comparacio-

Tabla 4 Comparación de la muestra de casos con recurrencia y sin recurrencia de conducta suicida durante los 6 meses posteriores al episodio índice de conducta suicida. Variables relacionadas con el estado de salud

EPISODIO ÍNDICE DE CONDUCTA SUICIDA Variables clínicas		CONDUCTA SUICIDA en los 6 meses posteriores		Total (N = 110)
		NO (N = 87)	SÍ (N = 23)	
Tentativas de suicidio previas	NO	43 (78,2%)	12 (21,8%)	55 (100%)
	SÍ	44 (80,0%)	11 (20,0%)	55 (100%)
Enfermedad mental actual	NO	34 (89,5%)	4 (10,5%)	38 (100%)
	SÍ	53 (73,6%)	19 (26,4%)*	72 (100%)
Enfermedad mental actual	NO	34 (89,5%)	4 (10,5%)	38 (100%)
	Depresión	12 (75,0%)	4 (25,0%)	16 (100%)
	Resto	36 (73,5%)	13 (26,5%)	49 (100%)
Trastorno de la personalidad	NO	63 (79,7%)	16 (20,3%)	79 (100%)
	SÍ	24 (77,4%)	7 (22,6%)	31 (100%)
Abuso de sustancias	NO	77 (78,6%)	21 (21,4%)	98 (100%)
	SÍ	10 (83,3%)	2 (16,7%)	12 (100%)
Patología médica concomitante	NO	64 (80,0%)	16 (20,0%)	80 (100%)
	SÍ	23 (76,7%)	7 (23,3%)	30 (100%)
Seguimiento en servicios de salud mental	NO	36 (80,0%)	9 (20,0%)	45 (100%)
	SÍ	51 (78,5%)	14 (21,5%)	65 (100%)

(* < 0,05)

nes fiables entre los distintos estudios, tal como se constata en los metaanálisis y revisiones sistemáticas^{11,18,33-35}.

Hemos encontrado que el 60% de los casos visitaron nuevamente el servicio de urgencias durante los 6 meses siguientes al episodio índice (2,45 consultas por persona de media), no solo por recurrencia de la conducta suicida sino también por otros motivos psiquiátricos y médicos, siendo en el 27% de los casos hiperfrecuentadores que consultan reiteradamente por las tres razones: conducta suicida, otros problemas psiquiátricos y problemas médicos. Vimos que el 92% de este grupo tenía antecedentes de enfermedad mental, y entre los hiperfrecuentadores, consultan el triple que los que no tienen antecedentes de enfermedad mental. Estos resultados van en la línea de los evidenciados en una gran variedad de estudios acerca de la importancia de la enfermedad psiquiátrica^{10,11,14,17,18} y de la patología médica^{22-26,28,36} en relación con el riesgo de presentar conducta suicida. Esto pone de relieve el hecho de que probablemente el malestar

es percibido por la persona de forma integral, con elementos físicos y emocionales combinados, lo que se traduce en consultas urgentes variadas por motivos inespecíficos, que según el momento y las circunstancias se manifiestan en una u otra dirección. Lo relevante de este hecho es que el sistema sanitario no está dando la respuesta asistencial adecuada para cambiar el curso natural de ese comportamiento. Se proporcionan intervenciones transversales e inconexas, en lugar de un abordaje terapéutico longitudinal mantenido que garantice la continuidad de cuidados. Esto trae como consecuencia, por un lado, la tendencia a la cronicidad del cuadro, y por otro, la congestión de los servicios de urgencias. Aunque no se han producido muertes por razón distinta del suicidio en este grupo, probablemente por la corta duración del seguimiento, hay estudios que encuentran un claro aumento de la probabilidad de morir en las personas que realizan una tentativa de suicidio en comparación con los que no han presentado conducta suicida^{6,8}, llegando a ser tres veces superior en los siguientes 4 años¹⁰, lo que subraya la necesidad de mantener seguimientos más prolongados con atención a la comorbilidad médica.

