

Juan Soriano Barceló¹
José Portes Cruz¹
José Manuel Cornes Iglesias¹
Begoña Portela Traba¹
Julio Brenlla González¹
Raimundo Mateos Álvarez^{1,2}

Contacto sanitario previo a intentos de suicidio en personas de edad avanzada. Un estudio de campo en Galicia, España

¹Servicio de Psiquiatría, Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela. Servicio Galego de Saúde

²Departamento de Psiquiatría, Universidad de Santiago de Compostela

Introducción. Las personas de edad avanzada presentan las tasas más altas de suicidio en todo el mundo. A su vez, tienen las menores tasas de intentos de suicidio. Muchos estudios coinciden en señalar que en este grupo de edad existe un mayor contacto sanitario previo a las conductas suicidas, especialmente con Atención Primaria. El contacto previo con otros niveles asistenciales es menos conocido.

Objetivo. El objetivo del estudio es conocer las características del contacto con centros sanitarios, de todos los niveles asistenciales, previo a un intento de suicidio, en personas mayores de 65 años, en un área sanitaria bien delimitada.

Material y métodos. En el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2017, todas las personas mayores de 65 años del área sanitaria de Santiago de Compostela atendidas en el servicio de urgencias por intentos de suicidio fueron entrevistadas. La entrevista incluyó una evaluación psiquiátrica y la recogida de distintas variables clínicas y sociodemográficas, así como datos sobre el contacto previo con centros sanitarios.

Resultados. Se registraron 80 intentos de suicidio, lo que supone una incidencia de 35,3/100.000. La edad media de nuestra muestra fue de 74,85±7 años, la proporción entre hombre:mujer fue de 2:3. En las cuatro semanas previas a la tentativa, el 61,3% visitó a su médico de Atención Primaria y el 72,5% visitó algún centro sanitario. El 41,3% no estaba a seguimiento en servicios de Salud Mental.

Conclusiones. El hecho de que dos de cada tres personas mayores de 65 años que cometen un intento de suicidio en nuestra área visitaron a su médico de Atención Primaria durante el mes previo y el 90% hubieran visitado algún centro sanitario durante los tres meses previos, plantea la posibilidad

de que las medidas preventivas del suicidio pudieran llevarse a cabo más allá del ámbito de la Atención Primaria.

Palabras clave: Intento de Suicidio, Adulto Mayor, Urgencias, Atención Primaria

Actas Esp Psiquiatr 2020;48(3):106-115

Health care contact prior to suicide attempts in older adults. A field study in Galicia, Spain

Introduction. Older people have the highest suicide rates in the world. In turn, they have the lowest rates of suicide attempts. Many studies have found greater health contact, especially with general practitioner, prior to suicidal behaviour in this age group. Less information is available about prior contact with other health services.

Objective. The objective of the study is to know the characteristics of contact with all levels of health services, prior to a suicide attempt in people over 65 years of age in a defined population.

Material and methods. Along the period January 2015 to December 2017, all persons over 65 years of age admitted by suicide attempt to emergency room in the health area of Santiago de Compostela were interviewed. The interview included a psychiatric evaluation and the collection of relevant clinical and sociodemographic variables, in particular, data on prior contact with health services.

Results. 80 suicide attempts were recorded, which represents an incidence of 35.3 / 100,000. The average age of our sample was 74.85 ± 7 years, the ratio between male: female was 2: 3. 61.3% had visited their general practitioner the month prior to the attempt, 72.5% had visited a health centre. On the other hand, 41.3% were not under the follow up of Mental Health services.

Correspondencia:

Juan Soriano Barceló

Hospital Psiquiátrico de Conxo, Plaza de Martín Herrera 2.

15706, Santiago de Compostela

Correo electrónico: jsorianobarcelo@hotmail.com

Conclusions. The facts that two out of three people over 65 years who commit suicide attempt in our area visit their general practitioner the previous month and 90% visit a health service along the previous three months, raise the question of whether preventive measures of suicide could take place beyond the scope of Primary Care.

Keywords: Suicide Attempt, Older Adults, Emergencies, Primary Care

INTRODUCCIÓN

Un potente predictor del acto suicida es la presencia de intentos de suicidio, un tercio de los suicidios consumados ha presentado, al menos, un intento previo¹, circunstancia ésta que incrementa el riesgo de suicidio hasta un 66% con respecto al de la población general². Con la edad, la tasa de intentos disminuye³, pero el riesgo de llegar al suicidio se incrementa^{4,5}. Sin tener las consecuencias evidentemente trágicas del suicidio, los intentos generan gran sufrimiento, secuelas físicas, hospitalizaciones, y un gasto sociosanitario considerable⁶.

