

CONDUCTA SUICIDA NO LETAL EN CASTELLÓN: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO

TRABAJO DE FIN DE GRADO – MEDICINA

ALEJANDRO NADAL CABEZUDO

TUTOR: RAFAEL MORA MARÍN

Servicio de Psiquiatría, Hospital Provincial de Castellón



UNIVERSITAT
JAUME•I

TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG)- MEDICINA

EL/LAPROFESOR/A TUTOR/A hace constar su AUTORIZACIÓN para la Defensa Pública del Trabajo de Fin de Grado y CERTIFICA que el/la estudiante lo ha desarrollado a lo largo de 6 créditos ECTS (150 horas)

TFRULO del TFG: Conducta suicida no letal en Castellón: un estudio descriptivo y comparativo.

ALUMNO/A: Alejandro Nadal Cabezudo

DNI: 26758807D

PROFESOR/A TUTOR/A: Rafael Mora Marín

Fdo (Tutor/a):

COTUTOR/A INTERNO/A (Sólo en casos en que el/la Tutor/a no sea profesor/a de la Titulación de Medicina):

Fdo (CoTutor/a interno):

ÍNDICE:

1. RESUMEN.....	Página 1
2. ABSTRACT.....	Páginas 1-2
3. EXTENDED SUMMARY.....	Páginas 3-5
4. INTRODUCCIÓN.....	Páginas 6-7
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	Páginas 7-9
6. RESULTADOS.....	Páginas 9-14
7. DISCUSIÓN	Páginas 14-19
8. CONCLUSIONES.....	Páginas 20-21
9. CONFLICTOS DE INTERÉS.....	Página 21
10. AGRADECIMIENTOS.....	Página 21
11. BIBLIOGRAFÍA.....	Páginas 22-23
12. ANEXOS.	Páginas 24-27

1. RESUMEN

Introducción: Dada la variabilidad en la conducta suicida según los valores socioculturales de cada territorio, realizamos este estudio para definir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con comportamiento suicida no letal de nuestra provincia. Pretendemos ampliar nuestro conocimiento para facilitar la detección de individuos en riesgo e implantar intervenciones efectivas. Además, realizamos una comparativa entre las características de nuestra muestra con las de suicidio consumado.

Material y métodos: La muestra incluye toda conducta suicida no letal registrada en el Hospital Provincial de Castellón entre el 19 de enero y 15 de febrero de 2009, realizándose un seguimiento hasta febrero de 2017. La muestra de suicidio consumado es tomada de un proyecto previo de 2018.

Resultados: La muestra la integran mayormente individuos jóvenes (media de 39 años), de sexo femenino (56.1%), con patología psiquiátrica (74.2%, principalmente trastornos ansioso-depresivos) y en seguimiento sanitario (81.2%, predominantemente MAP (77.3%)). El método de suicidio más frecuente fue la sobreingesta medicamentosa (94.4%). Sólo 27 pacientes (40.9%) acudieron tras el episodio a los servicios de salud remitidos, facilitándose así la persistencia de la conducta durante el seguimiento (7.7% amenazas, 34.5% tentativas).

Conclusiones: La conducta suicida no letal de Castellón predomina entre adultos jóvenes, de sexo femenino, con trastornos psiquiátricos, que recurren como método a la sobredosis medicamentosa e incumplen el seguimiento a posteriori.

Además, se comprobó que el perfil del comportamiento suicida letal difiere de los rasgos de la conducta suicida no letal, evidenciando la necesidad de desarrollar estrategias preventivas y terapéuticas distintas entre ellos.

Palabras clave: suicidio, conducta suicida, riesgo suicida, ideación suicida, tentativa suicida.

2. ABSTRACT

Background: Due to the suicidal behavior variability regarding the sociocultural values of each territory, we conducted this study to define the sociodemographic and clinical features of the patients from Castellon. The objective is to obtain deeper knowledge that facilitate the detection and implementation of effective interventions. In addition, we carried out a comparative analysis between non-lethal suicide cases (our sample) and completed suicide cases.

Methods: Our sample includes every person assisted for non-lethal suicidal behavior in the Psychiatric Emergency room at Castellon's Provincial Hospital from January 19th to February 15th, performing an 8 year follow-up. Our completed suicide sample was taken from a previous study conducted in 2018.

Results: Our sample showed an average age of 39, with a majority of women (56.1%) and psychiatric pathology diagnosis (74.2%, mainly anxiety-depressive disorders). Most of them were being followed by a health service (81.2%, generally their GP). The most frequent suicide method was drug overdose (94.4%). After the suicide episode, only 27 patients (40.9%) attended the healthcare service they were referred to, what may explain the persistence of the suicidal behavior during the follow-up (7.7% suicidal threats and 34.5% attempts)

Conclusions: Non-lethal suicidal behavior in Castellon is more frequent among young, women, and those with psychiatric disorders, using as main suicidal method drug overdose. Most of them don't attend the health care service responsible for their follow-up.

Moreover, it was found that the completed suicide profile differs from the non-lethal; it is therefore required to develop different therapeutical and preventive strategies for each one.

Keywords: Non-lethal suicide, suicidal behavior, suicide risk, suicidal ideation, suicidal attempt.

3. EXTENDED SUMMARY

Background and purpose:

Suicide is a world wide issue which doesn't arise as many social awareness as it should despite its importance, mostly because of the stigma surrounding it and its close relation with mental illness. According to a study conducted by WHO in 2014, more than 800.000 people die due to suicide yearly.

Suicidal behaviour can be manifested in different forms: suicidal ideation, suicidal threats, suicidal attempts and completed suicide. Despite the classical tendency to consider each of these groups as individuals at different steps of a same path, current scientific literature claims a different approach, as there are fundamental characteristics that differentiate one from another.

The objectives related to this study are multiple. First, as it is well-known that suicide is influenced by the sociocultural environment, we are going to define the clinical, social and demographic features of the people who show non-lethal suicide behaviour in Castellon. In second place, we are going to assess the evolution of our sample along an 8 year follow up. Lastly, using a sample available from a previous study done by this same investigation group, which is formed by patients who completed suicide, we will compare the likeliness and differences between each of the samples.

Methods:

Our team retrospectively analysed individuals that were assessed for suicidal reasons at the Psychiatry Emergency room at Castellon's Provincial Hospital, from January 19th to February 15th. All the candidates available were included in our study.

Their data were obtained through their clinical histories, obtained both from Abucasis and Kewan informatic systems. The only necessary criterion to be included was that, in case of a suicidal attempt, death was truly sought for, instead of just being the act a self injury episode without the intent to die.

Statistical analysis was performed with IBM SPSS Statistics 22. In order to meet the first two objectives of the study, descriptive analyses were required. For the third one, t-student test for quantitative variables was used, meanwhile for the qualitative ones we ran the Pearson chi-square test, regarding the results as statistically significant when p-value < 0.05.

Results:

We found 66 people with non-lethal suicidal behavior, aged between 12 and 77 years old, with an average age of 39 years. Of them, 56.1% were women. The existence of precipitating risk factors was studied, standing out among them affective issues (51.6%), economical issues (47.7%), and work-related problems (33.8%).

The existence of a suicide attempt antecedent was also studied, found in 36.4%. Moreover, most of them suffered from mental illness (74.24%): 48.5% from depression, 45.5% from anxiety disorders, 24.8% from personality disorders, 10.6% from psychotic disorders and 6.1% from bipolar disorder.

In addition, it was frequent that at the period of the index episode there was a toxic substances misuse, as it was found in the 34.84%. Alcohol misuse was the most common (28.1%), followed by cannabis or cocaine (each 12.3%). If at the time of the index episode the patients were on psychiatric treatment was also investigated (72.7%): 62.5% were on benzodiazepines, 59.1% on antidepressives, 34.8% on antipsychotics and 7.6% on mood stabilizer drugs.

Respecting the existence of a service in charge of the follow-up previous to the index episode, 81.2% were being followed by some health service. 77.3% were being followed by a GP, 39.4% by a mental health unit and 9.1% by an addictive behavior unit.

Regarding the type of suicidal behaviour performed by our sample: 33.3 % showed suicidal ideation, 9.1% suicidal threats and 57.6% attempted suicide. Of those who committed attempted suicide, the methods used were drug poisoning (94.7%), knives (2.6%) and firearms (2.6%).