Los seguimientos prolongados tras una tentativa de suicidio han mostrado que el periodo de mayor riesgo es el de 3-6 meses, tras los cuales disminuyen notablemente las recurrencias⁹. La recurrencia encontrada en nuestro estudio (21% en 6 meses) resulta superior al 14%-15% que encuentran otros investigadores en seguimientos tanto a 12 meses⁸ como más prolongados (3-4 años)^{6,9}, lo que puede explicarse por el hecho de que en nuestro estudio contemplamos también como recurrencia, no solo las tentativas sino también la ideación suicida, aunque también se han encontrado altas tasas de recurrencia de tentativas suicidas (16-34% en 1-2 años) en revisiones sistemáticas¹¹.

La tasa de muerte por suicidio encontrada en los seguimientos de las personas con conducta suicida previa es variable, como lo es también el tiempo de dicho seguimiento^{9,10}, por lo que las comparaciones resultan difíciles de establecer. Sabemos, no obstante, que como promedio el 45% de las personas muertas por suicidio habían consultado el mes anterior por ideación suicida con su médico de atención primaria y el 20% lo había hecho con los servicios de salud mental¹². También se constata en una gran cantidad de estudios que el 60% de las transiciones desde la ideación suicida a la tentativa ocurre en el año siguiente a la aparición de la ideación¹⁴, de ahí la importancia de considerar la ideación suicida como un factor de riesgo de suicidio a la hora de implementar programas preventivos. El 55% de las personas de nuestro estudio que no estaban en contacto con los servicios de salud mental es bastante superior al 33% de promedio que Luoma y colaboradores encuentran en su revisión de 40 estudios en EEUU¹², lo que resulta particularmente importante a la hora de garantizar la continuidad de cuidados tras

la conducta suicida, ya que la entrada al sistema ha sido la consulta en el servicio de urgencias en más de la mitad de los casos. Por otro lado, el hallazgo en nuestro estudio de que no hay diferencias con respecto a la recurrencia de la conducta suicida en función del seguimiento en los servicios de salud mental pone de manifiesto la necesidad de diseñar programas específicos de intervención para las personas con conducta suicida, distintos del tratamiento convencional, que no parece evitar la recurrencia ni la necesidad de ingreso hospitalario, que se mantiene en la cuarta parte de los pacientes.

La existencia de enfermedad mental ha mostrado en este estudio una relación estadísticamente significativa con la recurrencia de conducta suicida durante los 6 meses de seguimiento, coincidiendo con lo encontrado habitualmente en la literatura^{10,11,14,17,18}. Sin embargo, no hemos encontrado diferencias con respecto al tipo de diagnóstico, el abuso de sustancias, la existencia de tentativas de suicidio previas en el momento del episodio índice de conducta suicida, ni la comorbilidad con enfermedad médica.

Compartimos la visión actual del suicidio como un fenómeno complejo, fruto de la convergencia de factores genéticos, psicológicos, sociales y culturales en combinación con experiencias vinculadas al trauma o la pérdida. Los factores de riesgo personales y ambientales y sus relaciones entre sí pueden explicarse a través de distintos modelos teóricos, como la diátesis al estrés^{9,37}, en términos tanto clínicos como neurobiológicos, enmarcados en interacciones gen-ambiente ajustadas según la temporalidad de los eventos externos, desde las experiencias adversas tempranas hasta los acontecimientos estresantes en las distintas etapas de la vida³⁸. Estos modelos no solo facilitan la comprensión y predicción del comportamiento suicida, sino que permiten el diseño de dianas relevantes para la intervención terapéutica, muy especialmente sobre los factores predisponentes personales modificables, pero también nos orientan para el diseño de programas específicos de manejo multidisciplinar de la conducta suicida que incorporen el abordaje de los factores personales no modificables (grupos de edad, género, experiencias vinculadas al trauma o la pérdida) de un modo integrado, para dar respuesta a las necesidades asistenciales de la persona como un todo.

CONCLUSIONES

Durante los 6 meses siguientes a la presentación de conducta suicida, las personas vuelven a consultar con frecuencia (60%) en el servicio de urgencias por diferentes razones psiquiátricas y médicas, lo que supone una media de 2,5 consultas por persona, siendo la recurrencia de la conducta suicida el motivo de la consulta urgente en más del 20% de los casos y produciéndose una muerte por suicidio durante

este periodo tras el episodio índice. Hay un grupo de hiperfrecuentadores, que constituye el 27% de los que consultan de nuevo en el servicio de urgencias durante el periodo de seguimiento, que realizan consultas urgentes reiteradas por todas las causas, tanto conducta suicida, como otros motivos psiquiátricos y médicos, que nos alerta de la necesidad del abordaje integral en los programas de manejo de la conducta suicida.

