

Pacientes hospitalizadas por ideación e intento de suicidio en un Hospital de Salud Mental: características clínico-demográficas y seguimiento a seis meses

Germán Leandro Teti

*Médico especialista en Psiquiatría.
Becario de Investigación, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; Hospital "Dr. Braulio A. Moyano".
Ayudante de Primera, 3a Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.
Equipo DBT, Fundación Foro*

Federico Rebok

*Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal.
Jefe de Servicio, Hospital "Dr. Braulio A. Moyano".
Profesor Adjunto, Cátedra de Urgencias Psiquiátricas, Carrera de especialista en Psiquiatría, Facultad de Medicina, USAL.
Jefe de Trabajos Prácticos, 3a Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.
Investigador Asociado, Carrera del Investigador, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.*

Leandro Nicolás Grendas

*Médico. Jefe de residentes de Psiquiatría, Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez".
Ayudante de Primera, 3a Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.*

Demián Rodante

*Médico. Residencia de Psiquiatría, Hospital "Dr. Braulio A. Moyano".
Ayudante de Primera, 3a Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.*

Agustina Fógola

*Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, UBA.
Asistente de Investigación, 3a Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.*

Federico Manuel Daray

*Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal.
Consultorios Externos, Hospital "Dr. Braulio A. Moyano".
Jefe de Trabajos Prácticos, 3a Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.
Doctor de la UBA, Área Farmacología, Facultad de Medicina.
Investigador Asistente, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina.
E-mail: fdaray@hotmail.com*

Introducción

El suicidio es un problema de alto impacto para la salud pública. Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que la tasa de mortalidad global por suicidio es de 16 por cada 100.000 personas, que cada año se suicidan aproximadamente 1 millón de personas en el mundo y que para el año 2020, el número de defunciones por esta causa crecerá un 50% (1).

En la Argentina, el suicidio también es un problema de alta relevancia. Según los últimos datos disponibles del Ministerio de Salud de la Nación, mueren 3123 personas por año por suicidio y la tasa de suicidio es de 7.6 cada 100000 habitantes (2). En comparación con otras causas de mortalidad, el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario comprendido entre los 15 y los 24 años, la tercera causa de muerte entre 24 y los 35 años y se mantiene dentro de las 10 primeras causas de muerte en ambos sexos hasta los 64 años (3).

Estos datos sólo reflejan una parte del problema, ya que se estima que el número de intentos de suicidio es aproximadamente unas 10-20 veces superior a los suicidios consumados (1). Esto muestra que una correcta evaluación y tratamiento de los pacientes con intento de suicidio es un factor clave para evitar tanto reinternaciones como suicidios consumados. Para poder diseñar estrategias en ese sentido debemos contar con

datos epidemiológicos acerca de estos pacientes a nivel local.

En la Argentina, son pocos los estudios publicados sobre suicidio y conducta suicida. Además de las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud de la Nación y de algunas publicaciones en poblaciones infantojuveniles (2, 4, 5) no contamos con información suficiente en pacientes adultos con conducta suicida que sea útil para planificar estrategias adecuadas.

El presente estudio pretende brindar información en este sentido, teniendo como objetivo determinar el porcentaje de internaciones motivadas por intento o ideación suicida en un Hospital de Salud Mental, describir las características clínico-demográficas de estas pacientes y analizar la frecuencia de eventos desfavorables en el seguimiento a 6 meses.

Métodos

Diseño del estudio

El estudio original, del que se obtienen los datos aquí presentados, es un estudio analítico, observacional, de cohorte prospectivo con seguimiento a 2 años que se está llevando a cabo en el Servicio de Guardia del Hospital "Dr. Braulio A. Moyano" diseñado para determinar los factores de riesgo de suicidio o intento de suicidio.

Resumen

Introducción: El suicidio es un problema de alto impacto para la salud pública. En la Argentina son pocos los estudios publicados sobre suicidio e intento de suicidio. **Objetivo:** Determinar el porcentaje de internaciones motivadas por intento o ideación suicida en un Hospital de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, describir las características clínico-demográficas de estas pacientes y analizar la frecuencia de eventos desfavorables en el seguimiento a 6 meses. **Métodos:** En el presente estudio se emplean los datos basales y de seguimiento de un estudio analítico, observacional, de cohorte prospectivo. **Resultados:** Los datos basales muestran que de la totalidad de pacientes que ingresaron al Servicio de Guardia, el 27% lo hizo por ideación o intento de suicidio. Los diagnósticos más frecuentes fueron: trastorno límite de la personalidad (41%), trastorno depresivo mayor (38%), trastorno bipolar (20%) y esquizofrenia (16%). El método utilizado con más frecuencia en el intento de suicidio fue la sobredosis medicamentosa. En la mitad de las pacientes, el proceso suicida se desarrolló en menos de 10 minutos. Los datos del seguimiento muestran que el 22% de las pacientes presentó un nuevo intento de suicidio y el 34% tuvo una reinternación a 6 meses. **Conclusiones:** En conjunto, estos resultados describen las características de las pacientes suicidas asistidas en un Hospital de Salud Mental, muestran la baja eficacia de las intervenciones y plantean la necesidad de diseñar nuevas estrategias para el manejo de las mismas.

Palabras claves: Proceso suicida - Letalidad - Reinternaciones.