Of the 66 patients, only 83.33% were explicitly referred to a healthcare service: 66.7% were sent to a health mental service, 14.3% to an addictive behavior unit and 22.2% to a primary care physician. Regarding the rest, 4 were sent to a healthcare service informally, and in the remaining 7 patients there is no evidence that they were referred or not. Of those referred, just 40.9% assisted to the appointment.

All the patients were followed along an 8 year period of time. Of them, during the year after the index episode, 2 (3.1%) committed suicidal threats and 14 (21.5%) performed a suicidal attempt. And if time is extended up to February 2017, the figures increase, with a total of 5 people committing suicidal threats (7.7%) and 23 performing (35.4%) suicidal attempts. Only one of them died as a result of suicide, due to the swallowing of a chemical poison.

As for the comparative study, differences were found in average age (54.98 years in completed suicide vs. 39.30 in non-lethal suicide) and in sex (78.1% were men in completed suicide vs. 43.9% in non-lethal suicide). As far as the existence of a suicide attempt antecedent, differences were obtained too (22.3% in completed suicide vs. 39.4% in non-lethal suicide). Furthermore, some differences sprung when it comes to if a mental health unit was in charge of the follow-up (22.1% in completed suicide and 39.4% in non-lethal suicide).

Regarding psychiatric diagnoses, differences were found between anxiety disorders (62.7% in completed suicide vs. 45.5% in non-lethal suicide) and personality disorders (4.8% in completed suicide vs 18.2% in non-lethal suicide). No differences were found for depression disorders (46.3% in completed suicide vs. 48.5% in non-lethal suicide) neither for psychotic disorder (12.8% in completed suicide vs. 10.6% in non-lethal suicide).

Finally, in relation to the mean used for the suicidal behavior, differences were also found for: hanging, suffocation and strangulation (47.0% in completed suicide vs. 0% in non-lethal suicide) jumping (24.8% in completed suicide and 0% in non-lethal suicide) and drug poisoning (13.5% in completed suicide and 94.4% in non-lethal suicide)

Discussions and conclusions:

The non-lethal suicide behavior in the province of Castellon is mainly displayed by young adults, more frequently between women. The association with the suffer of a mental health illness is clear, being the most common depression, and closely followed by anxiety disorders.

Also, the best future suicidal behavior predictor was found to be the existence of a past suicide event. Hence, all patient who have displayed any kind of suicidal behavior should be regarded as patients in risk by any physician, and consequently their suicidal risk assessed more frequently.

In addition, in the most part of the cases, the GP is the one in charge of the follow-up before the index episode. It leads to optimize the primary physicians formation at detecting and preventing suicide.

Another of the findings to be taken into consideration is that, at non-lethal suicide behavior, the prevalent suicidal method is drug overdose. Several studies have shown that the access to a mean is almost the most determinant factors in its use. So, bringing measures to restrict the sell and distribution of drugs should be considered as a step to take.

Furthermore, it seems baffling that a high percent of our sample (more than 50%), despite being referred to a healthcare service to get a follow-up, doesn't attend to the appointment. This outcome lead us to consider that may exist a lack of adhesion to the therapeutic intervention in patients with non-lethal suicidal behavior. If that's the case, it would be crucial to take measures that ensure patients to undergo a medical follow-up to avoid the persistence or worsening of the suicidal behavior.

Finally, it's confirmed by the comparative study, that the clinical, social and demographic profile of the patients who performed non-lethal suicide varies from those who completed suicide, so the diagnostic and therapeutic approach must be individual for each of them. Besides, completed suicide patients tend to reach their objective at the first or second attempt, so it's fundamental to focus the therapeutic effort on detecting this group.

Nevertheless, despite the evidence, the small size of our sample prevent us from generalizing our findings to the population. It's needed to conduct wider studies to define the real profile of the non-lethal suicide individual in Castellon, so we are able to detect those at risk as to improve the preventing and therapeutic management from the several healthcare services.

4. INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida es un trágico fenómeno de trascendencia global. Se cree que cada 2 segundos una persona lleva a cabo un intento de suicidio en el mundo, y cada 40 segundos otra muere como resultado de su consumación¹. De acuerdo con los datos recogidos por la OMS en 2014, cada año fallecen más de 800.000 personas por este motivo².

En España, el suicidio constituye la principal causa de muerte no biológica, con dos veces más víctimas que los accidentes de tráfico, y trece veces más que los homicidios. Además, representa la segunda causa de fallecimiento global en individuos entre los 15-34 años³. Según los resultados proporcionados por el instituto nacional de estadística (INE), 3679 personas murieron por suicidio en 2017 en nuestro país.

La Comunidad Valenciana, donde se ubica la provincia de Castellón, es la cuarta comunidad autónoma con mayor número de suicidios, por detrás de Andalucía, Cataluña y Galicia. El número de suicidios en 2016 en la Comunidad Valenciana fue de 340 víctimas, siendo 257 hombres y 83 mujeres³. No obstante, se cree que estos datos están infraestimados, y que bajo otras causas externas (ahogamientos, envenenamientos, caídas u otros accidentes) podrían ocultarse muertes por suicidio que no han sido calificadas como tal¹.

La conducta suicida abarca en sí misma diversos fenotipos (ideación, planificación, amenaza, tentativa y consumación), de los cuales el suicidio consumado ha sido el que mayor investigación científica ha concentrado. Por cada suicidio cometido hay muchas más tentativas, y aún mayor es la prevalencia de ideación suicida. La importancia de la ideación e intentos de suicidio radica en que representan el factor de riesgo más determinante de conducta suicida futura en la población general. De hecho, se sabe que un 50% de las personas que se suicidan han presentado una tentativa previa⁴.

Hasta hace poco, tanto las víctimas del suicidio consumado como las de conductas suicidas no letales tendían a ser considerados individuos con un perfil estrechamente similar. Actualmente este planteamiento no se defiende, al haberse comprobado que los rasgos clínicos y sociodemográficos entre ellos cuentan con diferencias tan significativas que el abordaje terapéutico de unos y otros difiere imperiosamente entre sí^{5,6}.

La ideación suicida tiende a desarrollarse en el contexto de un dolor, generalmente emocional o psicológico, que se acompaña de un sentimiento de desesperanza sobre mejoría en el futuro. A ello, debe sumarse una falta de conectividad y de significado de vida en relación con el entorno, que aumenta la intensidad de la ideación⁷. No obstante, de los pacientes con ideación, sólo el 17% terminan consumando suicidio⁸.

Esto se explica por el hecho de que para la progresión de ideación a acto suicida (tentativa o consumación) se debe superar el miedo a la muerte, principal obstáculo en la transición de la ideación a conductas de mayor morbimortalidad. No es hasta que el individuo se habitúa a situaciones de dolor,

desarrolla conocimientos respecto al suicidio y presenta acceso a métodos letales, cuando la transición se ve facilitada⁷.

Por su parte, los individuos con tentativas de suicidio también cuentan con peculiaridades propias. Suelen tratarse de personas más jóvenes, mujeres, que cursan con enfermedades mentales menos severas o de diferente índole a las del suicidio consumado⁹. Además, los diagnósticos que conciernen a enfermedades somáticas y eventos de vida estresantes son también menos comunes que en la población fallecida por suicidio^{6,10}. Incluso los profesionales de salud a su cargo son diferentes, y los métodos empleados en el acto suicida menos mortales¹¹.

El objetivo del presente estudio es múltiple. Por un lado, se pretende definir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes residentes en la provincia de Castellón con comportamientos suicidas diferentes al consumado. Por otro lado, se busca comprobar, si tras las intervenciones médicas llevadas a cabo a raíz del episodio índice y hasta 8 años después, continúa recurriendo la conducta suicida e incluso agravándose a formas de mayor morbimortalidad, o por el contrario cesa.

Por último, este trabajo pretende esbozarse como un proyecto piloto para posteriormente definir las diferencias existentes entre la población con comportamiento suicida consumado y no letal en la provincia de Castellón, con vistas a profundizar en el entendimiento y perfil de los pacientes afectados, y establecer planes de identificación y prevención del suicidio acorde a las necesidades de cada grupo.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra y procedimientos

El presente estudio corresponde a un análisis observacional retrospectivo de carácter descriptivo y comparativo. En él, se estudia toda aquella forma de suicidio no consumada que acude por iniciativa propia, o bien derivada, al Hospital Provincial de Castellón desde el 19 de enero hasta el 15 de febrero de 2009 (periodo definido como “episodio índice”). Para ello, se accedió al sistema de informatización hospitalaria Kewan, y se seleccionó así a todos los pacientes que exhibían dicha conducta durante el criterio temporal citado.

