

Isaac Díaz-Oliván^{1,2},
Alejandro Porras-Segovia¹,
María L. Barrigón^{1-3*},
Miguel de la Cruz⁴,
MEmind Study Group,
Enrique Baca-García^{1-3,5-9}

Acontecimientos vitales estresantes como factores de riesgo proximales para una crisis suicida: Estudio de casos y controles

1. Universidad Autónoma de Madrid.
2. Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz, Madrid.
3. Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.
4. Universidad CEU San Pablo, Madrid.
5. Departamento de Psiquiatría, Hospital General de Villalba, Madrid.
6. Departamento de Psiquiatría, Hospital Infanta Elena, Valdemoro, Madrid.
7. Departamento de Psiquiatría, Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid.
8. Instituto de Investigación Sanitaria Carlos III.
9. Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

* El grupo de estudio está integrado por Fuensanta Aroca, Antonio Artes-Rodríguez, Enrique Baca-García, Sofian Berrouguet, Romain Billot, Juan José Carballo-Belloso, Philippe Courtet, David Delgado Gómez, Jorge López-Castromán, Mercedes Pérez Rodríguez, Alberto Álvarez-Gutiérrez, Julia Aznar-Carbone, Isaac Díaz-Oliván, Paula Escobedo-Aedo, Patricia Espinosa-Salido, Nuria Guerra-Carrasco, Javier Herrera-Sánchez, Leire Izaguirre-Gamir, Adrián López-Serrano, Marina Llaguno-Sanmartín, Manuel Alfonso Vázquez-Guida, Nora Palomar-Ciría. QUINTANA-PONTONES-FJD Hospital, Madrid: Susana Amodeo-Escribano, Elsa Arrua, María Luisa Barrigón, Rosa Ana Bello-Sousa, Fanny Cegla-Schvartzman, Covadonga Bonal-Giménez, Rodrigo Carmona, Irene Caro-Cañizares, Sonia Carollo-Vivian, Javier Fernández-Aurrecoechea, Marisa Martín-Calvo, Laura Mata-Iturralde, Marta Migoya-Borja, Carolina Miguélez-Fernández, Carmen Mañas-Mañas, Laura Muñoz-Lorenzo, Rocio Navarro-Jiménez, Santiago Ovejero, María Luz Palacios, Inmaculada Peñuelas-Calvo, Sonia Pérez-Colmenero, Alejandro Porras-Segovia, Ana Rico-Romano, Alba Rodríguez-Jover, Sergio Sánchez-Alonso, Juncal Sevilla-Vicente, María Constanza Vera-Varela, Carolina Vigil-López, Lucía Villoria-Borrego.

RESUMEN

Introducción. El suicidio produce casi un millón de muertes al año en todo el mundo. Los acontecimientos vitales estresantes podrían jugar un papel clave en las últimas fases de la trayectoria suicida. Nuestro objetivo en este estudio de casos y controles es explorar su papel como factores precipitantes de la conducta suicida.

Metodología. Este estudio se realizó en el Departamento de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz. El grupo de casos consiste en 320 pacientes adultos atendidos en el servicio de la Fundación tras realizar un intento de suicidio. El grupo control son 640 pacientes psiquiátricos adultos atendidos por cualquier otro motivo. La variable principal fue el intento de suicidio y la variable independiente fue haber experimentado un acontecimiento vital estresante (AVE) en los últimos 6 meses. Para medir los AVEs, se utilizó el *List of Threatening Experiences*.

Resultados. Haber experimentado un AVE fue asociado significativamente con cometer un intento de suicidio (RR = 1,475, IC del 95, p = 0,001). Los AVEs específicos que mostraron una asociación positiva estadísticamente fueron haber roto una relación estable, tener problemas personales con alguien cercano del entorno y no encontrar empleo o sufrir una crisis económica grave.

Autor para correspondencia:

María Luisa Barrigón, Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Av. de los Reyes Católicos, 2, 28040 Madrid.
marisabe@gmail.com

Conclusiones. Sufrir un AVE incrementa significativamente el riesgo de suicidio en los 6 meses siguientes. Haber roto una relación estable se presenta como el más importante. Se necesitan más estudios en el futuro para seguir profundizando en el papel de los AVEs como desencadenantes proximales de la conducta suicida.

Palabras clave. Suicidio, acontecimiento vital estresante, prevención

Actas Esp Psiquiatr 2021;49(1):88-95 | ISSN: 1578-2735

STRESSFUL LIFE EVENTS AS PROXIMAL RISK FACTORS FOR A SUICIDE CRISIS: CASE-CONTROL STUDY

ABSTRACT

Introduction. Suicide is one of the main challenges worldwide. Every year 800,000 people die by suicide. There is evidence that life stressful events are associated to suicidal behaviour. Our aim in this case-control study is to explore their role as triggers of suicidal behaviour.