PATIENTS HOSPITALIZED FOR SUICIDAL IDEATION AND SUICIDE ATTEMPT IN A MENTAL HEALTH HOSPITAL: CLINICO-DEMOGRAPHICAL FEATURES AND 6-MONTH FOLLOW-UP

Abstract

Background: Suicide is an issue of high public health impact. In Argentina there are few published studies on suicide and suicide attempt. **Objective:** To determine the percentage of hospitalizations caused by suicidal attempt or suicidal ideation in a Mental Health Hospital of the City of Buenos Aires, describe the clinical and demographic characteristics of these patients and to analyze the frequency of adverse events at a 6-month follow-up. **Methods:** In the present study, baseline and follow-up data of an analytical, observational, prospective cohort study are used. **Results:** Baseline data show that of all patients who entered the Emergency Department, 27% did so for ideation or suicide attempt. The most frequent diagnoses were: borderline personality disorder (41%), major depressive disorder (38%), bipolar disorder (20%) and schizophrenia (16%). The method most commonly used during the suicide attempt was drug poisoning. In half of the patients, the suicidal process was developed in less than 10 minutes. Monitoring data show that 22% of patients had a new attempted suicide and 34% had a readmission in a 6-month period. **Conclusions:** Together, these results describe the characteristics of suicide patients admitted to a Mental Health Hospital and show the low efficacy of interventions and the need to devise new strategies for the management of suicidal patients.

Key words: Suicidal process - Lethality - Readmissions.

El mismo consta de dos etapas. En la primera, dos psiquiatras entrevistaron a las pacientes internadas por ideación o intento de suicidio para recolectar los datos clínico-demográficos basales y aplicar una serie de escalas. En la segunda, obtuvieron los datos del seguimiento de los pacientes, telefónicamente, cada 6 meses durante el período de seguimiento de 2 años.

En el presente reporte se emplean los datos basales y del primer seguimiento (6 meses) de las pacientes incluidas en dicho estudio.

El Hospital "Dr. Braulio A. Moyano" es un Hospital de Salud Mental ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que presta atención a pacientes de sexo femenino, entre 18 y 65 años.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital "Dr. Braulio A. Moyano" y todas las pacientes que participaron dieron su consentimiento informado por escrito.

Población

Se entrevistó a todas las pacientes hospitalizadas en forma consecutiva en el Servicio de Guardia del Hospital "Dr. Braulio A. Moyano" durante el período comprendido entre agosto de 2012 y febrero de 2014 (19 meses).

Aquellas pacientes que ingresaron por ideación o intento de suicidio fueron evaluadas por el equipo de investigación. Se definió ideación suicida como cualquier expresión del pensamiento de quitarse la vida e intento de suicidio como la conducta potencialmente autolesiva con un resultado no fatal, para la que existen pruebas (explícitas o implícitas) de que la persona tiene la intención de matarse (6).

La evaluación inicial consistió en determinar si las pacientes cumplían con los criterios de inclusión: a) edad mayor o igual a 18 años y menor o igual a 65 años; b) ingreso al Hospital por ideación o intento de suicidio; c) brindar el consentimiento por escrito para participar del estudio. Se excluyeron las pacientes que: a) no se encontraban en condiciones de responder de forma autónoma (ya sea por los efectos sedativos de la medicación o por problemas de idioma); b) eran rápidamente derivadas a otra institución; c) pacientes cuya ocupación estaba relacionada con la salud mental.

Las pacientes que cumplían con estos criterios eran elegibles para la recolección de los datos clínicos-demográficos basales y la aplicación de las de escalas.

Medidas

En el análisis basal se aplicó un cuestionario semiestructurado con variables demográficas y clínicas, las escalas diagnósticas Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), Escala Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) y Escala de Columbia para Evaluar el Riesgo Suicida (C-SSRS).

Por otra parte, se evaluó la duración del proceso suicida: éste se definió como el tiempo transcurrido entre el

primer pensamiento actual y el intento de suicidio (7). Para su evaluación se emplearon las categorías de tiempo definidas por Deisenhammer y cols. (7).

También se aplicaron la Escala de Desesperanza de Beck (HS), la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), la Escala de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI), la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE), la Escala de Hamilton para Depresión (HDRS), la Escala SF-12 para Calidad de Vida y la Escala de Adaptación Social, pero los resultados no se muestran en el presente estudio, ya que estos datos fueron tomados para evaluar estas variables como factores de riesgo de suicidio e intento de suicidio.

El seguimiento fue protocolizado tal como se describe a continuación. Dos entrevistadores entrenados contactaron telefónicamente a la paciente una vez cumplido el tiempo de seguimiento; si no era posible comunicarse con ella, se intentaba en días y horarios alternativos durante una semana. Si no se lograba la comunicación, se llamaba a los dos contactos de referencia que la paciente había brindado al ingreso. Si tampoco era posible la comunicación con los contactos, se intentaba a través del correo electrónico de la paciente. Cuando estas tres instancias fallaban se declaraba como "pérdida en el seguimiento".

En el caso de que se pudiera establecer la comunicación con la paciente o con alguno de sus contactos, el entrevistador indagó si en el transcurso del período de seguimiento la paciente había presentado o no un evento desfavorable (ED). Se definió al evento desfavorable como la presencia de nuevos intentos de suicidio, hospitalizaciones o suicidios consumados. En caso de que la paciente hubiese tenido un nuevo intento, se estableció el grado de letalidad del mismo empleando la C-SSRS. También se indagó sobre la continuidad o no de tratamiento tanto psicoterapéutico como psicofarmacológico (registrando además el tipo de fármaco que estaba recibiendo).