La muestra de suicidio no consumado o suicidio no letal engloba distintos comportamientos: ideación o planificación suicida, amenaza suicida y tentativa de suicidio. La muestra la conforman el 100% de los individuos disponibles durante esas fechas.

Se recogieron datos sociales, demográficos y clínicos de todos sus miembros, por medio de los sistemas informáticos de salud Abucasis y Kewan.

Las variables sociodemográficas recogidas son: edad, sexo, lugar de nacimiento y estresores psicosociales que pudieron conducir a la conducta suicida. En cuanto a las variables clínicas, se estudia: antecedentes de intento de autolisis, historia de trastorno de abuso de sustancias, diagnósticos psiquiátricos, modalidad de conducta suicida no letal, método utilizado en la conducta suicida no consumada, existencia y tipo de tratamiento farmacológico psiquiátrico en el momento del episodio suicida, así como circuito psiquiátrico en el cual se encuentra el individuo previo al acto.

Se evaluó también su evolución a lo largo de los siguientes 8 años. Para ello, se consideró: existencia de ingreso hospitalario tras la conducta, circuito psiquiátrico que realiza el seguimiento del paciente tras el episodio, existencia de conductas suicidas no letales posteriores, número de visitas a urgencias psiquiátricas ulteriores, y número de ingresos hospitalarios por conducta suicida no letal a posteriori.

Así pues, tras la recogida y análisis de los datos, se procedió a comprobar si alguno de los pacientes de la muestra había llevado a cabo posteriormente suicidio consumado. Para ello, se contrastó mediante el SIP si la identidad de alguno de estos pacientes coincidía con las de las bases de datos de suicidio consumado de 2009-2017 en la Provincia de Castellón.

Finalmente, con vistas a cumplir el último de los objetivos de este trabajo, se creó una base de datos en la cual se fusionó la muestra de dos grupos (comportamiento suicida no consumado y consumado) y se comparó variables comunes que se habían recogido en el estudio independiente de ambos grupos. La muestra de suicidio consumado se obtuvo a partir de un trabajo previo, de los autores Suso et al. 2018, miembros de este equipo de investigación¹².

Análisis de datos

En primer lugar, diseñamos una base de datos mediante el software estadístico SPSS versión 22, compatible con la que el equipo había utilizado en un trabajo previo sobre suicidio consumado, en la cual recogimos la información de la muestra de conducta suicida no letal. Se utilizó un análisis de correlaciones de Pearson para encontrar posibles asociaciones entre las variables.

A continuación, investigamos si existían diferencias en cuanto a los valores de las variables de la muestra de suicidio no consumado y la de suicidio consumado. Para variables cuantitativas, siendo la única la edad, utilizamos la prueba t-student para muestras independientes. Para la comparación de las variables cualitativas, utilizamos la prueba de χ^2 . Entre las variables cualitativas a contrastar se incluyeron: sexo, método de suicidio, tentativas de suicidio previas al episodio índice, antecedentes de diagnóstico psiquiátrico, así como uso de servicios de salud mental en torno al episodio índice.

Cuando la prueba χ^2 reveló una diferencia significativa entre los recuentos observados y esperados de entre 2 o más celdas, utilizamos el residuo ajustado estandarizado como prueba post hoc para determinar

el origen de la diferencia. Los residuos representan la diferencia entre los recuentos observados y esperados en una celda. Los residuos superiores indican una mayor contribución de una celda al valor de χ^2 . Un punto de corte de 1,96 se utiliza a menudo como indicador de que una celda ha contribuido a la significación de la prueba χ^2 .

A la hora de interpretar los datos en el apartado de resultados, debe considerarse que, para algunas de las variables, sus distintas categorías no son mutuamente excluyentes, por lo que la suma de éstas puede ser superior al 100% al cumplir un paciente varias de ellas.

6. RESULTADOS

La distribución de edad de los 66 participantes de nuestra muestra varió entre los 12 y 77 años, con una media de edad de 39 años (Figura 1). En cuanto al sexo, 29 de los participantes fueron hombres (43.9%) y 37 mujeres (56.1%). Del total de la muestra, 53 de los individuos eran de nacionalidad española (80.3%), 11 de nacionalidad extranjera (16.6%), y 2 de nacionalidad desconocida. De los de nacionalidad no española, 9 eran de procedencia europea (13.6%) y 2 de procedencia africana (3%).

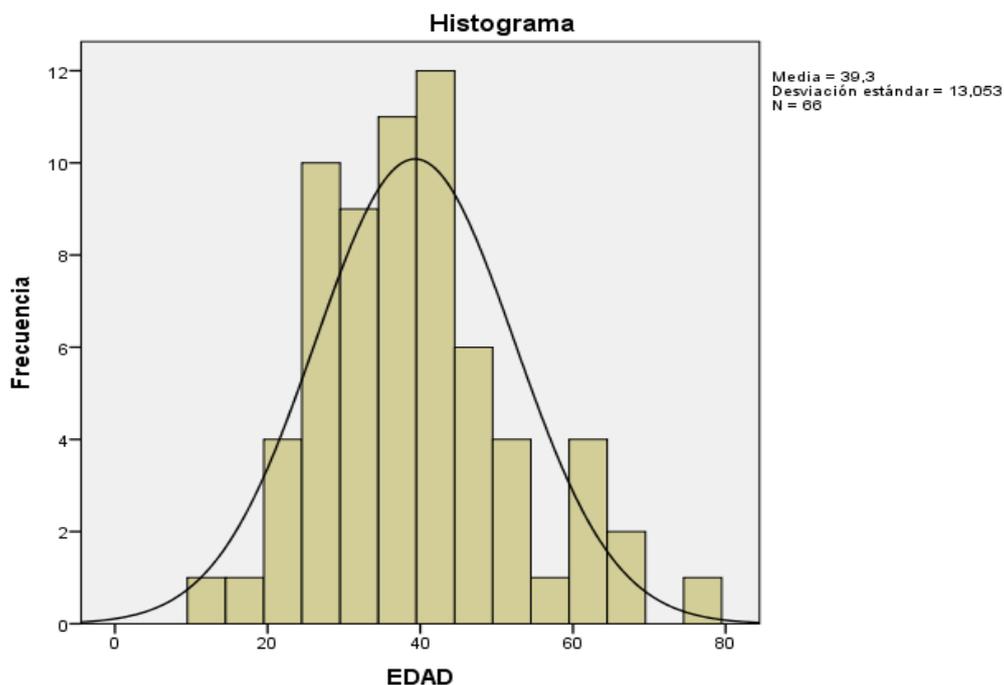


Figura 1. Histograma sobre la distribución de edad.

Respecto a los estresores psicosociales considerados posibles factores precipitantes de conducta suicida, 8 participantes (12.5%) presentaban como estresor una enfermedad somática, 6 (9.2%) el fallecimiento de un familiar, pareja o amistad cercana; 33 (51.6%) evidenciaban un estresor de carácter afectivo, principalmente ruptura de relación de pareja o discusión familiar; 22 (33.8%) refirieron un problema de

carácter laboral, esencialmente desempleo; 5 (7.7%) un conflicto de índole legal, 4 (6.2%) fueron reconocidos víctimas de violencia de género y hasta 31 (47.7%) mostraron problemas financieros.

En cuanto a la existencia de conducta suicida previa al episodio índice, en 24 de los pacientes (36.4%) se halló antecedentes de intento de autolisis. En 7 de ellos (11.4%) este tipo de conducta suicida no letal había tenido lugar en los tres meses previos al episodio índice, cifra que ascendía a 11 individuos (18.1%) si el criterio temporal se extendía al año previo.

Se estudió también si estos pacientes habían acudido a urgencias psiquiátricas o generales por motivo psiquiátrico durante el año anterior. En total, 32 individuos (48.48%) habían acudido a algún servicio de urgencias motivados por una consulta psiquiátrica. En concreto, 25 pacientes (37.9%) acudieron a Urgencias Psiquiátricas, y 17 (27.8%) a Urgencias Generales, habiendo pacientes con visitas a ambos servicios.