Se calcula que la prevalencia a lo largo de la vida para los intentos de suicidio a nivel mundial y en población general es del 2,7%⁷. En España, esta cifra se reduce a poco más de la mitad, 1,5%⁸. Como en el suicidio, los datos sobre los intentos son heterogéneos entre los distintos países, pero se asume que estos son más frecuentes en mujeres que en hombres, y en adolescentes más que en adultos⁹. La conducta suicida es potencialmente letal en el adulto mayor, donde la proporción entre los intentos y los suicidios es de 4:1¹⁰, llegando en algunas series a 1:1^{11,12}, mucho más que en población general, donde la proporción es de 10-20:1, y de 200:1 en el caso de adolescentes⁷. Las conductas autolesivas en el anciano representan el 5% del total¹³. Según la OMS, la incidencia de conductas autolesivas en mayores de 65 años es de 61,4/100.000 habitantes, esta cifra se reduce a la mitad en población española (Guipuzcoa, Euskadi¹²). Centrándonos en Galicia, un reciente estudio epidemiológico constata que los mayores de 65 años tienen 2,7 veces más riesgo de haber realizado un intento de suicidio que los adultos más jóvenes (18-35 años)¹⁴.

Los programas de prevención de suicidio centrados en los centros de Atención Primaria (AP) se basan en la constatación de que una gran parte de los adultos mayores que se suicidan o lo intentan, pasaron por consultas de AP durante el mes previo. Los estudios replican cifras que oscilan entre el 50% al 75% para los suicidios^{15,16} y del 56% al 66% para los intentos de suicidio¹⁷, en cambio, solo el 20% había

acudido a algún servicio de salud mental el mes previo al intento o al suicidio consumado¹⁸.

Estos datos ponen en el foco a los centros de AP como uno de los lugares clave para la puesta en marcha de las prácticas preventivas¹⁹. De hecho, la mayoría de medidas preventivas en el adulto mayor del tipo "indicadas" (para individuos de muy alto riesgo) según la clasificación de Conwell²⁰, se realizan en este tipo de centros. Hasta el momento, las estrategias a este nivel se han centrado especialmente en la detección y tratamiento de estados depresivos²¹, así como en el cribado de ideación suicida²².

Por lo tanto, conocer cuáles son los lugares del sistema sanitario con potencial para la aplicación de medidas preventivas, es fundamental para lograr una prevención de la conducta suicida eficaz, y sobretodo, eficiente. El presente estudio pretende conocer aspectos cuantitativos y cualitativos del último contacto sanitario previo a un intento de suicidio realizado por adultos mayores de 65 años en Galicia.

MÉTODOS

Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, llevado a cabo sobre población general del sistema sanitario que recaba atención sanitaria en el servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).

Selección de la muestra

Todas las personas mayores de 65 años que fueron atendidas por el servicio de psiquiatría en el servicio de urgencias y de interconsulta psiquiátrica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS) por un intento de suicidio, en el periodo de Enero de 2015 a Diciembre de 2017, fueron entrevistadas y evaluadas. Tanto a través de la propia entrevista clínica como de la Historia Clínica Electrónica, mediante el soporte informático IANUS, se recogieron distintas variables clínicas y sociodemográficas de interés y se codificaron todas las asistencias previas al intento de suicidio, en Atención Primaria, Salud Mental, u otros especialistas, registradas en la Historia Clínica Electrónica IANUS, del Servicio Galego de Saúde (SERGAS). Se solicitó consentimiento verbal a todos los pacientes con el fin de utilizar las variables a estudio de una forma totalmente anónima.

Este servicio de urgencias recibe todos los intentos de suicidio que tienen lugar en su área sanitaria de referencia, con una población de 384.852 habitantes. Dispone de psi-

quiatra de guardia todos los días el año y con criterio general, los casos de intentos de suicidio reciben una evaluación psiquiátrica.

La media de la población mayor de 65 años durante esos tres años fue de 75.538 personas.

En total, el número de atenciones por intento de suicidio en mayores de 65 años en el periodo de 2015 a 2017 fue de n=80, correspondientes a 78 individuos.

Entendemos como "intento de suicidio" el acto autole-sivo con intención (explícita o implícita) de causar la muerte con un resultado no fatal. Se han incluido en el estudio las conductas suicidas, tanto con intencionalidad indeterminada (intencionalidad no clara) tipo I (sin lesiones) y tipo II (con lesiones), así como los intentos de suicidio tipo I (sin lesiones) y tipo II (con lesiones) según la nomenclatura revisada de Silverman et al.²³

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo tanto para las variables sociodemográficas como para la variable temporal del contacto sanitario previo. Para las comparaciones entre sexos se estableció un nivel de significancia $p < 0,05$.

Para el análisis estadístico de los datos se empleó el programa informático "IBM SPSS Statistics 20" para Macintosh.

RESULTADOS

Variables sociodemográficas

La tabla 1 muestra las variables sociodemográficas de los intentos de suicidio que conforman la muestra del estudio.

Contacto previo con servicios sanitarios previo al intento de suicidio

Última consulta en Atención Primaria (AP), Salud Mental (SM) u otros especialistas

En la tabla 2 podemos observar el tiempo transcurrido entre la última asistencia recibida en un centro sanitario y el intento de suicidio. Un 61,3% de individuos habían acudido a su médico de AP el mes previo, el 82,5% lo había hecho en los tres meses previos.

Respecto a la última consulta en SM antes del episodio, existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,005$) entre hombres y mujeres.