Methods. This case-control study was carried out in the Department of Psychiatry of the Fundación Jiménez Díaz. The case group consists of 320 adult patients treated in the Foundation service after an attempted suicide. The control group consists of 640 adult psychiatric patients treated for any other reason. The main variable has been the suicide attempt and the independent variable has been published in the last 6 months. To measure the occurrence of a LTE in the last six months, we used the List of Threatening Experiences.

Results. Having experienced a LTE was associated with a suicide attempt (RR = 1.475, 95% CI, $p = 0.001$). The specific LTE that showed a statistically positive association were having broken a stable relationship, having personal problems with someone close to the environment and not finding a job or suffering a serious economic crisis.

Conclusions. Suffering an LTE significantly increases the risk of suicide in the following 6 months. Having broken a stable relationship is presented as the most important. More studies are needed to explore the role of LTE as precipitating factors of suicidal behaviour.

Keywords. Suicide, stressful life event, prevention.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es uno de los mayores retos de la salud pública a nivel mundial. Cada año se producen más de 800.000 muertes por suicidio y se estima que el número de intentos es unas veinte veces mayor¹. El suicidio es la primera causa de muerte no natural en España y la segunda causa de muerte en general en población joven².

A diferencia de otros problemas de salud pública, la mortalidad y la morbilidad de las conductas suicidas no han disminuido en las últimas décadas, en parte debido a la falta de predictores válidos que nos alerten de una situación de riesgo³. Actualmente, existen varios factores asociados al suicidio, pero ninguno de ellos por sí solo es lo suficientemente fuerte como para identificarse como marcador claro de riesgo⁴.

Recientemente, algunos autores han tratado de crear modelos integradores que tratan de abarcar todas las facetas de la conducta suicida. Entre los más aceptados destaca el modelo motivacional-volitivo de O'Connor & Kirtley⁵. Este modelo entiende el suicidio como un proceso dinámico en el que los distintos factores de riesgo influyen en tres fases diferenciadas –premotivacional, motivacional y volitiva–, dando como resultado final la conducta suicida. En la fase final volitiva, O'Connor & Kirtley⁵ contemplan los factores precipitantes como el acceso a los medios, la impulsividad, los intentos de suicidio pasados o los AVEs, entre otros, que están asociados con el intento de suicidio.

Otro modelo de gran aceptación es el desarrollado por Turecki & Brent⁶, que distingue asimismo tres etapas: distal, medial y proximal. En la fase proximal destacan factores como el abuso de sustancias, la biología y genética, la desesperanza, el humor deprimido o los AVEs. Desde el punto de vista preventivo, cobran especial importancia los factores más proximales, que actúan como precipitantes de la conducta suicida y en los cuales se va a centrar nuestro estudio.

Los AVEs son un factor de riesgo suicida reconocido para la conducta suicida. En el modelo motivacional-volitivo, los AVEs son considerados como factor de riesgo distal, mientras que en el modelo integrado de Turecki & Brent⁶ se refleja su posible doble naturaleza: como factor de riesgo distal, cuando ocurren en edad temprana; como factor precipitante, cuando suceden en la edad adulta.

Diversos estudios han relacionado la presencia de AVEs con el suicidio^{7,8}. Algunos de ellos han considerado los AVEs como concepto unitario, sin tener en cuenta qué peso tienen los distintos acontecimientos sobre la ulterior conducta suicida, mientras que otros han estudiado de forma separada cada uno de los eventos. Así, Chen & Roberts⁹ encontraron que el AVE relacionado con un mayor riesgo de conducta suicida en los varones era haber tenido un problema legal criminal con un OR de 2,76, mientras que en las mujeres el de mayor riesgo era haber tenido problemas íntimos de pareja con un OR de 2,04. Paul¹⁰ encuentra que el AVE relacionado con un mayor riesgo de conducta suicida en jóvenes adolescentes es haber experimentado una ruptura de pareja, con un OR de 1,88, además de otros AVEs como pérdidas familiares o conflictos con los padres, pareja o hermanos. Además, el humor depresivo, el trastorno disruptivo del comportamiento o los trastornos por abuso de sustancias incrementaban el riesgo de la conducta suicida.

Asimismo, estos estudios suelen centrarse en el efecto a largo plazo de los AVEs, con menor atención a los efectos en el corto plazo, es decir, su acción sobre las últimas fases de la trayectoria suicida.