Se analizó también la existencia de historia de abuso de sustancias en los pacientes. En total, 23 individuos (34.84%) mostraban alguna forma de abuso de sustancias tóxicas. 18 (28.1%) presentaban antecedentes de abuso de alcohol, en 8 (12.3%) se descubrió en su historial clínico antecedentes de abuso de cannabis y en otros 8 (12.3%) abuso de cocaína. Otros trastornos de adicción, como el abuso a benzodiazepinas, consumo de heroína o la ludopatía, fueron hallados también entre los participantes de nuestra muestra, pero de forma poco representativa.

Por otro lado, se consideró relevante comprobar la existencia de diagnósticos de trastornos psiquiátricos. La prevalencia de enfermedad mental en nuestra muestra fue de 49 personas (74.24%). De ellas, 16 (24.8%) habían sido diagnosticados previamente de un trastorno de personalidad, siendo éste en 12 (18.2%) un trastorno límite de la personalidad. Otras 30 personas (45.5%) habían sido diagnosticadas de un trastorno de ansiedad, 4 (6.1%) mostraban indicios de bipolaridad, 32 (48.5%) diagnóstico de trastorno depresivo y 7 (10.6%) un trastorno psicótico.

Además del diagnóstico, se estudió si se encontraban en tratamiento médico mediante psicofármacos en el momento del episodio. De los 66 pacientes, 48 (72.7%) se encontraban en tratamiento. Fármacos antidepresivos habían sido prescritos a 39 de los individuos (59.1%), antipsicóticos a 23 (34.8), benzodiazepinas a 43 (62.5%) y eutimizantes a 5 (7.6%). 8 de los pacientes (12.1%) estaban tomando además en torno al episodio índice otros psicofármacos no incluidos dentro de las categorías previas, como ansiolíticos e hipnóticos no benzodiazepínicos (fármacos Z).

Se tuvo en cuenta también si en los meses previos al episodio índice, los pacientes estaban recibiendo seguimiento por algún circuito de salud por sus problemas psiquiátricos. Sólo 12 de los miembros de la muestra (18.8%) no recibían seguimiento por ningún servicio de salud por motivo psiquiátrico en los 3 meses previos a la conducta suicida. De aquellos que sí, 51 (77.3%) estaban recibiendo seguimiento

psiquiátrico por el médico de atención primaria, 26 (39.4%) por una unidad de salud mental y 6 (9.1%) por una unidad de conductas adictivas.

En lo concerniente al tipo de conducta suicida exhibida: en 3 de los individuos (4.5%) el psiquiatra detectó durante la anamnesis ideas o planes de suicidio, otras 19 (28.8%) expresaron dichos planes o ideas por sí mismos, 6 de ellos (9.1%) realizaron amenazas de suicidio y 38 (57.6%) tentativas de suicidio (Figura 2). En cuanto a los métodos empleados en los intentos suicidas, en 36 (94.7%) estuvo implicada la ingesta de medicamentos, en 1 intento (2.6%) un arma de fuego y en otro intento un arma blanca.

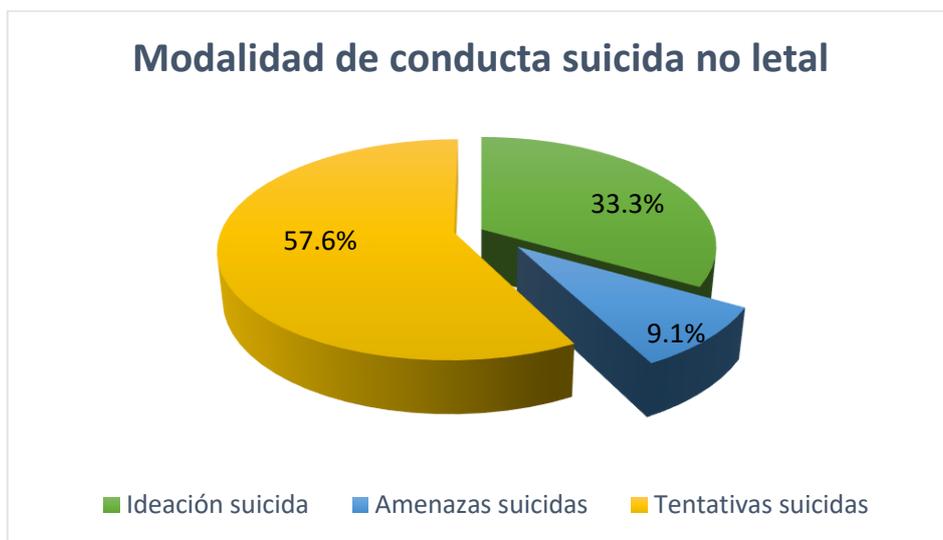


Figura 2. Gráfico sobre la modalidad de conducta suicida no letal.

De los 66 participantes, 55 (83.33%) fueron remitidos desde urgencias a algún circuito de salud. 42 (66.7%) fueron remitidos a un servicio de salud mental, 9 (14.3%) a una unidad de conductas adictivas, y 14 (22.2%) al médico de atención primaria. No obstante, de ellos, sólo 23 (41.8%) consta que acudieron a dichos servicios tal y como se había programado en su visita a urgencias. De los 11 pacientes (16.67%) que no fueron derivados explícitamente en el informe de urgencias, 4 de ellos (6.06%) recibieron seguimiento por la conducta suicida pese a no explicitarse al alta, siendo en 7 (10.61%) en los que no se evidenció ni derivación explícita ni informal a posteriori.

Los 66 pacientes fueron seguidos desde el episodio índice hasta febrero de 2017. Se comprobó tras el episodio índice cuanto recurrieron los pacientes al servicio de Urgencias Psiquiátricas. Se encontró que, durante los 12 meses posteriores, 29 pacientes (45.3%) habían acudido a Urgencias, aumentando la cifra a 39 pacientes (60.9%) si consideramos como fecha de estudio hasta febrero de 2017. En cuanto a la necesidad de ingreso a posteriori, se ingresó a 9 individuos (13.66%) durante los siguientes 12 meses, resultados que aumentaron a 14 (21.2%) si consideramos hasta febrero de 2017.

Al respecto con la recidiva de la conducta suicida, 2 individuos (3.1%) realizaron amenazas de suicidio en los siguientes 12 meses al episodio índice, elevándose a 5 (7.7%) al considerar como criterio temporal los 8 años siguientes. En cuanto a las tentativas de suicidio, 14 personas (21.5) llevaron a cabo tentativas en los siguientes 12 meses, valor que aumentó a 23 (35.4%) al considerar como fecha hasta febrero de 2017. De los 66 pacientes, 6 murieron a lo largo del periodo de seguimiento, siendo en solo 1 de ellos la causa el suicidio.

Además, realizamos un test de correlación de Pearson para analizar la fuerza de asociación entre diferentes variables (detallada en la Tabla 4 de anexos). Observamos que había una asociación significativa, aunque débil, entre antecedentes de autolisis (40.4%) y número de visitas a urgencias psiquiátricas el último año (40.5%) con el desarrollo de conductas suicida futura (en forma de tentativa) a lo largo de los 8 años de seguimiento. *Todos los resultados del estudio descriptivo se encuentran plasmados en las tablas 2 y 3 de anexos.*

En cuanto al análisis comparativo entre grupos de suicidio no letal y sí consumado (Tabla 1), se evidenciaron diferencias en edad ($\bar{x}_{\text{consumado}}=54'98$, $DT_{\text{consumado}} = 18'96$, $\bar{x}_{\text{NOconsumado}}= 39'30$, $DT_{\text{NOconsumado}} = 13'05$, $t = -8.34$, $p < 0'001$, IC 95% = -19'40, -11'95), y sexo (78'1% de hombres en suicidio consumado y 43'9% en suicidio no consumado, $\chi^2 = 33'31$, $p < 0'001$).

También se encontraron diferencias entre ambos respecto a la historia de intentos de autolisis (22'3% de historia de intentos de autolisis en la muestra de suicidio consumado y un 36'4% en conducta suicida no letal, $\chi^2 = 5'88$, $p = 0'015$) y en el circuito de salud en el que se les realizaba seguimiento en el momento de la conducta (22'1% de la muestra de suicidio consumado estaban en circuito de salud mental en el momento de la conducta, frente a un 39'4% en la muestra de conducta suicida no letal, $\chi^2 = 8'82$, $p = 0'003$).