Tabla 1		Variables sociodemográficas de los intentos de suicidio en mayores de 65 años del área sanitaria de Santiago de Compostela de 2015 a 2017	
		n=80	%
Sexo	Hombre	33	41,3
	Mujer	47	58,8
	H:M	2:3	
Edad	74,85±7,104 (65-91) H:76,19±9,424 M:73,92±6,473		
País de nacimiento	España	77	96,3
	Brasil	1	1,3
	Portugal	2	2,5
Estado civil	Soltero	4	5
	1º matrimonio	40	50
	Divorciado	8	10
	Separado	4	5
	Viudo	23	28,7
	NC	1	1,3
Viudedad	Nunca	55	68,8
	Doce meses previos	3	3,8
	Hace más de un año	18	22,5
	Seis meses previos	2	2,5
	En el último mes	1	1,3
	NC	1	1,3
Tipo de convivencia	Vive solo	17	21,3
	Con pareja sin hijos	27	33,8
	Con pareja e hijos	13	16,3
	Solo con hijos	17	21,3
	Vive con padres	1	1,3
	Con nieto/a	1	1,3
	Otros familiares	2	2,5
	En institución	1	1,3
	NC	1	1,3
	Nivel de estudios	Bajo	62
Medio		7	8,8
Alto		2	2,5
NC		9	11,8
Empleo	Jubilado/a	80	100

Las consultas previas en otros especialistas fueron similares entre ambos sexos ($p=0,106$).

Tabla 2		Tiempo transcurrido previo al intento de suicidio para consultas en Atención Primaria, Salud Mental y otros especialistas		
		Hombre	Mujer	Total (%)
Consultas previas en Atención Primaria	En la última semana	16 (48,5)	10 (21,3)	26 (32,5)
	2-4 semanas	10 (30,3)	13 (27,7)	23 (28,8)
	2-3 meses	3 (9)	14 (29,8)	17 (21,3)
	4-6 meses	1 (3)	5 (10,6)	6 (7,5)
	7-12 meses	2 (6)	2 (4,3)	4 (5)
	+1 año	1 (3)	2 (4,3)	3 (3,8)
	Seguimiento privado	0	1 (2,1)	1(1,3)
				p=0,069
Consultas previas en Salud Mental	Nunca	22 (66,7)	11 (23,4)	33 (41,3)
	Última semana	1 (3)	6 (12,8)	7 (8,8)
	2-4 semanas	2 (6)	6 (12,8)	8 (10)
	2-3 meses	4 (12)	9 (19,1)	13 (16,3)
	4-6 meses	1 (3)	4 (8,6)	5 (6,3)
	7-12 meses	0 (0)	2 (4,3)	2 (2,5)
	1-5 años	1 (3)	4 (8,6)	5 (6,3)
	5-10 años	2 (6)	1 (2,1)	3 (3,8)
	+ 10 años	0 (0)	4 (8,6)	4 (5)
				p=0,005
Consultas previas en otras especialidades	Ninguna	3 (9)	0 (0)	3 (3,8)
	En la última semana	6 (18)	9 (19,1)	15 (18,8)
	2-4 semanas	8 (24,2)	8 (17)	16 (20)
	2-3 meses	7 (21,2)	5 (10,6)	12 (15)
	4-6 meses	2 (6)	8 (17)	10 (12,5)
	7-12 meses	1 (3)	4 (8,6)	5 (6,3)
	+ 1 año	6 (18)	12 (25,5)	18 (22,5)
	Desconocido	0 (0)	1 (2,1)	1 (1,3)
				p=0,106

Características de la consulta previa al intento en AP

La media total de consultas en AP en el último año fue de $12,48 \pm 10,50$ similar para hombres ($12,97 \pm 9,62$) y mujeres ($12,12 \pm 11,18$) ($p=0,729$).

El motivo de consulta mayoritario en AP previo a la tentativa de suicidio fue por problemas físicos, con un 78,8%; un 16,3% acudieron por problemas de salud mental. Entre sexos no hubo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,167$) (Tabla 3).

Tabla 3		Motivo de última consulta en Atención Primaria previo al intento suicida		
		Hombre	Mujer	Total
Motivo de últimas consultas en Atención Primaria	Problemas físicos	23	40	63 (78,8)
	Problemas mentales	7	6	13 (16,3)
	Problemas físicos y mentales	1	0	1 (1,3)
	Problemas sociales	1	0	1 (1,3)
	Problemas físicos, mentales, y sociales	1	0	1 (1,3)
	Desconocido	0	1	1 (1,3)
Total		33	47	80
				p=0,167

Características de la consulta previa al intento en Salud Mental

La media de consultas en servicios de SM en el último año fue de $1,41 \pm 2,206$, siendo de $0,67 \pm 1,267$ para los hombres y de $1,96 \pm 2,576$ para las mujeres ($p=0,010$). Al descartar los individuos sin historial psiquiátrico previo al intento (41,3% de la muestra), se obtiene una media de $2,00 \pm 1,483$ para hombres y de $2,59 \pm 2,676$ para mujeres ($p=0,493$).

El tipo de dispositivo asistencial en que se efectuó con mayor frecuencia dicho seguimiento fueron las Unidades de Salud Mental (USM) con un 42,6%. En el caso de la Unidad de Psicogeriatría del CHUS, realizaba seguimiento a un 27,7% de los individuos; un 12,8% estaba a seguimiento en red privada y en un 17% no había constancia de seguimiento por ningún tipo dispositivo de salud mental.