Este estudio tiene como objetivo explorar el papel de los AVEs como factores precipitantes de la conducta suicida. Para ello, empleamos un diseño de tipo casos y controles para estudiar la presencia de AVEs en los últimos seis meses como desencadenantes de una crisis suicida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Contexto

Este estudio ha sido desarrollado en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Cuenta con la aprobación del comité de Ética de dicho hospital y se ha realizado siguiendo las normas dictadas en la Declaración de Helsinki.

Diseño y muestra

Nuestro estudio presenta un diseño longitudinal retrospectivo, de tipo casos y controles. Todos los pacientes fueron reclutados en el Departamento de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz (Madrid, España). Nuestros

casos son 320 pacientes adultos atendidos en el servicio de Urgencias de la Fundación Jiménez Díaz por una crisis suicida, concepto que integra tanto la realización de un intento de suicidio como el presentar ideación suicida grave, medida con la escala *Columbia Suicide Severity Rating Scale* (CSSRS)¹¹. Nuestros controles son 640 adultos atendidos por cualquier otro motivo en las consultas de Psiquiatría del mismo hospital. Los controles se seleccionaron entre una muestra total de 11.274 pacientes y fueron apareados por sexo y edad con los casos, alcanzando una proporción 2:1 (controles:casos) en el tamaño de ambas muestras. Los criterios de exclusión fueron: ser menor de edad, ser incapaz de responder a los cuestionarios y presentar una merma en las facultades cognitivas que impida comprender y dar consentimiento informado. El reclutamiento y la realización de los cuestionarios fueron llevados a cabo por psiquiatras, psicólogos clínicos y residentes de Psiquiatría en consulta en el momento de atender al paciente. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado para participar en el estudio. La recogida de datos tuvo lugar entre mayo de 2014 y septiembre de 2016.

Recogida de datos y mediciones empleadas

Los datos se recogieron mediante la plataforma digital MEmind, que se emplea de forma rutinaria en el servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Esta plataforma se compone de diversos cuestionarios estandarizados así de como de formularios para la recolección de datos sociodemográficos, diagnóstico, tratamiento actual.

La variable principal de estudio fue la presentación de una crisis suicida atendida en el servicio de urgencias. Variables relacionadas con este evento fueron el método escogido en el caso de intento de suicidio (intoxicación medicamentosa, ahorcadura, venoclisis, asfixia, quemadura, arma de fuego y precipitación). Las variables independientes recogidas fueron: diagnóstico clínico, acontecimientos vitales estresantes y factores sociodemográficos.

El diagnóstico psiquiátrico se realizó de forma clínica de acuerdo con los criterios de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades Edición 10ª (CIE-10)¹².

La ideación suicida se midió mediante la escala CSSRS. El cuestionario utilizado para recoger los acontecimientos vitales estresantes fue el *List of Threatening Experiences* (LTE)¹³. Se trata de un cuestionario de 12 ítems que cubre una amplia variedad de AVEs ocurridos en los 6 meses previos a la entrevista.

Análisis estadístico

Todos los cálculos estadísticos fueron realizados usando el software SPSS versión 24.0. Calculamos la frecuencia de los AVEs en ambas poblaciones, así como la prevalencia de las variables clínicas y sociodemográficas. Realizamos una regresión logística binaria para explorar las asociaciones entre la variable principal y las variables independientes recogidas y construimos un modelo de asociación multivariable para revelar los factores asociados independientemente al intento de suicidio. Todos los test fueron de dos colas, se usó un intervalo de confianza del 95 % (CI) y la significación estadística asignada se estableció en $p < 0,05$.

Resultados

Las características basales de casos y controles se muestran en la Tabla 1. La distribución por sexos fue similar a ambos grupos, con un mayor porcentaje de mujeres en ambos grupos. Entre los casos hubo un mayor porcentaje de individuos solteros y separados que entre los controles. En cuanto a la ocupación, entre los casos hubo mayor frecuencia de estudiantes, personas en paro e incapacitados de forma temporal. Los diagnósticos más frecuentes en ambos grupos fueron los trastornos de ansiedad. Con respecto al método de suicidio empleado, el más frecuente fue la intoxicación medicamentosa voluntaria (85 %).

De los 320 controles, 62 acudieron a las urgencias por un intento suicidio. El método de suicidio más frecuente fue la intoxicación medicamentosa. 258 pacientes acudieron a las urgencias por ideación suicida.