En cuanto a la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos (Figura 3), no se evidenciaron diferencias en diagnóstico de trastorno depresivo entre ambos grupos (46'3% de historia diagnóstica en la muestra de suicidio consumado, frente a un 48'5% en la muestra de conducta suicida no letal, $\chi^2 = 0'11$, $p = 0'741$) ni de trastorno psicótico (12'8% de historia diagnóstica en la muestra de suicidio consumado, frente a un 10'6% en la muestra de conducta suicida no letal, $\chi^2 = 0'25$, $p = 0'616$).

No obstante, sí se hallaron para el trastorno de ansiedad (62'7% de la muestra de suicidio consumado contaban con diagnóstico, frente a un 45'5% en la muestra de conducta suicida no letal, $\chi^2 = 7'18$, $p = 0'028$) y para el trastorno límite de personalidad (4'8% de la muestra de suicidio consumado contaban con diagnóstico, frente a un 18'2% en la muestra de conducta suicida no letal, $\chi^2 = 15'26$, $p < 0'001$).

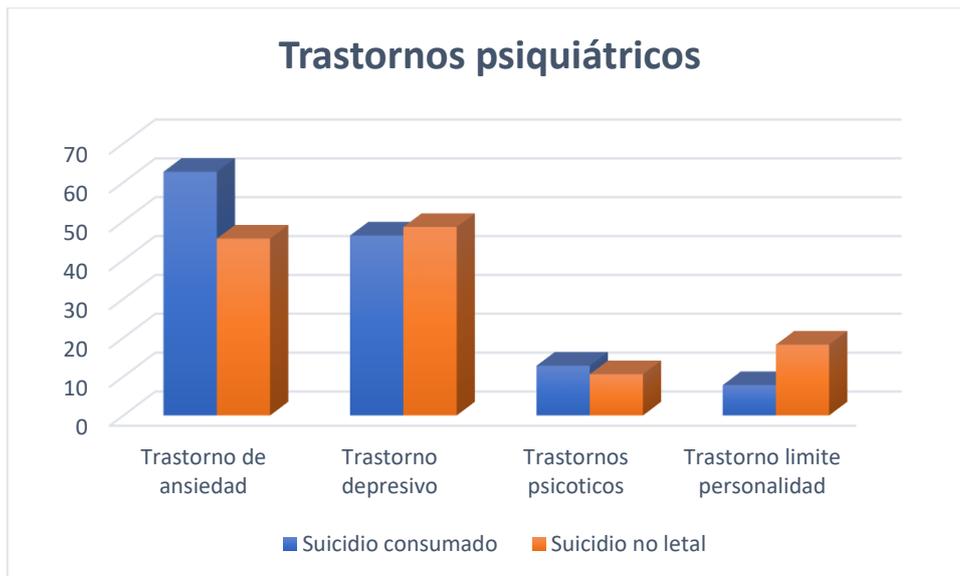


Figura 3. Gráfico sobre la diferente prevalencia de trastornos psiquiátricos en suicidio consumado vs. conducta suicida no letal.

Finalmente, se encontraron también diferencias respecto al método de conducta suicida (Figura 4) en casa uno de los grupos (47'0% de ahorcadura, estrangulación o sofocación en suicidio consumado y 0% en suicidio no consumado, residuo estandarizado corregido = 5'4; 24'8% de precipitación en suicidio consumado y 0% en suicidio no consumado, residuo estandarizado corregido = 3'4; y 13'5% de intoxicación en suicidio consumado y 94'7% en suicidio no consumado, residuo estandarizado corregido = -11'5; $\chi^2 = 133'14$, $p < 0'001$),

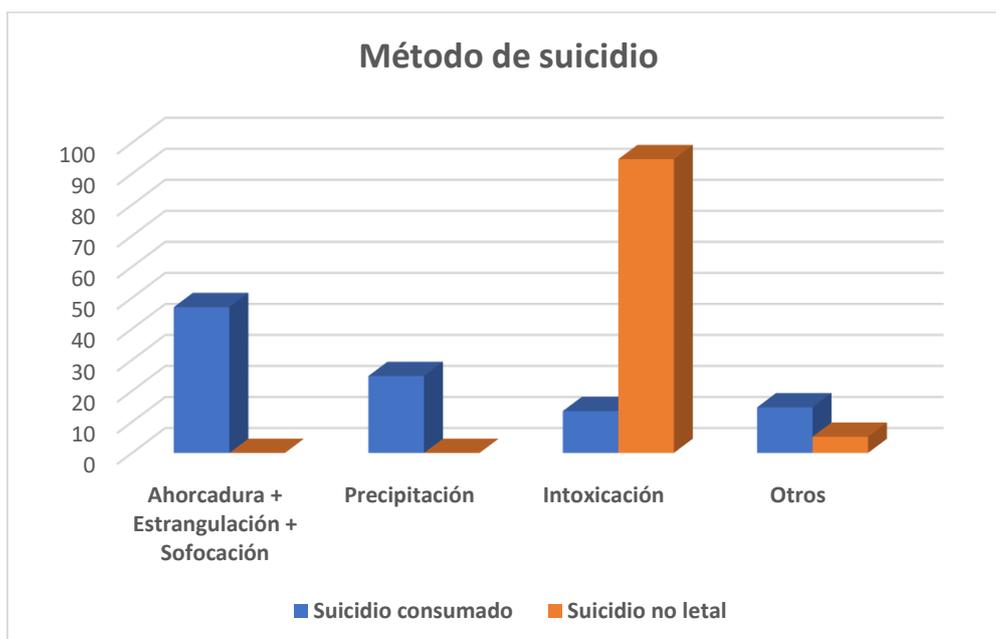


Figura 4. Gráfico sobre las diferencias en el método de suicidio recurrido según suicidio consumado vs. conducta suicida no letal.

Tabla 1. Comparativa entre variables clínicas y sociodemográficas entre la conducta suicida no letal vs. suicidio consumado

COMPARACIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS ENTRE LA CONDUCTA SUICIDA NO LETAL VS. SUICIDIO CONSUMADO			
Variables	Suicidio consumado	Suicidio no consumado	Test estadístico
Edad (\bar{x})	54.98	39.30	T student: $t = -8.34$, $p < 0.001$
Sexo (%)			
Hombre	78.1	43.9	Prueba χ^2 : $\chi^2=33.31$, $p < 0.001$
Método de conducta suicida (%)			
Ahorcadura, estrangulación o sofocación	47	0	Prueba χ^2 : $\chi^2=133.14$, $p < 0.001$
Precipitación	24.8	0	
Intoxicación	13.5	94.7	
Historia de intento de autolisis (%)	22.3	36.4	Prueba χ^2 : $\chi^2=5.88$, $p < 0.015$
Asistencia a USM¹ en periodo próximo a episodio índice (%)	22.1	39.4	Prueba χ^2 : $\chi^2=8.82$, $p=0.003$
Diagnósticos psiquiátricos (%)			
Trastornos depresivos	46.3	48.5	Prueba χ^2 : $\chi^2=0.11$, $p=0.741$
Trastornos psicóticos	12.8	10.6	Prueba χ^2 : $\chi^2=0.25$, $p=0.616$
Trastornos ansiedad	62.7	45.5	Prueba χ^2 : $\chi^2=7.18$, $p=0.028$
Trastornos límites de personalidad	4.8	18.2	Prueba χ^2 : $\chi^2=15.26$, $p < 0.001$

¹ USM: unidad de salud mental

7. DISCUSIÓN

El presente estudio describe las características de la conducta suicida no letal en Castellón, tarea que todavía no se había llevado a cabo en esta región geográfica. Datos sociodemográficos como la edad y el sexo de nuestra muestra fueron bastante similares a los del resto de estudios, mostrando que la conducta suicida no letal es en general más frecuente en mujeres y adultos jóvenes^{2,9}.

En consistencia con la literatura científica, corroboramos que los factores de riesgo y precipitantes que impulsaron a tal comportamiento son parecidos a los recogidos hasta el momento. La importancia de su estudio se debe a que muchos actos suicidas son respuestas impulsivas a estresantes psicosociales agudos⁴.