Análisis estadístico de los datos

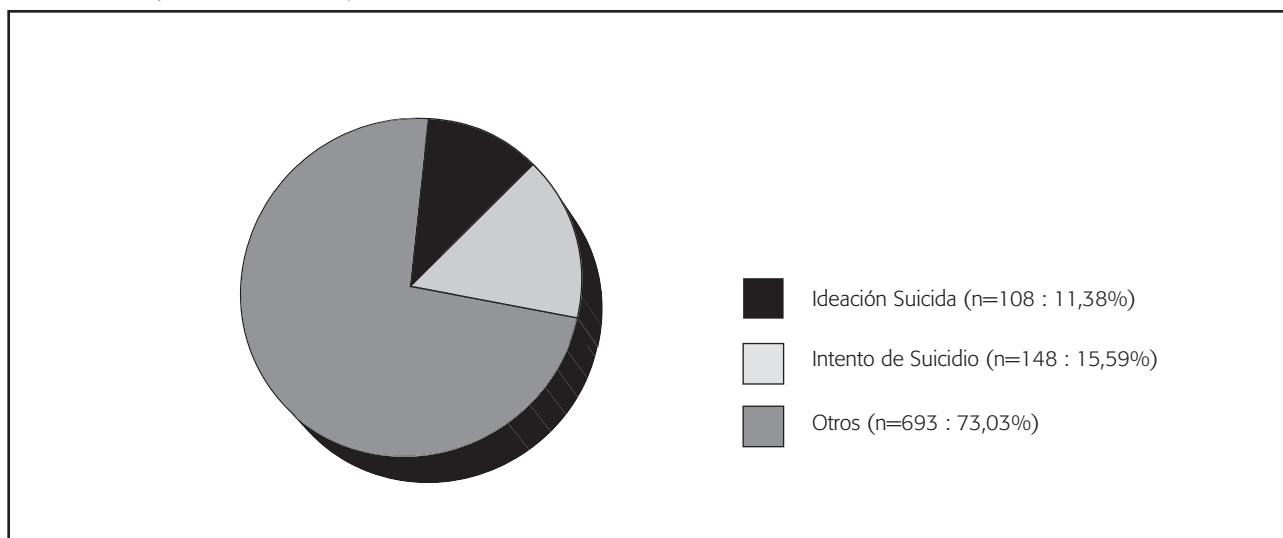
Las medidas categóricas se presentan como frecuencia o porcentaje; las medidas continuas se expresaron como media \pm desviación estándar (DE) cuando la distribución fue normal, mientras que cuando la distribución no fue normal se expresaron como mediana con su respectivo intervalo intercuartílico. Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software STATA 11.0.

Resultados

Un total de 949 pacientes fueron hospitalizadas durante el período del estudio. De estas, 108 pacientes (11%) ingresaron por ideación suicida, 148 (16%) por intento de suicidio y 693 (73%) por otras causas (ver Figura 1).

Las 256 pacientes que ingresaron por ideación o intento de suicidio fueron evaluadas para su participación en el estudio. De estas, 25 fueron excluidas por no

Figura 1. Porcentaje de internaciones motivadas por intento o ideación suicida en la guardia del Hospital «Dr. Braulio A. Moyano» durante el período en estudio (n=949).