Encontramos una mayor frecuencia de AVEs ocurridos en los 6 últimos meses entre los casos comparados con los controles (ver Figura 1). Concretamente, los AVEs que se encontraron con mayor frecuencia en el grupo de casos fueron haber roto una relación estable, haber tenido problemas con alguien cercano, haber estado en situación de desempleo y haber pasado por una crisis económica grave. Haber experimentado algún AVE se asoció significativamente con cometer un intento de suicidio (RR = 1,475, IC del 95 %, $p = 0,001$) (ver Tabla 2). Con respecto a los AVEs específicos, aquellos con una asociación positiva estadísticamente significativa fueron: haber roto una relación estable, tener problemas personales con alguien cercano del entorno y no encontrar empleo o sufrir una crisis económica grave. La muerte de un amigo se asoció de manera significativa y negativa con el riesgo de intento de suicidio, mientras que el resto produjo resultados no significativos. El AVE con la asociación más fuerte con el intento de suicidio fue haber roto una relación estable (RR = 2,156, IC del 95 %, $p = < 0,001$).

Tabla 1	Descripción de la muestra			
	Total casos (n = 320)		Controles (n = 640)	
	%	Media (DE)	%	Media (DE)
Sexo				
Varón	38,8 %		38,8 %	
Mujer	61,3 %		61,3 %	
Edad (años)		41,5 (14,36)		41,5 (14,36)
Estado civil				
Casado/pareja estable	33,7 %		53,5 %	
Separado/divorciado	48,3 %		35,3 %	
Soltero	16,2 %		9,6 %	
Viudo	1,9 %		1,6 %	
Intentos de suicidio previos (sí/no)				
Uno	21,5 %		0 %	
Dos	11,9 %			
Tres o más	19,1 %			
Estado laboral				
Activo/estudiante	54,0 %		39,8 %	
En paro	25,2 %		31,2 %	
Incapacitado	15,7 %		23,7 %	
Jubilado	5,1 %		5,3 %	
Diagnóstico psiquiátrico				
Trastornos afectivos	30,2 %		23,5 %	
Trastornos de ansiedad	44,6 %		44,5 %	
Trastornos psicóticos	7,0 %		18,1 %	
Consumo perjudicial de tóxicos	18,5 %		8,7 %	
Trastornos de personalidad	33,9 %		14,2 %	
Otros diagnósticos	5 %		11,9 %	
Método empleado en el intento de suicidio				
Intoxicación	85,6 %			
Ahorcamiento	1,4 %			
Defenestración	2,8 %			
Ahogamiento	1,2 %			
Cortes	10,4 %			
Quemadura	0,7 %			
Arma de fuego	0,7 %			

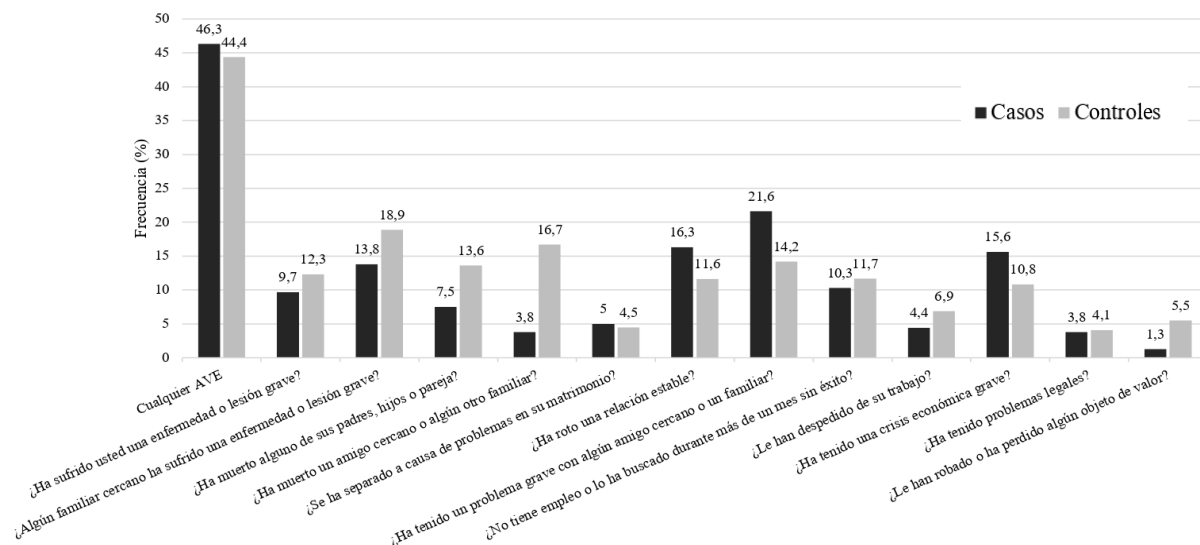


Figura 1 Frecuencia de acontecimientos vitales estresantes en los últimos 6 meses en casos y controles