La existencia de un estresor de carácter afectivo, como discusiones familiares o rupturas de relación de pareja, fue el estresor más exhibido. Éste constituye también uno de los más importantes en el suicidio consumado⁵. Le siguen en importancia conflictos de índole laboral y económico, y en menor medida el padecimiento de una enfermedad somática, el fallecimiento de un familiar, un problema de carácter legal y ser víctima de violencia de género^{11,13}.

La historia de conducta suicida se ha definido en múltiples artículos como el mejor predictor de comportamiento suicida futuro^{4,14}, resultados ratificados en nuestro trabajo a través del test de correlación de Pearson. En nuestra muestra, un 36'4% ya había llevado a cabo con anterioridad alguna forma de comportamiento suicida. Los eventos de repetición de conducta suicida son más frecuentes en la conducta suicida no letal que en el suicidio consumado, desarrollándose estos últimos dentro del marco del primer o segundo intento⁶.

Tal y como esperábamos, encontramos una relación muy estrecha entre el comportamiento suicida y la existencia de enfermedades mentales. Muchos autores estiman que la psicopatología se encuentra fuertemente asociada con la ejecución de algún tipo de conducta suicida, de tal manera que cifran que un 90% de quienes llevan a cabo dicho comportamiento presentan un trastorno psiquiátrico^{9,15}. En nuestra muestra, el 74.24% habían sido diagnosticados de enfermedad mental en el momento de la conducta.

El hecho de que el porcentaje no sea tan elevado en nuestra muestra se debe a que en dichos estudios se abarcaba también el suicidio consumado. Pero, además, nuestra cifra inferior apoya la teoría de que el comportamiento suicida es una expresión de dolor emocional e infelicidad, pero no necesariamente de un trastorno mental, puesto que el 98% de los individuos con diagnóstico de trastorno psiquiátrico no mueren por suicidio^{3,7}. Los trastornos psiquiátricos no son suficientes por sí mismo, sino que requieren la coexistencia de los factores estresores y características sociodemográficas previamente nombradas⁵.

Además, se cree que de estos trastornos algunos están más correlacionados que otros. Encontramos que el diagnóstico psiquiátrico con mayor riesgo de desarrollar conducta suicida no letal fue el trastorno depresivo (48.5% de los individuos)¹³. Por lo general, se considera que el diagnóstico de depresión está más correlacionado con el suicidio consumado que con la conducta suicida no letal, pero existe controversia científica en torno a ello, y ciertos sectores consideran que más bien es el grado de severidad de depresión lo que diferencia a unos de otros^{6,16}.

La conducta suicida no letal se caracteriza por la existencia de psicopatología menos severa. Por ejemplo, es característico entre sus individuos el diagnóstico de trastornos de la personalidad, especialmente cluster B, los cuales se asocian a comportamiento suicida de baja letalidad repetidos⁶. Un 24.8% de nuestra muestra presentaba un diagnóstico de personalidad, siendo éste en un 18.2% un trastorno límite de la personalidad. Además, el número de diagnósticos de trastorno de la personalidad

aumentó considerablemente tras el episodio índice al realizar una evaluación psicopatológica más precisa, lo cual señala su correlación aún más profunda.

En nuestra muestra, el segundo trastorno psiquiátrico más prevalente es el trastorno de ansiedad (45.5%). Esta elevada prevalencia es acorde a resultados previos que muestran que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en tentativa suicida que en comparación con la población general y el suicidio consumado^{5,17}.

La historia de abuso de sustancias también se ha relacionado con la conducta suicida no letal^{17,18}. Entre ellas destacan el abuso de alcohol, cannabis y cocaína. En nuestra muestra, un 38.8% mostraba alguna forma de abuso, siendo la más frecuente al alcohol (34.84%), seguida de la cocaína y cannabis en misma medida (12.5%). Se cree que su asociación con el suicidio es debido a que el consumo de dichas sustancias puede aumentar la agresividad e impulsividad, disminuir la percepción de riesgo y peligro, y además promover la depresión¹⁸. Cuanto más precoz y abusivo el consumo, más correlación ha demostrado¹⁷.

Un 81.8% de los pacientes estaba recibiendo seguimiento por motivo psiquiátricos en algún circuito de salud en el año previo al episodio índice, cifras prácticamente idénticas a las de otros estudios¹⁹. Esto apoya la teoría de que los pacientes que van a ejecutar un intento o suicidio consumado buscan ayuda médica en los doce meses previos⁹.

La literatura científica apunta a que los pacientes en riesgo de suicidio tienen un contacto más estrecho con médicos de atención primaria y emergencias que con servicios de salud mental en el periodo previo al acto, pese a ser los psiquiatras y los psicólogos los expertos en reducir o erradicar la conducta suicida^{9,14}. En nuestra muestra, el principal sector sanitario que realizaba el seguimiento era un médico de atención primaria (77.3%), mientras que solo un 39.4% recibía seguimiento por una unidad de salud mental y un 9.1% por una unidad de conductas aditivas.

En cuanto al tipo de conducta suicida no letal, la principal forma observada en el 57.6% fueron tentativas de suicidio, en un 33.3% ideación suicida, y en un 9.1% amenazas de suicidio. Se considera que tanto la ideación como tentativas suicidas son un fuerte predictor de muerte por suicidio⁷, siendo la detección precoz de la ideación fundamental, ya que la progresión hacia la planificación o tentativa autolítica suele ocurrir en torno al primer año desde su aparición²⁰.

En relación con el método empleado, tal y como indica la literatura, aquellos que realizan conducta suicida no letal tienden a utilizar métodos menos agresivos, principalmente la ingesta medicamentosa^{6,21}. Ésta fue empleada en un 94.7% de los casos de nuestra muestra. Solo en dos casos el método referido fue distinto, uno con arma blanca y otro con arma de fuego.

En relación con la existencia de derivación tras la asistencia al servicio de urgencias, obtuvimos que en 11 (16.67%) de los pacientes no existía derivación. La explicación más probable, considerando que la

tendencia ante toda conducta suicida es a derivar a algún circuito de salud, sea que la derivación no siempre se realice de forma explícita, sino también verbal. Esto se corrobora con que de los 11, en 4 (6.06%) pudimos comprobar que aparecían registros de visitas motivadas por la conducta suicida al poco de producirse ésta, y en los otros 7 es probable que, dado que no hay constancia, sí se les derivase, pero verbalmente, pero que luego no acudiesen no quedando pues registro alguno.

Cabe destacar, la baja adherencia de los pacientes en la asistencia al servicio de salud remitido. De todos los remitidos sólo un 40.9% acudieron al servicio asignado, favoreciéndose así la perpetuación del comportamiento suicida. Es necesario un mayor estudio que indague en las causas que propician la no asistencia de dichos pacientes al circuito de salud al que son remitidos.

Respecto a las recurrencias o agravamiento de la conducta suicida, un 3.1% mostraron amenazas suicidas tras el primer año, porcentaje que ascendió al 7.7% al considerar como criterio temporal hasta febrero de 2017. En cuanto al número de tentativas, al cabo de los 12 meses posteriores al episodio índice fue del 21.5%, aumentando a 35.4% hasta febrero de 2017. Comparativamente, podemos afirmar que en nuestra muestra el mayor número de recurrencias fue también dentro del primer año tras el episodio, tal y como cabría esperar⁴.

Tan sólo uno de los individuos de nuestra muestra, que durante el episodio índice había llevado a cabo una tentativa autolítica, llevó a cabo suicidio consumado, al año siguiente, empleando como método la ingesta de sustancias químicas no farmacológicas (sulfumán).

A diferencia de las amenazas y tentativas de suicidio, la existencia o recurrencia de ideación suicida a lo largo de estos 8 años no se cuantificó dada la dificultad de objetivarla a menos que el paciente la refiera o el psiquiatra pregunte sobre ella.

En cuanto a la comparativa de características entre el suicidio no letal y el suicidio consumado, se comprobó que tal y como se recoge en la literatura existente, la media de edad en el suicidio consumado es mayor a la del suicidio no consumado, y a nivel de género, el consumado es más frecuente en varones y el no consumado en mujeres^{6,21}.