El tipo de terapia en las USM en los individuos con seguimiento psiquiátrico y/o psicológico ($n=47$) se recoge en la tabla 4. Para simplificar el análisis consideramos solo psico-

terapia la realizada específicamente por psicólogos clínicos. Ningún individuo recibía psicoterapia como única terapia, y solo el 12,8% recibía terapia combinada, todas mujeres.

La tabla 5 refleja la toma de psicofármacos hasta el momento del intento, ya fuesen bajo seguimiento en AP o en SM. Para la toma de antidepresivos (AD), benzodiacepinas (BZD), y neurolepticos (NRLP) se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos. En el caso de las BZD, un 89,4% de las mujeres las tenían prescritas, mientras que para los hombres fue el 54,5%.

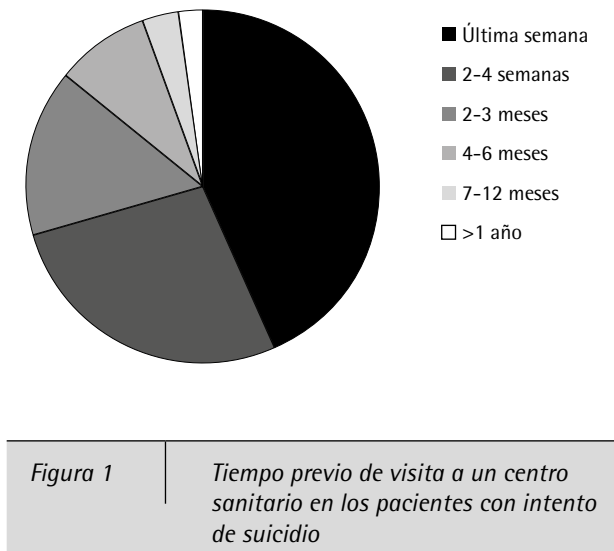
Contacto previo al intento de suicidio en cualquier centro sanitario

Finalmente, se realizó un análisis de las consultas previas a los intentos de forma global, que se muestra en la tabla 6 y Figura 1. Un 45% había visitado algún centro sanitario en la semana previa, mientras que el 72,5% lo habían hecho durante el mes previo, acercándose casi al total (90%) los que habían contactado durante los tres últimos meses.

Tabla 4		Tipo de terapia recibida en dispositivos de Salud Mental		
	No acude en la actualidad n (%)	Psicofarmacológica n (%)	Psicofarmacológica y Psicoterapéutica n (%)	Total n (%)
Hombre	2 (4,3)	9 (19,2)	0 (0)	11 (23,4)
Mujer	4 (8,5)	26 (55,3)	6 (12,8)	36 (76,6)
Total	6 (12,8)	35 (74,5)	6 (12,8)	47 (100)
				p=0,165

		H	M	Total	p
AD	NO	16	11	27 (33,8)	0,020
	SI	17	36	53 (66,3)	
BZD	NO	15	5	20 (25)	<0,001
	SI	18	42	60 (75)	
NRLP	NO	30	33	63 (78,8)	0,020
	SI	3	14	17 (21,3)	
Eutimizantes	NO	32	47	79 (98,8)	0,180
	SI	1	0	1 (1,3)	

AD: antidepresivos; BZD: benzodicepinas; NRLP: neurolépticos



		n	%
Consulta previa al intento en todos los niveles asistenciales	Última semana	36	45,0
	2-4 semanas	22	27,5
	2-3 meses	14	17,5
	4-6 meses	5	6,3
	7-12 meses	2	2,5
	+1 año	1	1,3
	Total	80	100,0

del estado como en Guipuzcoa (32,3/100.000), que a su vez es inferior a otras tasas del norte de Europa, 116.9/100.000 en Estocolmo, ambas procedentes del mismo estudio multicéntrico¹² donde la media para todos los centros fue de 61,4/100.000 hab. En ámbito europeo encontramos cifras incluso inferiores, en Würzburg (Alemania) obtuvieron una tasa de 14/100.000²⁹.

Aunque no directamente comparable con nuestro estudio, cabe mencionar que la tasa de incidencia de intentos de suicidio en población general, registrados durante cinco años en el área sanitaria colindante a la nuestra, fue de 76,1/100.000, (n=285; media de edad 35±15 años)³⁰. Al igual que en el estudio multicéntrico de De Leo et al.¹², en Galicia la mayoría de intentos se concentran en el segmento de edad más joven.

DISCUSIÓN

Perfil sociodemográfico

En relación a los datos sociodemográficos encontrados en nuestro estudio son similares a otros resultados de nuestro entorno. Nuestra media de edad, 74,85±7,10, es prácticamente idéntica a la de un gran estudio europeo que analiza 1734 intentos, 74,7±6,9¹² así como a la de otros estudios más recientes, 77±7,9²⁴ o 78,6±7,94²⁵. La proporción entre hombres y mujeres de 2:3 está en línea con algunos^{13, 26,27}, pero varía respecto al porcentaje de 5:2 en población asiática²⁸.