Tabla 2		
Asociación entre intento de suicidio y AVE en los 6 meses previos		
	OR (95 % CI)	Valor p
Cualquier AVE	0,93 (0,71–1,21)	0,582
N.º de AVEs	0,94 (0,86–1,02)	0,119
¿Ha sufrido usted una enfermedad o lesión grave?	0,76 (0,49–1,18)	0,224
¿Algún familiar cercano ha sufrido una enfermedad o lesión grave?	0,68 (0,47–1,00)	0,470
¿Ha muerto alguno de sus padres, hijos o pareja?	0,52* (0,32–0,83)	0,006
¿Ha muerto un amigo cercano o algún otro familiar?	0,19* (0,11–0,36)	0,000
¿Se ha separado a causa de problemas en su matrimonio?	1,11 (0,59–2,07)	0,746
¿Ha roto una relación estable?	1,48* (1,01–2,18)	0,044
¿Ha tenido un problema grave con algún amigo cercano o un familiar?	1,66* (1,17–2,35)	0,004
¿No tiene empleo o lo ha buscado durante más de un mes sin éxito?	0,87 (0,56–1,34)	0,516
¿Le han despedido de su trabajo?	0,62 (0,33–1,15)	0,129
¿Ha tenido una crisis económica grave?	1,53* (1,04–2,27)	0,033
¿Ha tenido problemas legales?	0,92 (0,46–1,85)	0,815
¿Le han robado o ha perdido algún objeto de valor?	0,22* (0,08–0,62)	0,004
*Estadísticamente significativo (p < 0,05)		
AVE = Acontecimiento Vital Estresante; OR = Odds Ratio		

En la Tabla 3 podemos observar otros factores que aumentaron significativamente el riesgo de intento de suicidio: estar separado/divorciado, poseer un diagnóstico de patología psiquiátrica del Eje I y, aún en mayor medida, presentar un diagnóstico en el Eje II, así como presentar comorbilidad entre ambos ejes.

Tres variables se asociaron de forma significativa e independiente con los intentos de suicidio en el modelo de asociación multivariable: cualquier AVE (RR = 1,402, IC del 95 %) comorbilidad entre los ejes I y II (RR = IC del 95 %, p = 0,013) y mayor edad (RR = 0,972, IC del 95 %, p = < 0,001).

Tabla 3			
Otros factores asociados a comportamiento/ideación suicida			
		OR (95 % CI)	Valor p
Estado Civil	Casado	1 (ref)	
	Soltero	2,17* (1,60–3,00)	< 0,001
	Separado/Divorciado	2,67* (1,71–4,16)	< 0,001
	Viudo	1,85 (0,64–5,32)	0,254
Estado laboral	Activo/Estudiante/Am@ de casa	1 (ref)	
	En paro	0,60* (0,43–0,84)	0,003
	Jubilado	0,71 (0,37–1,37)	0,306
	Incapacitado	0,49* (0,33–0,72)	< 0,001
Diagnóstico	Consumo perjudicial de tóxicos	1,88* (1,40–2,52)	< 0,001
	Trastorno psicótico	0,41* (0,27–0,63)	< 0,001
	Trastorno afectivo	1,23 (0,96–1,57)	0,095
	Trastornos de ansiedad	0,90 (0,71–1,14)	0,395
	Trastornos de personalidad	2,67* (1,98–3,58)	< 0,001
	Otros	0,07* (0,01–0,52)	0,009
	*Estadísticamente significativo (p < 0,05)		
OR = Odds Ratio			

DISCUSIÓN

Tanto los AVEs tomados en su conjunto como determinados AVEs considerados individualmente han mostrado una asociación significativa con los intentos de suicidio. Así, nuestros resultados sugieren que los AVEs son un factor desencadenante de los intentos de suicidio y la ideación autolítica. El tiempo de referencia tomado (últimos 6 meses) indica que los AVEs tienen la capacidad de incrementar la ideación y el riesgo de suicidio a corto plazo.