Respecto a la existencia de historia de intentos de autolisis, fue mayor en el suicidio no consumado (36.4%) que en el suicidio consumado (22.3%). Esto se contextualiza en el marco de que aquellos más predispuestos a alcanzar la muerte, por lo general, lo realizan al primer o segundo intento, dado que recurren a métodos de mayor letalidad, de modo que la existencia de numerosos intentos autolíticos es más identificatoria de conductas suicidas no letales^{6,10}. De la misma manera, los individuos con tentativas suicidas no letales (39.4%) están en seguimiento con mayor frecuencia por servicios de salud mental respecto a los de suicidio consumado (22.1%)⁶, seguramente por el mayor historial de tentativas que presentan.

En ambos grupos se encontró una estrecha relación entre la conducta suicida y el padecimiento de un trastorno psiquiátrico. En el grupo de suicidio consumado el diagnóstico más frecuente fue el trastorno de ansiedad, mientras que en la conducta suicida no letal fue el diagnóstico de trastorno depresivo.

En contraste con la evidencia científica descrita hasta el momento⁵, donde el trastorno de ansiedad es más frecuente en la conducta suicida no letal, en nuestro estudio comparativo fueron los pacientes de suicidio consumado los que mostraron una mayor predisposición por los trastornos de ansiedad (62.7% en suicidio consumado vs. 45.5% en suicidio no letal). Esta diferencia respecto a la literatura podría deberse a que, en nuestro estudio sobre suicidio consumado¹², al ser retrospectivo, no podemos saber si el diagnóstico de trastorno de ansiedad se realizó de forma precisa, pudiendo tratarse más bien de diagnósticos funcionales. Esto hace referencia a la asignación de un diagnóstico con el objetivo de posibilitar la pauta de una medicación más que a identificar a un paciente con un trastorno médico. Esto podría haber generado en consecuencia una sobreestimación con respecto al número de trastornos de ansiedad reales.

Aunque el diagnóstico psiquiátrico principal varió en un grupo respecto al otro, no se halló diferencias significativas de prevalencia en el diagnóstico de depresión entre ellos, con un 46.3% en la muestra de suicidio consumado frente a 48.5% en la de conducta suicida no letal⁸. Esto se debe a que la diferencia entre ellos no se basa tanto en su prevalencia, sino en el grado de depresión, siendo más severa en el suicidio consumado. Tampoco se halló diferencias en lo referido a los trastornos psicóticos, siendo estos menos frecuentes en ambos grupos (12.8% en suicidio consumado frente 10.6% en suicidio no consumado)⁵.

No obstante, sí que se comprobó, tal y como exponen otros autores, que los trastornos de personalidad cluster B (especialmente el trastorno límite) se asocian a comportamientos suicidas de baja letalidad, de modo que son más frecuentes en dicho grupo (4.8% en suicidio consumado frente a 18.2 en suicidio no consumado)⁶.

Por último, en relación con el método de conducta suicida, encontramos que los individuos integrados en el grupo de suicidio no letal usaban métodos menos agresivos, especialmente sobredosis medicamentosa (94.7% en suicidio no consumado frente 13.5% en suicidio consumado) mientras que en el grupo de suicidio consumado la letalidad de los métodos era mucho mayor (47.0% para ahorcadura, estrangulación y sofocación; 24.8% para precipitación...). Ninguno de los individuos de la muestra de suicidio no letal recurrió a estos métodos de suicidio. Estos descubrimientos son acordes a estudios previos donde se abarca la diferente metodología entre ambos grupos²¹.

El presente estudio cuenta con una serie de fortalezas y limitaciones. Respecto a sus fortalezas, destaca que no existen antecedentes de estudios que abarquen el análisis de la conducta suicida no letal en Castellón, siendo nuestro trabajo el primero. Dado que el suicidio está muy influenciado por la cultura, demografía y temporalidad, y éste es un estudio cuya muestra está integrada principalmente por

residentes de la provincia de Castellón, en un periodo de tiempo bastante reciente, los resultados obtenidos son muy útiles sobre la población actual.

Otra de las fortalezas radica en la longitud del periodo temporal de seguimiento. Mientras que en la mayoría de los trabajos en los cuales se estudia el suicidio el criterio temporal de seguimiento tras la conducta inicial no suele sobrepasar el año, en nuestro trabajo se estudia la persistencia y recurrencia de conducta suicida a lo largo de 8 años (2009-2017).

Por último, no se ha incluido dentro de la muestra aquellas autolesiones cuya intencionalidad no era suicida, sino más bien comunicativa (“gestos suicidas”). Consideramos que la intencionalidad de morir es el criterio que rige cualquier forma de acto suicida en nuestra población. Al excluirlos logramos que las características de los pacientes que realizaron gestos suicidas no confundan los resultados de nuestra muestra, pues difieren significativamente unos de otros²².

Existen dos principales limitaciones en cuanto a este estudio. La primera es que el trabajo consiste en un estudio retrospectivo, de modo que a diferencia de en estudios prospectivos, la información disponible ha estado limitada a la que se ha podido recoger en los registros informáticos médicos, y en consecuencia, variables consideradas de utilidad en el entendimiento de la conducta suicida no han podido ser reunidas ni analizadas.

En segundo lugar, el escaso tamaño muestral dificulta realizar un estudio descriptivo más profundo de las diferentes conductas suicidas no letales, así como un estudio comparativo más extenso con el de suicidio consumado, ya que la mayoría de los resultados obtenidos no tendrían significancia estadística.

8. CONCLUSIONES

Las características de los individuos que presentan conducta suicida no letal en la provincia de Castellón son similares a las expuestas por la literatura científica en otros países desarrollados occidentales.

El comportamiento suicida no letal de Castellón muestra una mayor tendencia a transcurrir en individuos adultos jóvenes (en torno a los 39 años), del sexo femenino, con estresores psicosociales que favorecen su angustia emocional, y con trastornos psiquiátricos (especialmente el binomio ansioso-depresivo). Por tanto, sería recomendable en aquellos pacientes que cumplan este perfil, que los profesionales sanitarios se alertaran e invirtieran parte del tiempo de consulta en indagar acerca de la existencia o predisposición a cometer alguna forma de conducta suicida

Por otro lado, es importante recalcar que el principal predictor de conducta suicida futura es la existencia de conducta suicida pasada. Por tanto, los pacientes con historia de conducta suicida han de ser considerados sujetos de riesgo, y los médicos deberían dedicar parte del tiempo en consulta a indagar sobre dicho comportamiento. Invertir en prevención secundaria es pues fundamental, así como muy rentable.

Además, en toda forma de conducta suicida, los profesionales sanitarios responsables generalmente del seguimiento por motivo psiquiátrico de estos pacientes son los médicos de atención primaria. Por tanto, la formación de los médicos de atención primaria debería profundizar en la detección y prevención de la conducta suicida, y debería ser a este nivel donde se implementen la mayoría de los protocolos de screening, para posteriormente derivar al psiquiatra, que es el experto en su intervención.

Otro de los hallazgos a considerar sería que, en la conducta suicida no letal, el método por excelencia es la sobredosis medicamentosa. Múltiples estudios sobre el suicidio han demostrado que es la disponibilidad de un método el factor determinante en su utilización. Por tanto, dado que la mayoría tratan de suicidarse mediante medicamentos, las restricciones en su venta y distribución podría contemplarse como una medida a adoptar.

Por otro lado, resulta llamativo comprobar el alto porcentaje de nuestra muestra que, pese a ser derivado tras la conducta suicida a un circuito de salud para que reciba seguimiento, no acude. De hecho, sólo un 40.9% acude al circuito de salud asignado. Este hallazgo nos lleva a considerar una posible falta de adhesión a la intervención terapéutica en pacientes con conducta suicida no letal, siendo necesario el desarrollo de medidas que garanticen el cumplimiento del seguimiento por parte de los pacientes para evitar la persistencia o empeoramiento de su conducta suicida.

Además, se confirma también en el estudio comparativo, que los individuos con conducta suicida no letal y consumada en Castellón representan grupos poblaciones distintos, con perfiles clínicos, sociales y demográficos diferentes, de manera que el enfoque diagnóstico y terapéutico debe variar de unos a otros. Dado que los individuos con tendencia suicida letal tienden a lograr su objetivo en el primer o

segundo intento, es fundamental centrar todavía más el esfuerzo terapéutico en la detección precoz de estos últimos.