En cuanto a la incidencia encontrada en mayores de 65 años (35,3/100.000) está en consonancia con otros centros

Por la incidencia de intentos, estado civil, tipo de convivencia, nivel educativo y, probablemente -aunque no evaluado en este estudio- prácticas religiosas de mayoría católica, nuestra muestra coincide con el subgrupo diferenciado que conforman Würzburg (Alemania) y los países del sur de Europa en la muestra de la OMS/EURO¹². Para un mayor detalle tanto del perfil sociodemográfico como del perfil clínico de la muestra del presente estudio remitimos al lector a otra publicación de misma autoría³¹.

Contacto previo con servicios sanitarios

Visitas en AP previo al episodio

Los resultados obtenidos en nuestra área sanitaria van en la línea de los estudios previos en otros países, aunque

la mayoría de estudios sobre este aspecto, o bien analizan muestras de suicidios consumados, o abarcan el conjunto del rango de la edad adulta, o tienen ambas características, dificultando la comparación con nuestro estudio.

En nuestra muestra de personas mayores, uno de cada tres había visitado a su médico de AP la semana previa y dos de cada tres a lo largo del último mes. Dennis et al.²⁴ en una muestra de tentativas en mayores de 65 años (n=76), obtuvieron un 29% para la semana previa. Estudios de intentos de población general adulta han encontrado cifras similares o algo inferiores: 30,4% en el estudio de Houston et al.¹⁷ y 22,7% en el reciente estudio de Younes et al.³²; Como hemos indicado, el 61,3% había visitado AP el mes previo en nuestro estudio, similar al 59%²⁴, el 66,4%¹⁷ o el 59,3%³² de los tres estudios mencionados. En cambio, en un estudio en población general española, solo un tercio de los intentos registrados visitaron AP el mes previo³³.

En estudios de suicidio en población mayor a 65 años, habían visitado su médico de AP en el mes previo el 65,7% en una muestra de población neozelandesa (n=225)³⁴, o el 43% en muestra de individuos de Manchester, en Reino Unido(n=100)³⁵, es decir, el contacto asistencial previo de la población que se suicida y los que no consuman el suicidio sería similar. En el estudio de Younes et al. no encontraron diferencias en el contacto previo entre los intentos de suicidio y los suicidios³².

Llama la atención como prácticamente toda la muestra de nuestro estudio (96,3%) visitó a su médico de AP el año previo; en una revisión sobre suicidio, el 77% de la población geriátrica había consultado AP el año previo¹⁶.

En el estudio de Houston et al.¹⁷ en población general, y solo en los pacientes que tuvieron su última consulta en el mes previo, el 36,1% consultó por problemas físicos en la última consulta, mientras que el 54,2% lo hizo por problemas de salud mental. Esto contrasta con nuestra muestra de pacientes de edad avanzada, donde el 69,4% consultaron por problemas físicos, y solo el 24,5% lo hizo por problemas de salud mental un mes antes del intento de suicidio. En población mayor a 60 años con suicidio, más de la mitad de los individuos consultaron por problemas físicos³⁶, acercándose mucho más a la realidad de nuestro estudio. En el estudio sobre suicidio de Cheung et al.³⁴ se observó que estos porcentajes variaban dentro de los subgrupos de edad mayores de 65 años, aumentando la consulta por problemas físicos a medida que asciende la edad, y viceversa respecto a la consulta por problemas de salud mental(p=0,009). En nuestro estudio no encontramos diferencias en este análisis. Estas diferencias pueden ser debidas a la peor percepción y el estigma de la salud mental en generaciones mayores comparado con población más joven^{37,38}, pero también a la mayor presencia de somatización en relación a los síndromes depresivos en el grupo

de edad avanzada³⁹. Todo ello no hace más que confirmar la dificultad del médico de AP para detectar el riesgo suicida y, por lo tanto, la necesidad de entrenamiento específico en la detección de trastornos depresivos en el anciano⁴⁰.

Visitas en SM previas al episodio

Un 58,70% de los individuos tenían antecedentes de contacto previo con dispositivos de SM; más del doble en mujeres (76,6%) que en hombres (33,3 %). En la revisión de Draper⁴¹ los estudios se situaban entre 30-54%. Más reciente, el 43% de la muestra de Dennis et al.²⁴, tenía antecedentes de contacto previo, mientras que el 21% estaban en seguimiento. En nuestro estudio un 51,3% de los individuos estaba en seguimiento en el momento de la tentativa, similar al 51,9% de individuos con intentos a seguimiento en SM (en red pública o privada) hallada en un estudio en población general catalana⁴². Estas cifras se reducen hasta el 17% del estudio de Hawton et al. en población general²⁷.

En nuestra muestra, el 8,8% visitó a su psiquiatra o psicólogo/a la semana previa, no tenemos conocimiento de datos previos para poder comparar con otros estudios para este lapso de tiempo. Respecto al mes previo fue del 18,8%, en línea con otros, 16%⁴³, o en muestras de suicidio en personas mayores de 55 años, 8-14%¹⁶, y en mayores de 65 años, 14%³⁵.

Hallamos diferencias significativas en las últimas visitas en SM entre hombres y mujeres que acudían a consultas (p<0,01); mientras que el 25,5% de las mujeres tuvieron la última consulta en las últimas cuatro semanas, solo fue del 9% en el caso de los hombres.