Comparación con la literatura previa

Nuestros estudios concuerdan con los hallazgos de estudios previos, tales como el de Asgeirdottir *et al.* (2018)¹⁴ en el que se halló que más de tres cuartas partes de los pacientes con conducta suicida habían experimentado algún AVE. Otros estudios^{15,16} también señalaron la importancia de los AVEs como

factor de riesgo para la conducta suicida. Heikkinen *et al.* (1995)¹⁷ encuentran en población anciana de víctimas de suicidio (60 años) relación entre tener una enfermedad somática en los últimos 3 meses y cometer suicidio. En población joven de víctimas de suicidio, algunos estudios encuentran relación entre problemas familiares, pérdida de un ser querido, problemas económicos, desempleo y cambios de residencia e intento de suicidio. Srivastava *et al.* (2004)¹⁸ hallan asociaciones entre el intento de suicidio en población joven de víctimas suicidas en el siguiente orden: desempleo, falta de educación formal, AVEs generales en los últimos 6 meses (problemas económicos y conflictos interpersonales en pareja y familia, como los más frecuentes), sufrimiento causado por enfermedades físicas y sufrimiento por dolor idiopático. Irigoyen *et al.* (2018)¹⁹ también observan una relación entre un nuevo intento de suicidio en los últimos 6 meses y tres factores de riesgo: diagnóstico de un trastorno de personalidad del Clúster B, buena adherencia terapéutica y al menos un intento de suicidio previo antes del último intento. Finalmente, otro estudio²⁰ también encuentra una relación entre el abuso del alcohol y los eventos estresantes diarios y el intento de suicidio, en este caso una hora antes de cometerlo.

La mayoría de estos estudios han evaluado la presencia de AVEs a lo largo de la vida^{21,22}, mientras que nuestro estudio se centra en los AVEs como factores proximales. Estudios más recientes están contribuyendo a la evidencia sobre el papel que los AVEs desempeñan en la trayectoria suicida más a corto plazo, con períodos de referencia que oscilan entre un mes y un año^{23,24}, que se asemejan más a lo realizado en nuestro estudio. Por ejemplo, Liu & Zhang²³ encuentran que los tipos de AVEs que tenían más probabilidades de provocar un intento de suicidio en la muestra rural reclutada (N = 791) de pacientes chinos incluían AVEs relacionados con problemas en el matrimonio (OR = 5,43), familia (OR = 2,46) y amigos (OR = 2,43). En nuestro estudio, el AVE más relevante fue el haber roto una relación estable. Otros estudios también han encontrado que este es un factor de gran importancia, sobre todo en personas jóvenes⁹, mientras que otros han dado mayor importancia a otros factores. Por ejemplo, en un estudio realizado en población sudafricana²⁵, la muerte de un ser querido, el haber sido testigo de violencia (y también abuso sexual) fueron los AVEs más fuertemente asociados al suicidio. Estas diferencias también podrían ser explicadas parcialmente por las diferencias interculturales.

Tanto la presencia de patologías en el Eje II, como la comorbilidad entre los diagnósticos de Eje I y los del Eje II, emergieron como importantes factores asociados a la conducta suicida en nuestro estudio. Una personalidad patológica puede predisponer a la conducta suicida por medio de interacción social disfuncional, que impediría crear los lazos estables de relación con los demás y predispondría a

la ausencia de una adecuada red de apoyo. Estudios anteriores también han mostrado asociación entre los trastornos de personalidad y el riesgo de suicidio. Un reciente estudio prospectivo realizado en población española identificó a los trastornos de personalidad de Clúster B como uno de los principales factores asociados a la conducta suicida¹⁹. Un reciente estudio francés²⁶ confirma algo similar, en el que los pacientes con trastorno límite de personalidad eran nueve veces más propensos a tener un perfil de "suicidas graves repetidores", en comparación con los que no tenían. Asimismo, numerosos estudios^{27,28,29} muestran la relación entre los trastornos de personalidad, los estados depresivos y el estrés postraumático, que a su vez están fuertemente relacionados con la suicidalidad.

En nuestro estudio, el AVE más fuertemente asociado a la conducta suicida fue el haber roto una relación estable. Esto puede llamar la atención al compararlo con AVEs con un aparente mayor potencial traumático, como puede ser la pérdida de un ser querido. Sin embargo, debemos tener en cuenta que la mayoría de los intentos fueron realizados con un método de baja letalidad como es la intoxicación medicamentosa voluntaria. En el tipo de intentos por una ruptura de pareja pueden estar implicados sentimientos de impulsividad, con escasa planificación suicida, y con acción movilizadora del medio. En este sentido, algunos autores hablan de la existencia de distintos fenotipos suicidas con características diferentes, como el fenotipo de los que intentan el suicidio frente a los que lo completan, o el fenotipo de los "grandes repetidores"^{31,32}. En nuestro estudio, casi el 20 % de los participantes habían cometido tres o más intentos de suicidio previos. Se ha comprobado que, en las personas con más intentos previos, la impulsividad juega un papel muy importante^{31,32}. El suicidio es una conducta humana muy compleja y es posible que estemos intentando integrar conceptos dispares bajo un único término.