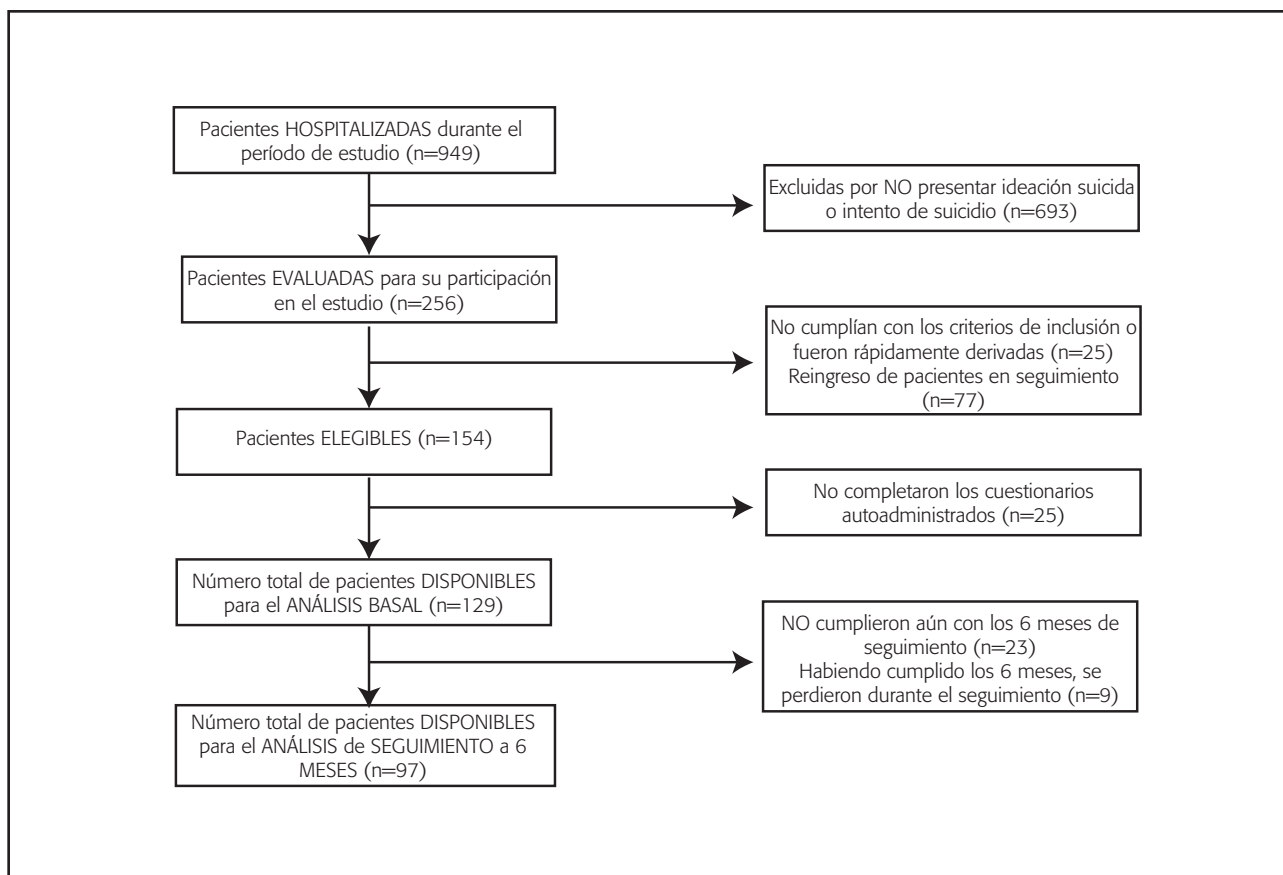


cumplir con los criterios de inclusión o por haber sido rápidamente derivadas a otras instituciones; y 77 fueron excluidas por constituir reingresos hospitalarios de pacientes que ya habían sido evaluadas y estaban en seguimiento. Del total de 154 pacientes elegibles, 25 fueron excluidas por no completar la totalidad de los cuestionarios. El número total de pacientes disponibles para el análisis basal fue de 129 (ver Figura 2).

De las pacientes incluidas en el análisis basal (n=129), 26 no habían cumplido los 6 meses de seguimiento al momento en que fue redactado este manuscrito, y un total de 9 pacientes fueron pérdidas durante el seguimiento. Por esto, el número total de pacientes incluidas para el análisis de seguimiento a los 6 meses fue de 97 (ver Figura 2).

En la Tabla 1 se describen las características clínico-demográficas de las pacientes incluidas en el estudio,

Figura 2. Flujo de las pacientes incluidas en el estudio.



entre las que destacan: edad promedio de 37 años, 11 años de escolaridad y 70% de desocupación. Dos tercios de las pacientes habían sido víctimas de abuso físico y la mitad de ellas, de abuso sexual. Casi la mitad presen-

taban un antecedente familiar de intento de suicidio y una de cada cuatro pacientes, antecedente familiar de suicidio consumado.

Tabla 1. Características clínico-demográficas de las pacientes incluidas en estudio (n=129).

VARIABLES	
Edad, media (DE)	37.31 (11.98)
Casado - Concubinato, N (%)	42 (32.56)
Años de escolaridad, media (DE)	10.95 (3.21)
Trabaja, N (%)	39 (30.23)
Práctica religiosa, N (%)	54 (41.86)
Antecedente de abuso físico, N (%)	81 (62.79)
Antecedente de abuso sexual, N (%)	65 (50.39)
Antecedente familiar de IS, N (%)	58 (44.96)
Antecedente familiar de S, N (%)	35 (27.13)

DE: desvío estándar; IS: intento de suicidio; S: suicidio consumado.

En la Tabla 2 se describen los diagnósticos psiquiátricos realizados a las pacientes incluidas en el estudio. Entre los diagnósticos del Eje I destacan el trastorno depresivo mayor (38%), el trastorno bipolar (20%), la esquizofrenia (16%), el trastorno por abuso de sustan-

cias (10%) y el trastorno por estrés postraumático (5%). El 47% de las pacientes incluidas presentaron algún diagnóstico del Eje II; de éstas, el 90% cumplieron criterios diagnósticos para trastorno límite de la personalidad.

Tabla 2. Diagnóstico psiquiátrico de las pacientes incluidas en el estudio (n=129).

DIAGNÓSTICO	
Eje I	
Trastorno depresivo mayor, N (%)	49 (37.98)
Trastorno bipolar, N (%)	25 (19.38)
Esquizofrenia, N (%)	21 (16.28)
Trastorno por abuso de sustancias, N (%)	12 (9.30)
Trastorno de estrés postraumático, N (%)	7 (5.43)
Otro, N (%)	15 (11.63)
Eje II	
Trastorno límite de la personalidad, N (%)	53 (41.09)
Otros, N (%)	8 (6.20)

Entre las pacientes que realizaron un intento de suicidio (n=93), la edad promedio al primer intento fue de 25 años, con una mediana de dos intentos previos y una hospitalización previa. El 82% había presentado al menos un intento de suicidio y el 69% tenía el antecedente de al menos una hospitalización. Más del 70% de las pacientes habían presentado, en el episodio índice,

un intento de letalidad médica igual o mayor a grado 2 (ver Tabla 3).

Entre los métodos utilizados en el intento de suicidio, destaca la sobreingesta medicamentosa (más de la mitad de las pacientes), seguida por la combinación de sobreingesta y corte (16%), el corte (14%) y el ahorcamiento (5%) (ver Tabla 4).

Tabla 3. Aspectos relevantes sobre la conducta suicida en pacientes con intento de suicidio (n=93).

Variables	
Edad del primer intento de suicidio, media (DE)	25.54 (14.23)
Número de intentos de suicidio previos, mediana (25-75)	2 (1-4)
Número de hospitalizaciones previas, mediana (25-75)	1 (0-3)
Pacientes con al menos un intento de suicidio previo, N (%)	76 (82%)
Pacientes con al menos una internación previa, N (%)	64 (69%)
Letalidad médica del episodio que motivó su internación:	
- Grado 0: ninguna lesión física o lesiones muy pequeñas	7 (7.53)
- Grado 1: lesiones físicas menores	23 (24.73)
- Grado 2: lesiones moderadas, requiere atención médica	41 (44.09)
- Grado 3: lesiones moderadamente graves, requiere internación	15 (16.13)
- Grado 4: lesiones graves, requiere cuidados intensivos	7 (7.53)