Se confirman los hallazgos habituales con respecto al género (mayor frecuencia de mujeres 61%), la edad (mayor frecuencia en las edades medias de la vida, 78% entre 30-65 años, con edad media de 43), el desempleo (68%) y la existencia de acontecimientos vitales estresantes (64%). Sin embargo, la ausencia de pareja (46%) y la enfermedad mental (58%) han aparecido solamente en la mitad de los casos. Por el contrario, otros factores de riesgo habitualmente descritos en la literatura han resultado infrecuentes en nuestro estudio, como el consumo de tóxicos (10%), los antecedentes de maltrato (12%), la carencia de apoyos disponibles (19%) o enfermedad médica (23%).

Solo la edad (30-65 años) y la existencia de enfermedad psiquiátrica han mostrado una relación estadísticamente significativa con la recurrencia de la conducta suicida tras el episodio índice.

La complejidad del fenómeno suicida nos obliga a la revisión sistemática de los modelos de abordaje, tanto de evaluación como de intervención terapéutica. Por un lado, es preciso introducir en los protocolos asistenciales habituales la evaluación estandarizada integral (médica, psiquiátrica y social) de las personas que consultan en los servicios de urgencia hospitalarios por conducta suicida; y por el otro, implementar intervenciones multidisciplinarias de forma rápida, para evitar la morbimortalidad inmediatas, así como el seguimiento estrecho durante los meses posteriores al episodio índice, para prevenir la recurrencia de la conducta suicida y la muerte por suicidio.

Las principales limitaciones de nuestro estudio radican en la pequeña N muestral, así como en el corto periodo de recogida de dicha muestra, en la medida en que pueden ser causa de sesgos, limitar la potencia estadística de los resultados y dificultar los análisis comparativos que pudieran proporcionar mayor claridad en la naturaleza de las características del grupo de mayor riesgo. Se trató de un estudio descriptivo exploratorio que ha servido de base para el diseño de un programa de intervención integral e interdisciplinar, dirigido a la prevención del riesgo de suicidio, el Programa de Alta Resolución para el Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del Suicidio (CARS), que está en marcha desde el 1 de marzo de 2016 en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander, Es-

paña). El Programa CARS resultó Finalista en los Premios BIC 2017 en la categoría de Mejor Programa de Coordinación Asistencial³⁹ y ha sido ganador del Primer Premio en la VI Edición de los Premios Afectivo-Efectivos en 2020⁴⁰.

En la medida en que con los datos recogidos en este programa podamos aumentar la N muestral y las posibilidades de análisis de los resultados, podremos avanzar en el conocimiento de la complejidad del fenómeno suicida, su mejor tratamiento y la prevención de la morbimortalidad asociada.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. *Who* Retrieved on 12 Dec 2013 From <http://www.who.int/m> (2012) doi:9789241503570.
- World Health Organization (WHO). *Preventing suicide. A global imperative*. (2014).
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones según la causa de muerte 2016. *www.ine.es* (2018).
- O'Connor, R. C. & Nock, M. K. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry* 1, 73–85 (2014).
- Turecki, Gustavo; Brent, D. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 387, 1227–1239 (2016).
- Cooper, J. et al. Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *Am. J. Psychiatry* 162, 297–303 (2005).
- Zahl, D. L. & Hawton, K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: Long-term follow-up study of 11 583 patients. *Br. J. Psychiatry* 185, 70–75 (2004).
- Owens, D., Horrocks, J. & House, A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br. J. Psychiatry* 181, 193–199 (2002).
- Oquendo, M. A. et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am. J. Psychiatry* 161, 1433–1441 (2004).
- Christiansen, E. & Jensen, B. F. a Register-Based Survival Analysis. *Aust. New Zeal. J. Psychiatry* 41, 257–265 (2007).
- Mendez-Bustos, P., De Leon-Martinez, V., Miret, M., Baca-Garcia, E. & Lopez-Castroman, J. Suicide reattempters: A systematic review. *Harv. Rev. Psychiatry* 21, 281–295 (2013).
- Luoma, J. B., Martin, C. E. & Pearson, J. L. Suicide : A Review of the Evidence. *Am. J. Psychiatry* 159, 909–916 (2002).
- Ayuso-Mateos, J. L. et al. Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. *Rev. Psiquiatr. Salud Ment.* 5, 8–23 (2012).
- Nock, M. K. et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br. J. Psychiatry* 192, 98–105 (2008).
- El Majzoub, I. et al. Characteristics of patients presenting post-suicide attempt to an Academic Medical Center Emergency Department in Lebanon. *Ann. Gen. Psychiatry* 17, 1–10 (2018).
- Gunnell, D., Harbord, R., Singleton, N., Jenkins, R. & Lewis, G. Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population: Cohort study. *Br. J. Psychiatry* 185, 385–393 (2004).
- Fazel, S., Wolf, A., Palm, C. & Lichtenstein, P. Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: A 38-year total population study in Sweden. *The Lancet Psychiatry* 1, 44–54 (2014).
- Chesney, E., Goodwin, G. M. & Fazel, S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry* 13, 153–160 (2014).
- Touriño, R. et al. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestigma. *Actas Esp. Psiquiatr.* 46, 33–41 (2018).
- McMillan D, Gilbody S, Beresford E, N. L. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychol Med* 37, 769–78 (2007).
- Toro-Tobar, R. A., Grajales-Giraldo, F. L. & Sarmiento-López, J. C. Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan* 16, 473–486 (2016).