Implicaciones para la práctica clínica

En nuestro estudio hemos visto que los AVEs tienen capacidad para ser factores proximales de la conducta suicida, constituyendo un impacto agudo/subagudo, que puede desencadenar a corto plazo un acto impulsivo de fatales consecuencias. Por ello, la evaluación de los AVEs puede tener un importante papel para la prevención de la conducta suicida en la práctica clínica.

A la vista de la evidencia creciente sobre la importancia de los AVEs como factores proximales a la conducta suicida cabe preguntarse sobre la necesidad de incluir preguntas sobre ellos en la anamnesis en presencia de otros factores de riesgo de suicidio, tales como la depresión o los antecedentes de intentos de suicidio previos²⁰. Esto requerirá no solo herramientas adecuadas para la detección precoz de la conducta

suicida, sino también de profesionales que estén informados y formados para hacer un *screening* adecuado. Existen protocolos breves de suicidio que permiten la inclusión de esta clase de preguntas sin aumentar excesivamente el tiempo de exploración. Esta es una práctica llevada a cabo por nuestro equipo de investigación en el servicio de Urgencias, donde ha sido realizado este estudio. Por otro lado, la primera atención que se da en los servicios de emergencia a los pacientes con conducta suicida requiere que se inicie de forma eficaz la cadena de cuidados, que pasa por una adecuada atención médica, garantizando el bienestar físico del paciente, seguida por la derivación a los servicios de Psiquiatría, que atenderán al paciente primeramente en el propio servicio de Urgencias, para después continuar el seguimiento a través de las consultas externas. La inclusión de preguntas sobre la ideación autolítica en la anamnesis a pacientes de riesgo sigue siendo un tema pendiente en atención primaria^{33,34,35}.

Limitaciones

Entre las limitaciones de nuestro estudio encontramos el llamado *recall bias*, por el cual una persona con un mayor estado de sufrimiento es capaz de recordar con mayor intensidad los AVEs ocurridos en el pasado. Finalmente, en nuestra muestra no hubo intentos de suicidio consumados, lo que puede ser debido a que muchos de estos no llegan a acudir a las Urgencias, ya que la defunción se produce antes de poder recibir ayuda médica.

Conclusión

Sufrir un AVE aumenta significativamente el riesgo de suicidio en los siguientes seis meses, actuando como un factor proximal en el camino hacia el suicidio. Romper una relación surge como el más poderoso AVE en contraste con experiencias más aparentemente traumáticas, como la pérdida de un ser querido. Como se mostró en estudios previos, los trastornos de personalidad son factores de riesgo importantes para el suicidio. Las frecuentes dificultades con las relaciones personales y la intimidad que experimentan las personas con trastorno de personalidad pueden aumentar el impacto de los AVEs relacionados con su rol como un desencadenante de la conducta suicida.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha recibido apoyo financiero por parte de Instituto de Salud Carlos III (ISCIII PI13/02200; PI16/01852; CM19/00026), Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (20151073), American Foundation for Suicide Prevention (LSRG-1-005-16), Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (RTI2018-099655-B-I00; TEC2017-92552-EXP) y Comunidad de Madrid (Y2018/TCS-4705, PRACTICO-CM).

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores confirman que no tienen conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. [Página web en internet]. 2019 Sep [citado 9 Septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- Fundación Salud Mental España. España. Suicidios 2016. [Página web en internet]. 2019 Sep [citado 9 Septiembre 2019]. 2019 Sep [citado 10 Septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2016/espa%C3%B1a-suicidios-2016/>
- Oquendo MA, Sullivan GM, Sudol K, Baca-García E, Stanley BH, Sublette ME, Mann JJ. Toward a biosignature for suicide. *Am J Psychiatry* 2014;171(12):1259-77.
- De Leon J, Baca-García E, Blasco-Fontecilla H. From the Serotonin Model of Suicide to a Mental Pain Model of Suicide. *Psychother Psychosom* 2015;84(6):323-329.
- O'Connor R, Kirtley O. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2018;373(1754):20170268.
- Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*. 2016.
- Serafini G, Muzio C, Piccinini G, Flouri E, Ferrigno G, Pompili M, et al. Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2015.
- Liu RT, Miller I. Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review*.
- Chen T, Roberts K. Negative Life Events and Suicide in the National Violent Death Reporting System. *Arch Suicide Res*. 2019 Oct 22:1-15. doi: 10.1080/13811118.2019.1677275. Epub ahead of print. PMID: 31638469.
- Paul E. Proximally-occurring life events and the first transition from suicidal ideation to suicide attempt in adolescents. *J Affect Disord*. 2018 Dec 1;241:499-504. doi: 10.1016/j.jad.2018.08.059. Epub 2018 Aug 14. PMID: 30149338.
- Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168:1266-1277.
- Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10): Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1992.
- Brugha T, Bebbington P, Tennant C, Hurry J. The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event cate-