Tipo de terapia durante el seguimiento en SM

Encontramos un bajo porcentaje de personas en seguimiento en SM que recibían psicoterapia de una forma reglada, un 12,8%, y combinado siempre con farmacoterapia. Un reciente meta-análisis concluye que la psicoterapia es eficaz para reducir los intentos de suicidio, tanto en personas con o sin antecedentes de conducta suicida⁴⁴. Llama la atención que, de los pacientes con tentativas previas, solo recibía psicoterapia el 20%. De los 6 individuos que recibían psicoterapia, 4 tenían tentativas previas. Es decir, la mayoría de individuos que reciben psicoterapia presentan tentativas previas, pero la mayoría de personas con tentativas previas (n=20) no reciben psicoterapia.

Toma de psicofármacos en el momento del intento

La toma de psicofármacos refleja claramente como los individuos de nuestro estudio padecían algún trastorno

mental: un 66,3% tenían prescrito un AD, porcentaje similar al estudio de Dennis et al.²⁴, pero mayor que la del 25% del estudio de Cattell et al. en una muestra geriátrica con suicidios consumados. La prescripción de BZD fue del 78,8%. La toma de Neurolépticos (NRLP) fue del 21,3% y solo un individuo tomaba eutimizantes por un Trastorno Bipolar.

De los individuos que estaban en seguimiento en SM, el 100% tenía prescrito un AD, y el 98,8% una BZD como mínimo; de los 17 individuos que tomaban NRLP solo dos estaban prescritos por su médico de AP. De las personas que únicamente hacían seguimiento en AP, el 34,1% tenían prescrito un AD y el 53,7% una o más BZD.

En nuestra muestra, todos los individuos sin seguimiento previo en SM recibieron un nuevo diagnóstico clínico psiquiátrico en su evaluación en urgencias; además, se prescribió un AD al 65,9% de individuos que no lo tomaba. Creemos que estos datos sugieren un posible infradiagnóstico e infratratamiento de sintomatología depresiva en AP, lo cual estaría en línea con un estudio donde se concluye que el mayor uso de BZD en ancianos (+75 años), solo esconde una mala identificación de síndromes depresivos y, en consonancia, un infratratamiento con AD⁴⁵.

Existen diferencias significativas entre la toma de AD, BZD, y NRLP por sexos, pero estas diferencias desaparecen cuando analizamos solo los individuos sin seguimiento en SM, ya que como describimos, las mujeres tienen un mayor seguimiento en SM, donde las prescripciones de AD Y BZD llegan a ser del 100%.

La alta prescripción y consumo de BZD en España es conocida, superando a países de nuestro entorno, también lo es su predominio en mujeres y en personas mayores⁴⁶. La prescripción de BZD (78,8%) en nuestra muestra cuatricula la toma de ansiolíticos o hipnóticos en población general española mayor de 65 años (16%)⁴⁷.

Visitas a otros especialistas previo al episodio

No hemos encontrado datos respecto al contacto previo a intentos suicidas con otras especialidades médicas. En nuestro estudio, las cifras son inferiores a las encontradas en AP, pero superiores a SM. Dichas cifras no son para nada despreciables, hasta el 28,8% visitaron a un especialista en el mes previo y solo 3 individuos no tuvieron ningún contacto previo. A pesar de suponer casi un tercio de la muestra, la alta especificidad clínica de estos servicios sugiere una pobre eficiencia en las intervenciones del tipo "indicada", siendo quizás las medidas preventivas de tipo "selectivo" las más idóneas para llevar a cabo en dichos dispositivos especializados.

Análisis conjunto de las visitas a servicios sanitarios

Al agrupar todas las visitas recientes a servicios sanitarios nos encontramos con unos resultados interesantes de cara a diseñar estrategias preventivas. Casi la mitad de los individuos visitaron algún tipo de centro sanitario en la semana previa, tres cuartos de los individuos lo hicieron en el mes previo, y prácticamente toda la muestra (90%) durante los tres últimos meses. No hemos encontrado estudios que analicen este tipo de variable.

Lo que parece más interesante de estos resultados es que la práctica totalidad de los intentos de suicidio visitan algún dispositivo sanitario durante los tres meses previos. Esto sugiere la posibilidad de que, aparte de las estrategias preventivas de tipo "indicado" o "selectivo" que se pueden organizar en entornos concretos como AP, habría que considerar, como indicamos anteriormente, la implicación de todos los niveles asistenciales relacionados con la atención a las personas mayores.

Limitaciones y fortalezas del estudio

Como limitaciones del estudio, mencionar que las mediciones se llevaron a cabo en el contexto de la atención a la urgencia por varios evaluadores y el carácter retrospectivo del estudio. Así mismo, en nuestra muestra no obtuvimos individuos de centros residenciales de la tercera edad, posiblemente por la intervención de los propios profesionales de estos centros.