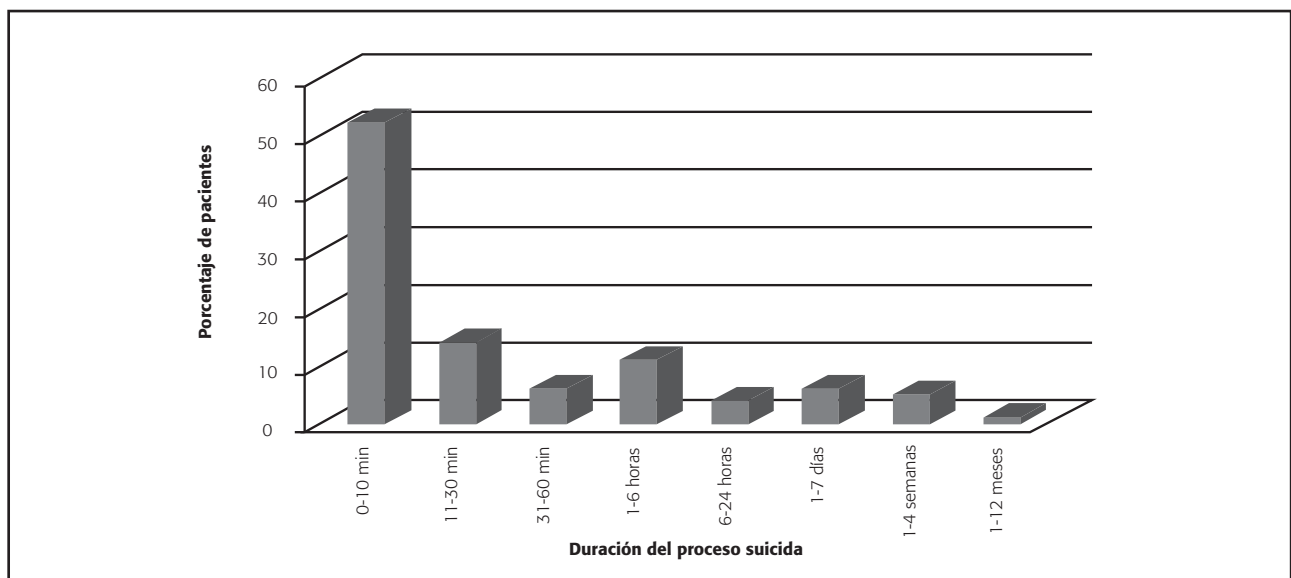
DE: desvío estándar.

Tabla 4. Método empleado en el intento de suicidio (n=93).

Método	N (%)
Sobreingesta	50 (53.76)
Sobreingesta + corte	16 (17.20)
Corte	13 (13.98)
Ahorcamiento	5 (5.38)
Otros	9 (9.68)

La Figura 3 grafica la duración del proceso suicida en las pacientes que realizaron un intento de suicidio (n=93). En la mitad de ellas, el proceso suicida se desarrolló con una duración menor o igual a 10 minutos;

frente a un 14% que lo desarrolló en un intervalo comprendido entre los 11 y los 30 minutos y un 11% que lo hizo habiendo transcurrido entre 1 y 6 horas de la idea (ver Figura 3).

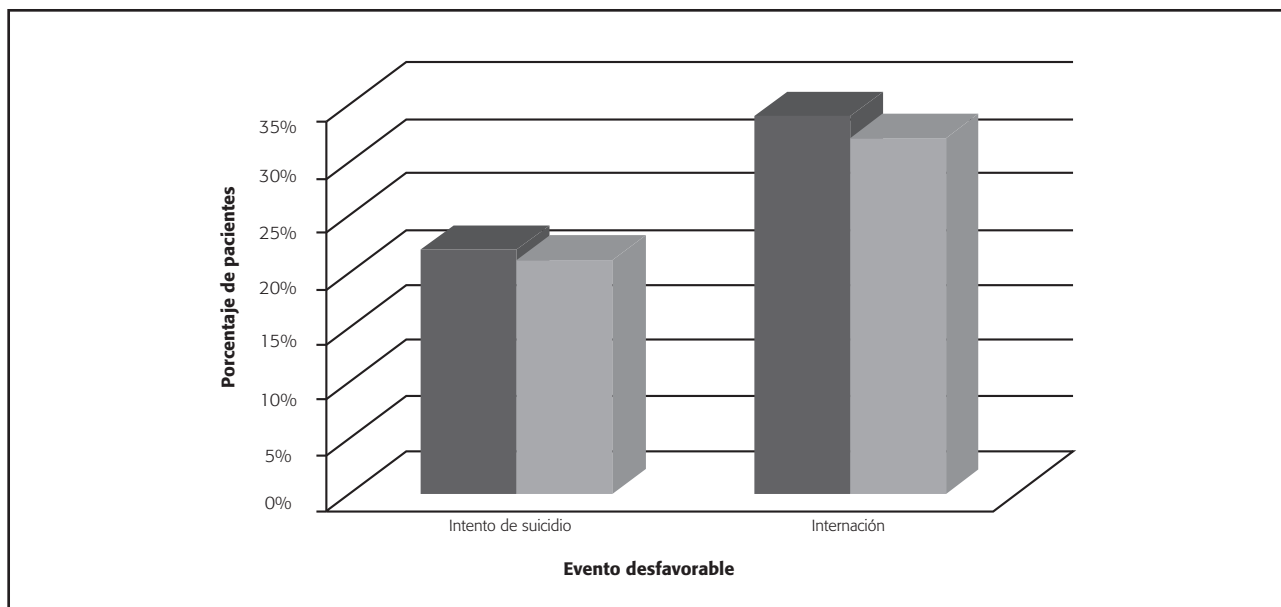
Figura 3. Duración del proceso suicida en pacientes internadas por intento de suicidio (n=93).