- gories with considerable long-term contextual threat. *Psychol Med* 1985;15(1):189-194.
14. Ásgeirsdóttir H, Valdimarsdóttir U, Þorsteinsdóttir P et al. The association between different traumatic life events and suicidality. *Eur J Psychotraumatol* 2018;9(1):1510279.
 15. Tang F, Xue F, Qin P. The interplay of stressful life events and coping skills on risk for suicidal behavior among youth students in contemporary China: a large scale cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1).
 16. Stewart J, Shields G, Esposito E, Cosby E, Allen N, Slavich G et al. Life Stress and Suicide in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2019;47(10):1707-1722.
 17. Heikkinen M, Lönnqvist J. Recent Life Events in Elderly Suicide: A Nationwide Study in Finland. *Int Psychogeriatr* 1995;7(2):287-300.
 18. Srivastava NK, Sahoo RN, Ghotekar LH, SrihariDutta, Danabalan M, Dutta TK y Das A. Risk Factors Associated with Attempted Suicide: A Case Control Study. *Indian J Psychiatry* 2004;46(1), 33-38.
 19. Irigoyen M, Porrás-Segovia A, Galván L et al. Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: A survival analysis. *J Affect Disord* 2019;247:20-28.
 20. Bagge C, Littlefield A, Conner K, Schumacher J, Lee H. Near-term predictors of the intensity of suicidal ideation: An examination of the 24h prior to a recent suicide attempt. *J Affect Disord* 2014;165:53-58.
 21. Osvath P, Vörös V, Fekete S. Life Events and Psychopathology in a Group of Suicide Attempters. *Psychopathol Rev* 2004;37(1):36-40.
 22. Fjeldsted R, Teasdale T, Jensen M, Erlangsen A. Suicide in Relation to the Experience of Stressful Life Events: A Population-Based Study. *Arch Suicide Res* 2016;21(4):544-555.
 23. Liu Y, Zhang J. The Impact of Negative Life Events on Attempted Suicide in Rural China. *J Nerv Ment Dis* 2017;1.
 24. Liu B, Zhang J, Chu J, Qiu H, Jia C, Hennessy D. Negative life events as triggers on suicide attempt in rural China: a case-crossover study. *Psychiatry Res* 2019;276:100-106.
 25. Sorsdahl K, Stein D, Williams D, Nock M. Associations Between Traumatic Events and Suicidal Behavior in South Africa. *J Nerv Ment Dis* 2011;199(12):928-933.
 26. Ducasse D, Lopez-Castroman J, Dassa D et al. Exploring the boundaries between borderline personality disorder and suicidal behavior disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2019.
 27. Lutz P, Mechawar N, Turecki G. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Mol Psychiatry* 2017;22(10):1395-1412.
 28. Hakulinen C, Elovainio M, Pulkki-Råback L, Virtanen M, Kivimäki M, Jokela M. Personality and depressive symptoms: individual participant meta-analysis of 10 cohort studies. *Depress Anxiety*. 2015;32(7):461-470.
 29. Porrás-Segovia A, Valmisa E, Gutiérrez B, Ruiz I, Rodríguez-Barranco M, Cervilla J. Prevalence and correlates of major depression in Granada, Spain: Results from the GranadSp study. *Int J Soc Psychiatry*. 2018;64(5):450-458.
 30. Wedig M, Frankenburg F, Bradford Reich D, Fitzmaurice G, Zanarini M. Predictors of suicide threats in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychiatry Res* 2013;208(3):252-256.
 31. Blasco-Fontecilla H, Jaussent I, Beziat S et al. P-12 - Major suicide repeaters: patients addicted to suicidal behaviour? An exploratory study. *Eur Psychiatry* 2012;27:1.
 32. Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, Baca-García E, Lopez-Castroman J. Suicide Reattempters. *Harv Rev Psychiatry* 2013;21(6):281-295.
 33. Weber A, Michail M, Thompson A, Fiedorowicz J *Psychiatric Emerg. Med Clin North Am* 2017;101(3):553-571.
 34. Saini P, Windfuhr K, Pearson A et al. Suicide prevention in primary care: General practitioners' views on service availability. *BMC Res Notes* 2010;3(1).
 35. Leahy D, Schaffalitzky E, Saunders J et al. Role of the general practitioner in providing early intervention for youth mental health: a mixed methods investigation. *Early Interv Psychiatry* 2015;12(2):202-216.