Como fortalezas de nuestro estudio, indicar que todos los intentos de suicidio que tienen lugar en nuestra área sanitaria son atendidos por el servicio de psiquiatría de Santiago de Compostela, que dispone de psiquiatra de guardia de presencia física en el servicio de urgencias. Si bien no puede descartarse que algunos individuos pudieran ser atendidos en la red privada o como comentamos, en centros residenciales, se estima que su número sería poco significativo, por lo que nuestros resultados no solamente pueden considerarse altamente representativos de lo que acontece en una de las Áreas Sanitarias más grandes de Galicia, sino que probablemente son extrapolables al conjunto de la Comunidad Autónoma de Galicia. El sistema de historia clínica electrónica IANUS del Servicio Galego de Saúde (SERGAS) que registra todo tipo de contactos sanitarios en toda la Comunidad Gallega, garantizó una recogida totalmente fiable de todas las variables de tipo asistencial (de carácter retrospectivo) relevantes para este estudio.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la mayoría de personas mayores de 65 años que realizan un intento de suicidio en nuestra

área sanitaria visitaron a su médico de AP en las últimas cuatro semanas, pero la demanda de salud principal de la mayoría en esta última consulta fueron problemas físicos.

El análisis del tratamiento psicofarmacológico de los casos de nuestro estudio sugiere un infradiagnóstico y un infratratamiento de la sintomatología depresiva en AP en personas mayores de 65 años que acaban cometiendo un intento de suicidio. Esto merecería un estudio específico y de confirmarse sería susceptible de algún tipo de intervención formativa en dicho nivel asistencial. Por otra parte, la gran mayoría de personas mayores de 65 años que comete un intento de suicidio y está a seguimiento en SM no reciben psicoterapia por parte de los servicios de psicología clínica, ni siquiera las personas con intentos previos, lo que constituye una importante llamada de atención para este tipo de dispositivos.

En relación a las posibles medidas de carácter preventivo, las consultas de AP pueden ser un buen medio para aplicarlas también en nuestro medio. Además, creemos, con los datos extraídos, que los Centros sanitarios de todos los niveles asistenciales podrían ser espacios idóneos para desarrollar estrategias de tipo preventivo.

Todos estos resultados refuerzan si cabe la necesidad de un modelo comunitario de organización de la red de servicios de Salud Mental, con una mayor coordinación de estos con los Servicios de Atención Primaria principalmente, pero también con los demás niveles asistenciales.

AGRADECIMIENTOS

A todos los residentes del servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Santiago de Compostela por su inestimable y desinteresada colaboración en la recogida de datos. A los pacientes por su colaboración.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses que declarar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Isometsa ET. Psychological autopsy studies--a review. *Eur Psychiatry*. 2001 Nov;16(7):379-85.
2. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry*. 2003 Jun;182:537-42.
3. Draper BM. Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas*. 2014 Oct;79(2):179-83.
4. Goni-Sarries A, Blanco M, Azcarate L, Peinado R, Lopez-Goni JJ. Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide? *Psicothema*. 2018 Feb;30(1):33-8.
5. Parra-Urbe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Pares G, Martinez-Naval L, Valero-Coppin O, Cebria-Meca A, et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry*. 2017 May 4;17(1):163.
6. Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA, Jr., Silverman MM. Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. *Suicide Life Threat Behav*. 2016 Jun;46(3):352-62.
7. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*. 2008;30:133-54.
8. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernandez A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the Spanish general population. Results from the ESEMeD study. *Med Clin (Barc)*. 2007 Oct 13;129(13):494-500.
9. WHO. Preventing Suicide - A Global Imperative. Available in: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/. 2014.
10. McIntosh JL. Epidemiology of suicide in the elderly. *Suicide Life Threat Behav*. 1992 Spring;22(1):15-35.
11. Frierson RL. Suicide attempts by the old and the very old. *Arch Intern Med*. 1991 Jan;151(1):141-4.
12. De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, Bille-Brahe U, Arensman E, et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001 Mar;16(3):300-10.
13. Lawrence D, Almeida OP, Hulse GK, Jablensky AV, Holman CD. Suicide and attempted suicide among older adults in Western Australia. *Psychol Med*. 2000 Jul;30(4):813-21.
14. Mateos R, Gómez-Beneyto M, Domínguez MD, Haro JM, Montero I, PE M. Prevalencia dos Trastornos Mentais en Galicia. Informe del Estudio de Epidemiología Psiquiátrica sobre Prevalencia de Trastornos Mentales en Galicia, encargado por el Servicio Galego de Saúde (SERGAS) a la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (SEEP). Available in: https://librariaxuntagal/sites/default/files/downloads/publicacion/prevalencia_dos_trastornos_mentais_galego_def2pdf 2017.
15. Conwell Y, Lyness JM, Duberstein P, Cox C, Seidnitz L, DiGiorgio A, et al. Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *J Am Geriatr Soc*. 2000 Jan;48(1):23-9.
16. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002 Jun;159(6):909-16.
17. Houston K, Haw C, Townsend E, Hawton K. General practitioner contacts with patients before and after deliberate self harm. *Br J Gen Pract*. 2003 May;53(490):365-70.
18. Raue PJ, Ghesquiere AR, Bruce ML. Suicide risk in primary care: identification and management in older adults. *Curr Psychiatry Rep*. 2014 Sep;16(9):466.
19. Preville M, Boyer R, Hebert R, Bravo G, Seguin M. Correlates of suicide in the older adult population in Quebec. *Suicide Life Threat Behav*. 2005 Feb;35(1):91-105.
20. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am*. 2011 Jun;34(2):451-68.
21. Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*. 2011;32(2):88-98.
22. Callahan CM, Hendrie HC, Nienaber NA, Tierney WM. Suicidal ideation among older primary care patients. *J Am Geriatr Soc*. 1996 Oct;44(10):1205-9.
23. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll P W, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav*. 2007 Jun;37(3):248-63.
24. Dennis MS, Wakefield P, Mollooy C, Andrews H, Friedman T. A