Porcentaje de pacientes incluidos en cada una de las categorías de duración del proceso suicida (período de tiempo transcurrido entre el primer pensamiento y el intento de suicidio): intervalo de 0-10 min (48 pacientes, 52%), intervalo de 11-30 min (13 pacientes, 14%); intervalo de 31-60 min (6 pacientes, 6%), intervalo de 1-6 horas (10 pacientes, 11%), intervalo de 6-24 horas (4 pacientes, 4%), intervalo de 1-7 días (6 pacientes, 6%), intervalo de 1-4 semanas (5 pacientes, 5%) e intervalo de 1-12 meses (1 paciente, 1%).

En la Figura 4 se incluyen los datos de las pacientes hospitalizadas por ideación o intento de suicidio (n=97) que han cumplido con el seguimiento a 6 meses. La incidencia acumulada de eventos desfavorables durante este período fue del 39 % (n=38). Dentro de los eventos desfavorables, 21 pacientes (22%) presentaron un nuevo

intento de suicidio y 33 pacientes (34%) tuvieron una reinternación. Ninguna paciente consumó el suicidio durante dicho lapso; tampoco se registraron fallecimientos por motivos distintos del suicidio. En el 95% de los casos de eventos desfavorables, las pacientes estaban realizando tratamiento psiquiátrico o psicológico.

Figura 4. Evolución desfavorable en el seguimiento a 6 meses de las pacientes hospitalizadas por ideación o intento de suicidio (n=97)



Porcentaje de pacientes que presentaron un evento desfavorable a los 6 meses de seguimiento. Las columnas negras representan el total de pacientes en cada grupo (intento de suicidio [n=21] e internación [n=33]); las columnas grises representan el porcentaje de pacientes dentro de cada uno de estos grupos que estaban recibiendo tratamiento psiquiátrico y/o psicológico al momento del evento desfavorable (95% para ambos grupos).

Discusión

La reducción de la mortalidad por suicidio constituye un desafío para los sistemas de salud. Para poder diseñar estrategias de intervención en este sentido, es necesario contar con datos. En el presente trabajo se presentan parte de los datos obtenidos de un estudio que está actualmente en curso. Éstos muestran que 1 de cada 4 pacientes internadas en un Hospital público de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, son admitidas por ideación o intento de suicidio, reflejando el impacto que estos motivos de internación tienen para el sistema de salud. Si bien en el medio local son escasos los datos publicados contra los que se puedan comparar estos resultados, algunos reportes de la Provincia de Buenos Aires (Hospital Evita de Lanús), coinciden con que, aproximadamente, el 30% de las internaciones se deben a ideación e intento de suicidio (8). Sin embargo, estos valores se encuentran muy por debajo de los reportados en el sistema privado de salud de la Ciudad de Buenos Aires, que muestran que el 63% de los pacientes son internados por estos motivos (9). Probablemente, esta diferencia se deba a que la muestra de pacientes del presente trabajo incluye un mayor número de pacientes internadas por descompensaciones psicóticas, por tras-

torno por abuso de sustancias (que en el mencionado trabajo no están incluidas) y excluye las internaciones por autolesión sin intencionalidad suicida (esto se debe a que consideramos que estas pacientes comprenden una población con características clínicas distintas). En comparación con reportes de otros países, el porcentaje de internación por ideación e intento de suicidio son similares a los reportados en el presente estudio (10).

En la población general, la ideación suicida es más frecuente que los intentos de suicidio (11). Un estudio realizado en 17 países con más de 8000 individuos mostró que la prevalencia a lo largo de la vida de ideación suicida es de 9.2% y de conducta suicida es de 2.7% (12). La relación entre ambas se reduce cuando se evalúa su prevalencia en población ambulatoria de pacientes psiquiátricos y más aún cuando pasamos al ámbito de internación hospitalaria (13). Por esto, es de esperar la relación que encontramos entre las internaciones por ideación suicida (11%) y las internaciones por intento de suicidio (16%), sobre todo si tenemos en cuenta de que muchos pacientes con ideación suicida son tratados en forma ambulatoria; mientras que, en general los pacientes con intento de suicidio son internados.

Las características demográficas de las pacientes incluidas en el estudio muestran ciertas particularidades

que obedecen a la sede en la que fue realizado el trabajo. El Hospital "Dr. Braulio A. Moyano" es un efector monovalente que presta atención a mujeres entre 18 y 65 años. La mayoría de estas carece de cobertura de salud y viven en condiciones socioeconómicas desfavorables. Por esto, la totalidad de la muestra corresponde al género femenino, la mayoría de las pacientes carecen de empleo y no alcanzan a completar el nivel secundario completo. Un dato a destacar es que la mitad de las pacientes presentan antecedentes de abuso sexual y físico, proporción que es esperable si tenemos en cuenta la asociación entre abuso físico y sexual y conducta suicida reportada en la bibliografía (14, 15). Otro dato a tener en cuenta es que casi la mitad de las pacientes tienen antecedentes familiares de intento de suicidio y, un cuarto, antecedentes de suicidio consumado, lo que resalta la importancia de los antecedentes heredofamiliares en la conducta suicida de sus descendientes, aspecto que también ha sido observado en numerosos estudios (16, 17).

Empleando el método de autopsias psicológicas, se ha demostrado que el 90% de los suicidios se producen en personas que padecen algún trastorno psiquiátrico (18, 19). De estos, el trastorno depresivo mayor es el que se ha asociado con mayor frecuencia tanto con el suicidio como con la conducta suicida (20, 22). En el presente trabajo, el trastorno depresivo mayor es el diagnóstico que se observa con mayor frecuencia seguido por el trastorno bipolar y la esquizofrenia. Con respecto al diagnóstico en el Eje II, el más destacado es el de trastorno límite de la personalidad (TLP). Éste se presenta en el 40% de la totalidad de las pacientes incluidas en el estudio y representa el 90% de los diagnósticos en el Eje II. Este alto porcentaje de pacientes con diagnóstico de TLP es similar al descrito en estudios con escenarios clínicos similares, en particular, cuando se estratifica por género (23, 24). El hecho de que el TLP se asocie con alta frecuencia a conducta suicida (es uno de sus criterios diagnósticos) y que sea más frecuente en mujeres que en hombres (25) podría explicar el alto porcentaje encontrado en el presente estudio.