22. Bolton, J. M.; Walld, R.; Chateau, D.; Finlayson, G.; Saareen, J. Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: a population-based, balancing score-matched analysis. *Psychol. Med.* **45**, 495–504 (2015).
23. Khazem, L. R. & Anestis, M. D. Do physical disabilities differentiate between suicidal ideation and attempts? An examination within the lens of the ideation to action framework of suicide. *J. Clin. Psychol.* **75**, 681–695 (2019).
24. Scott, K. M. *et al.* Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the world mental health surveys. *Psychosom. Med.* **72**, 712–719 (2010).
25. Fässberg, M. M. *et al.* A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging Ment. Heal.* **20**, 166–194 (2016).
26. Shah, A., Bhat, R., Zarate-Escudero, S., Deleo, D. & Er-langsen, A. Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: The international landscape. *Aging Ment. Heal.* **20**, 131–138 (2016).
27. Joung, K. I. & Cho, S. II. Association of low blood pressure with suicidal ideation: A cross-sectional study of 10,708 adults with normal or low blood pressure in Korea. *BMC Public Health* **18**, 0–10 (2018).
28. Goodwin, R. D.; Eaton, W. W. (2005). Asthma, suicidal ideation, and suicide attempts: Findings from the Baltimore epidemiologic catchment area follow-up. *Am. J. Public Health* **95**, 717–722 (2005).
29. Ministerio de Sanidad. *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida.* (2012).
30. Patterson WM, Dohn HH, Patterson J, P. G. Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. **24**, 343–345, 348–349 (1983).
31. O'Reilly, D., Rosato, M., Connolly, S. & Cardwell, C. Area factors and suicide: 5-year follow-up of the Northern Ireland population. *Br. J. Psychiatry* **192**, 106–111 (2008).
32. Lövestad, S. *et al.* Suicidal ideation and attempts in population-based samples of women: Temporal changes between 1989 and 2015. *BMC Public Health* **19**, 1–12 (2019).
33. Tøllefsen, I. M., Hem, E. & Ekeberg, Ø. The reliability of suicide statistics: A systematic review. *BMC Psychiatry* **12**, 9 (2012).
34. Zalsman, G. *et al.* Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry* **3**, 646–659 (2016).
35. Cleare, S., Gumley, A. & O'Connor, R. C. Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. *Clin. Psychol. Psychother.* **26**, 511–530 (2019).
36. Petrosky, E. *et al.* Chronic pain among suicide decedents, 2003 to 2014: Findings from the national violent death reporting system. *Ann. Intern. Med.* **169**, 448–455 (2018).
37. Mann, J. J. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med* **136**, 302–311 (2002).
38. Mann, J. J. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat. Rev. Neurosci.* **4**, 819–828 (2003).
39. Premios Best in Class (BIC). *Guía BiC.* (2017).
40. FORO PREMIOS AFECTIVO-EFECTIVO VI Edición, 2020. <https://foropremiosafectivoefectivo.com/ediciones/2020/premiados#menu-editions> (2020).