- study of self-harm in older people: mental disorder, social factors and motives. *Aging Ment Health*. 2007 Sep;11(5):520-5.
25. Liu IC, Chiu CH. Case-control study of suicide attempts in the elderly. *Int Psychogeriatr*. 2009 Oct;21(5):896-902.
 26. De Leo D, Padoani W, Lonqvist J, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U, Michel K, et al. Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study. *J Affect Disord*. 2002 Dec;72(3):291-5.
 27. Hawton K, Fagg J, Simkin S. Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford, 1976-1993. *Br J Psychiatry*. 1996 Aug;169(2):202-8.
 28. Chan J, Draper B, Banerjee S. Deliberate self-harm in older adults: a review of the literature from 1995 to 2004. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007 Aug;22(8):720-32.
 29. DeLeo D, Bille-Braha U, Bjerke T, Crepet P, Haring C, Kerkhof A, et al. Parasuicide in the elderly: Results from the WHOiEURO Multicentre study, 1989-1993. A short report. *IPA Bull*. 1994; 11:15-7.
 30. Vázquez Lima MJ, Álvarez Rodríguez C, López-Rivadulla Lamas M, Cruz Landeira A, Abellás Álvarez C. Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2012;24:121-5.
 31. Soriano-Barcelo J, Portes-Cruz J, Portela-Traba B, Cornes-Iglesias J, Brenlla-Gonzalez JRM. Perfil de los intentos de suicidio en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Santiago de Compostela en el periodo de 2015 a 2017. *Informaciones Psiquiátricas*. 2019 (235):89-108.
 32. Younes N, Melchior M, Turbelin C, Blanchon T, Hanslik T, Chee CC. Attempted and completed suicide in primary care: not what we expected? *J Affect Disord*. 2015 Jan 1;170:150-4.
 33. Madoz-Gurpide A, Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Ceverino A, Guerro D, Saiz J. Attempted suicide and previous contact with health system. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999 Sep-Oct;27(5):329-33.
 34. Cheung G, Merry S, Sundram F. Do suicide characteristics differ by age in older people? *Int Psychogeriatr*. 2017 Jul 13:1-8.
 35. Cattell H, Jolley DJ. One hundred cases of suicide in elderly people. *Br J Psychiatry*. 1995 Apr;166(4):451-7.
 36. Harwood DM, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000 Aug;15(8):736-43.
 37. ten Have M, de Graaf R, Ormel J, Vilagut G, Kovess V, Alonso J, et al. Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Feb;45(2):153-63.
 38. Robb C, Haley WE, Becker MA, Polivka LA, Chwa HJ. Attitudes towards mental health care in younger and older adults: similarities and differences. *Aging Ment Health*. 2003 Mar; 7(2):142-52.
 39. Smith M, Haedtke C, Shibley D. Late-life depression detection. *J Gerontol Nurs*. 2015 Feb;41(2):18-25.
 40. Rothera I, Jones R, Gordon C. An examination of the attitudes and practice of general practitioners in the diagnosis and treatment of depression in older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002 Apr;17(4):354-8.
 41. Draper B. Attempted Suicide in Old Age. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1996;11(7):577-87.
 42. Parra Uribe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Pares G, Giro Batalla M, Llorens Capdevila M, Cebria Meca A, et al. Attempted and completed suicide: not what we expected? *J Affect Disord*. 2013 Sep 25;150(3):840-6.
 43. Suominen K, Isometsa E, Lonqvist J. Elderly suicide attempters with depression are often diagnosed only after the attempt. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004 Jan;19(1):35-40.
 44. Calati R, Courtet P. Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *J Psychiatr Res*. 2016 Aug;79:8-20.
 45. Assem-Hilger E, Jungwirth S, Weissgram S, Kirchmeyr W, Fischer P, Barnas C. Benzodiazepine use in the elderly: an indicator for inappropriately treated geriatric depression? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Jun;24(6):563-9.
 46. Huerta C, Abbing-Karahagopian V, Requena G, Oliva B, Alvarez Y, Gardarsdottir H, et al. Exposure to benzodiazepines (anxiolytics, hypnotics and related drugs) in seven European electronic healthcare databases: a cross-national descriptive study from the PROTECT-EU Project. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2016 Mar;25 (Suppl 1):56-65.
 47. Tellez-Lapeira JM, Lopez-Torres Hidalgo J, Galvez-Alcaraz L, Parraga-Martinez I, Boix-Gras C, Garcia-Ruiz A. [Determining factors for the use of anxiolytic and hypnotic drugs in the elderly]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017 Jan-Feb;52(1):31-4.