Los resultados muestran que la edad promedio de las pacientes al primer intento de suicidio fue de 25 años, y que las mismas presentaron una mediana de dos intentos y una hospitalización previa. En relación con la letalidad del episodio índice, más del 70% de las pacientes presentó una letalidad igual o mayor a 2 en la C-SSRS, puntajes en los que se incluyen los intentos de suicidio asociados a lesiones físicas moderadas o graves que requieren atención o internación médica. Estas características se explicarían por la gravedad de las pacientes que recibe el Hospital "Dr. Braulio A. Moyano" y por el hecho de que, si bien en nuestro medio es frecuente que los pacientes roten por diferentes efectores del sistema de salud, una vez que llegan a dicho hospital, las sucesivas crisis suicidas son referidas casi siempre a la institución.

Según los datos del Ministerio de Salud de la Nación, el principal mecanismo empleado en las lesiones autoinfligidas es el envenenamiento o intoxicación, siendo su frecuencia del 56% (2). Este dato coincide con el reportado en el presente trabajo (54%) y con lo descrito en

numerosos estudios de países occidentales (26). La elección del método se relaciona, entre otras cosas, con la disponibilidad dada por la fácil accesibilidad (19, 27).

El suicidio es un fenómeno difícil de predecir; por esto, uno de los mayores desafíos es identificar predictores clínicos de mal desenlace en pacientes que tienen intento de suicidio. En este sentido, uno de los predictores que ha mostrado una mayor asociación con el suicidio consumado es el intento de suicidio previo (22). Se ha demostrado que aproximadamente un cuarto de los pacientes que se suicidan tienen un antecedente de conducta suicida no letal en el año previo a la consumación del acto (28). Además, de todos los predictores evaluados hasta la fecha, el intento de suicidio previo es el de mayor magnitud para predecir tanto futuras tentativas como suicidios con un valor de riesgo relativo (RR) de 16 obtenido en un metaanálisis de autopsias psicológicas (22). De esto se desprende que gran parte de las estrategias de intervención, se orienten a pacientes de alto riesgo (con ideación o intento de suicidio) para reducir la probabilidad de que estos tengan un desenlace desfavorable (un nuevo intento de suicidio o un suicidio consumado). Los resultados aquí presentados muestran que del total de las pacientes en seguimiento, el 20% presentó un nuevo intento de suicidio y el 34% se volvió a internar durante los primeros 6 meses de seguimiento (de estas internaciones, el 50% se debió a intentos de suicidio). Estos datos son similares a los encontrados en un estudio con el mismo período de seguimiento pero en población adolescente, donde el 18% realizó un nuevo intento de suicidio (29). Sin embargo, una revisión sistemática de más de 90 estudios prospectivos concluye que luego de un año de seguimiento las tasas de repetición de auto-injurias no fatales son del 15% (30), menores a los obtenidos en la presente investigación. Además, cabe agregar que el concepto de auto-injuria es más amplio que el de intento de suicidio ya que incluye conductas auto-lesivas con y sin finalidad suicida, y es por ello que la proporción de nuevos intentos de suicidio en la presente investigación es más alta de lo esperada (31).

Los resultados obtenidos muestran que el 95% de las pacientes que presentaron un evento desfavorable durante el seguimiento, se encontraban realizando algún tipo de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Si bien estos datos corresponden sólo a un efector del sistema de salud, muestran la baja efectividad de las estrategias de intervención que se emplean actualmente con estos pacientes.

Pensar en nuevas estrategias de intervención implica observar la dinámica de la conducta que queremos prevenir. En este sentido, hay estudios que plantean que existe un continuum con una transición entre ideación, planificación e intento de suicidio (32). Éstos han encontrado que uno de cada cuatro individuos con ideación suicida pasan a tener una conducta suicida y que este pasaje se realiza durante el primer año de aparición de la ideación (32). Más allá de cuántos pacientes pasen de ideación a conducta, lo importante es el tiempo en el que se produce este pasaje. En este sentido, se ha propuesto el concepto de "proceso suicida". Si bien existen

varias definiciones del mismo en la literatura, acorde a lo propuesto por Deisenhammer y cols., se definió el proceso suicida como el período de tiempo transcurrido entre el primer pensamiento actual y el intento de suicidio (7). Los resultados presentados muestran que en la mitad de las pacientes con intento de suicidio, el tiempo entre la aparición de la idea suicida correspondiente al episodio que motivó su internación y la concreción del acto, fue menor o igual a 10 minutos, lo que coincide con lo observado previamente por el mencionado autor (7). Si bien la variable tiempo es autoreportada y está sujeta a sesgos, el hecho de que en la mitad de los pacientes el tiempo que transcurre entre la ideación y el acto sea menor o igual a 10 minutos, sugiere que es necesario pensar nuevas vías para asistir a estos pacientes. Consideramos que la atención en crisis de estos pacientes tiene que estar disponible en forma rápida, con modalidades como las intervenciones telefónicas estructuradas, los mensajes de texto o a través de la web. En los últimos años se han comenzado a publicar estudios empleando estas estrategias pero los resultados son aún preliminares (33, 35).

Más allá de la vía que se emplee para intervenir, pensamos que el marco conceptual de la intervención debe estar basado en terapias que hayan demostrado eficacia para el manejo y prevención de crisis suicida; tal como la terapia dialéctico-conductual (36).

Limitaciones del estudio

El presente trabajo es que sólo incluye mujeres y al momento de evaluación del intento de suicidio hay importantes diferencias a nivel de género. Por otro lado, la población incluida está constituida por pacientes con alta gravedad psicopatológica y de un solo centro de atención. Por todo esto, la generalización de los resultados presentados debe realizarse con precaución ■

Reconocimientos

Germán Leandro Teti es beneficiario de una beca de investigación del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Federico Rebok es Investigador Asociado de la Carrera del Investigador del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Federico Manuel Daray es Investigador Asistente del CONICET.

Los autores agradecen a todo el personal del Servicio de Guardia del Hospital "Dr. Braulio A. Moyano" por su invaluable colaboración para llevar adelante este estudio.

Apoyo financiero

El presente estudio ha sido financiado por un subsidio UBACYT 2013-2016 (código 20020120300022BA, Exp-UBA 17.064/2012).

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Prevención del suicidio (SUPRE). 2012; Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/.
2. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Perfil epidemiológico del suicidio en la Argentina: algunas aproximaciones. 2008; Available from: http://www.fepra.org.ar/docs/salud_mental/suicidio.pdf.
3. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Estadísticas Vitales. 2011; Available from: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro54.pdf>.
4. Bella MF, RA. Willington, JM. Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Rev Argent Salud Pública* 2010; 1 (3): 24-9.
5. Bella ME, Acosta L, Villace B, Lopez de Neira M, Enders J, Fernandez R. Analysis of mortality from suicide in children, adolescents and youth. Argentina, 2005-2007. *Arch Argent Pediatr* 2013 Jan-Feb; 111 (1): 16-21.
6. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996 Fall; 26 (3): 237-52.
7. Deisenhammer EA, Ing CM, Strauss R, Kemmler G, Hinterhuber H, Weiss EM. The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *J Clin Psychiatry* 2009 Jan; 70 (1): 19-24.
8. Bortz SR, A. Gutierrez, Y. Prevalencia de trastornos mentales en internación psiquiátrica aguda y su relación con el

- fenómeno de la desocupación. Lanús 2011 [23/05/2014]; Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2011/07/poster-evita.pdf>.
9. Nemirovsky M, Guardo G, Rosenstein M, Agrest M, Tkach J, Montanelli R. Epidemiological features of admitted patients to a psychiatric unit in a Prepaid Medical Organization in Buenos Aires City. *Vertex* 2003 Dec-2004 Feb; 14 (54): 292-8.
 10. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium - general characteristics and gender differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004 Feb; 39 (2): 146-53.
 11. Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA* 2005 May 25; 293 (20): 2487-95.
 12. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008 Feb; 192 (2): 98-105.
 13. Asnis GM, Friedman TA, Sanderson WC, Kaplan ML, van Praag HM, Harkavy-Friedman JM. Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients, I: Description and prevalence. *Am J Psychiatry* 1993 Jan; 150 (1):108-12.
 14. Beghi M, Rosenbaum JF, Cerri C, Cornaggia CM. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013; 9: 1725-36.
 15. Lopez-Castroman J, Melhem N, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry* 2013 Jun; 12 (2): 149-54.
 16. Mitterauer B. A contribution to the discussion of the role of the genetic factor in suicide, based on five studies in an epidemiologically defined area (Province of Salzburg, Austria). *Compr Psychiatry* 1990 Nov-Dec; 31 (6): 557-65.
 17. Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1996 Dec; 53 (12): 1145-52.
 18. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003 Apr; 33 (3): 395-405.
 19. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009 Apr 18; 373 (9672): 1372-81.
 20. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993 Jun; 150 (6): 935-40.
 21. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 1996 Aug; 153 (8): 1001-8.
 22. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Me.* 2008 Sep; 13 (5): 243-56.
 23. Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, Grunebaum MF, Malone KM, Brodsky BS, et al. Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2002 Oct; 159 (10): 1746-51.
 24. Oquendo MA, Bongiovi-Garcia ME, Galfalvy H, Goldberg PH, Grunebaum MF, Burke AK, et al. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2007 Jan; 164 (1): 134-41.
 25. Leontieva L, Gregory R. Characteristics of patients with borderline personality disorder in a state psychiatric hospital. *J Pers Disord* 2013 Apr; 27 (2): 222-32.
 26. DeJong TM, Overholser JC, Stockmeier CA. Apples to oranges?: a direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *J Affect Disord* 2010 Jul; 124 (1-2): 90-7.
 27. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 133-54.
 28. Owens D, House A. General hospital services for deliberate self-harm. Haphazard clinical provision, little research, no central strategy. *J R Coll Physicians Lond* 1994 Jul-Aug; 28 (4): 370-1.
 29. Yen S, Weinstock LM, Andover MS, Sheets ES, Selby EA, Spirito A. Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up. *Psychol Med* 2013 May; 43 (5): 983-93.
 30. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002 Sep; 181: 193-9.
 31. 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 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav* 2007 Jun; 37 (3): 264-77.
 32. Ten Have M, van Dorsselaer S, de Graaf R. Prevalence and risk factors for first onset of suicidal behaviors in the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *J Affect Disord* 2013 May; 147 (1-3) :205-11.
 33. Berrouguet S, Gravey M, Le Galudec M, Alavi Z, Walter M. Post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention: A pilot study. *Psychiatry Res* 2014 Jul 30; 217 (3): 154-7.
 34. Wei S, Liu L, Bi B, Li H, Hou J, Tan S, et al. An intervention and follow-up study following a suicide attempt in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *Crisis* 2013; 34 (2): 107-15.
 35. Cebria AI, Parra I, Pamias M, Escayola A, Garcia-Pares G, Punti J, et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord* 2013 May; 147 (1-3): 269-76.
 36. Linehan M. Cognitive - Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. London: NY editor; 1993.