Sin embargo, pese a la evidencia aportada, la escasa muestra disponible nos impide generalizar los resultados. Es necesario el desarrollo de estudios más amplios para definir el verdadero perfil social, demográfico y clínico del paciente con conducta suicida no letal residente en Castellón, y mejorar así el abordaje terapéutico-preventivo desde los diferentes servicios del área de la salud.

10. CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no haber tenido ningún tipo de conflicto de interés en la realización del estudio, así como tampoco haber obtenido ninguna forma de financiación por él.

11. AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de investigación fue realizado bajo la supervisión del equipo de psiquiatría y psicología del Hospital Provincial de Castellón, así como junto al psicólogo Carlos Suso Ribera, a los cuales expreso un gran agradecimiento por la paciencia y ayuda brindada durante la realización del trabajo.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Fundación Salud Mental España [Internet]. 2016. Observatorio del suicidio en España. Estadísticas 2016. [Consultado el día 10, enero, 2019] Disponible en: www.fsm.es/observatoriodelsuicidio
2. Hegerl U. Prevention of suicidal behavior. *Clinical research*. 2016;18(2):8
3. Conselleria de sanitat universal y salut publica. Generalitat Valenciana. [Internet]. 2016. Vivir es la salida: plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida [Consultado el día 10, enero, 2019]. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf.
4. Saxena S, Krug EG, Chestnov O, World Health Organization, editores. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. 89 p.
5. Overholser JC, Braden A, Dieter L. Understanding suicide risk: identification of high-risk groups during high-risk times: Understanding suicide risk. *Journal of Clinical Psychology*. marzo de 2012;68(3):349-61.
6. Parra Uribe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, Giró Batalla M, Llorens Capdevila M, Cebrià Meca A, et al. Attempted and completed suicide: Not what we expected? *Journal of Affective Disorders*. septiembre de 2013;150(3):840-6.
7. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*. 28 de marzo de 2016;12(1):307-30.
8. McHugh CM, Corderoy A, Ryan CJ, Hickie IB, Large MM. Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open* [Internet]. marzo de 2019 [citado 14 de febrero de 2019];5(2).
9. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*. marzo de 2016;387(10024):1227-39.
10. Christiansen E, Frank Jensen B. Risk of Repetition of Suicide Attempt, Suicide or all Deaths after an Episode of Attempted Suicide: A Register-Based Survival Analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. marzo de 2007;41(3):257-65.
11. Caine ED. Suicide and Attempted Suicide in the United States During the 21st Century. *JAMA Psychiatry*. 1 de noviembre de 2017;74(11):1087.
12. Suso-Ribera C, Mora-Marín R, Hernández-Gaspar C, Pardo-Guerra L, Pardo-Guerra M, Belda-Martínez A, et al. El suicidio en Castellón entre 2009 y 2015: ¿ayudan los factores sociodemográficos y psiquiátricos a entender las diferencias entre los ámbitos urbano y rural? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. enero de 2018;11(1):4-11.
13. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
14. Muñoz-Sánchez J-L, Sánchez-Gómez M, Martín-Cilleros M, Parra-Vidales E, de Leo D, Franco-Martín M. Addressing Suicide Risk According to Different Healthcare Professionals in Spain: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 26 de septiembre de 2018;15(10):2117.

15. Jones, H.; Cipriani, A. Improving access to treatment for mental health problems as a major component of suicide prevention strategy. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2016, 50, 176–178.
16. DeJong, T.M., Overholser, J.C., Stockmeier, C.A., 2010. Apples to oranges?: a direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *Journal of Affective Disorders* 124, 90–97.
17. McClatchey K, Murray J, Rowat A, Chouliara Z. Risk Factors for Suicide and Suicidal Behavior Relevant to Emergency Health Care Settings: A Systematic Review of Post-2007 Reviews. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. diciembre de 2017;47(6):729-45.
18. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K, The Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine*. septiembre de 2008;13(5):243-56.
19. Vasiliadis H-M, Ngamini-Ngui A, Lesage A. Factors Associated With Suicide in the Month Following Contact With Different Types of Health Services in Quebec. *Psychiatric Services*. febrero de 2015;66(2):121-6.
20. Ono Y, Kawakami N, Nakane Y, Nakamura Y, Tachimori H, Iwata N, et al. Prevalence of and risk factors for suicide-related outcomes in the World Health Organization World Mental Health Surveys Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. agosto de 2008;62(4):442-9.
21. Lim M, Lee S, Park J-I. Difference in suicide methods used between suicide attempters and suicide completers. *International Journal of Mental Health Systems*. 2014;8(1):54.
22. Nock, M.K.; Kessler, R.C. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *J. Abnorm. Psychol.* 2006, 115, 616–623.

13.ANEXOS

Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes previos a la conducta suicida

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		
	Media (\bar{x})	Desv. estándar (σ)
Edad	39'30	13'05
	Frecuencias (n)	%
Sexo		
Hombre	29	43'9
Mujer	37	56'1
Lugar de nacimiento		
España	53	80.3
No españoles	11	16.6
Europeos no españoles	9	13.6
Africanos	2	3
Estresores psicosociales		
Estr. psicosocial enfermedad	8	12.5
Estr. psicosocial fallecimiento	6	9.2
Estr. psicosocial afectivo	33	51.6
Estr. psicosocial laboral	22	33.8
Estr. psicosocial legal	5	7.7
Estr. psicosocial violencia género	4	6.2
Estr. Psicosocial económico	31	47.7
VARIABLES CLÍNICAS		
	Frecuencias (n)	%
Antecedentes de intentos de autolisis	24	36.4
Nº personas que cometieron el intento los 3 meses previos	7	11.4
Nº personas que cometieron el intento el año previo	11	18.1
Nº pacientes acuden a Urgencias en los 12 meses previos por motivo psiquiátrico	32	48.48
Nº pacientes acuden a Urgencias Psiquiátricas	25	37.9
Nº pacientes con visitas a Urgencias Generales	17	27.8
Hª trastorno de abuso a tóxicos		
Existencia de abuso	23	34.84
Abuso de alcohol	18	28.1
Abuso de cannabis	8	12.3
Abuso de cocaína	8	12.3
Diagnósticos psiquiátricos		
Diagnóstico de enfermedad mental	49	74.24
Trastorno de personalidad	16	24.8
Trastorno no TLP ¹	4	6.1
Trastorno sí TLP	12	18.2
Trastorno de ansiedad	30	45.5
Trastorno de bipolaridad	4	6.1
Trastorno depresivo	32	48.5

Trastorno psicótico	7	10.6
Tratamiento psiquiátrico		
¿Tratamiento en episodio índice?	48	72.7
Antidepresivos en episodio índice	39	59.1
Antipsicóticos en episodio índice	23	34.8
Benzodiacepinas en episodio índice	43	65.2
Eutimizantes en episodio índice	5	7.6
Otros psicofármacos en episodio índice	8	12.1
Nº pacientes con hª de ingresos por causa psiquiátrica	14	21.2
Circuito psiquiátrico en episodio índice		
Seguimiento en algún circuito salud	54	81.2
Seguimiento psiquiátrico por MAP ²	51	77.3
USM ³ en episodio índice	26	39.4
UCA ⁴ en episodio índice	6	9.1
Conducta suicida		
Ideas/Planes suicidas detectados	3	4.5
Ideas/Planes suicidas expresados	19	28.8
Amenaza de suicidio	6	9.1
Tentativas	38	57.6
Método en tentativa suicida		
Intoxicación medicamentosa	36	94.7
Arma de fuego	1	2.6
Arma blanca	1	2.6

¹ TLP: trastorno límite de la personalidad. ² MAP: médico de atención primaria. ³ USM: unidad de salud mental. ⁴ UCA: unidad de conductas adictivas.

Tabla 3. Características clínicas de la muestra después del episodio índice

VARIABLES POSTERIORES AL EPISODIO INDICE		
	Frecuencias (n)	%
¿Se le ofrece ingreso y lo rechaza tras tentativa?		
No se le ofrece	55	83.3
Se le ofrece y lo acepta	10	15.2
Se le ofrece y lo rechaza	1	1.5
¿Derivación tras episodio índice?		
Sí explícita	55	83.33
USM	42	14.3
UCA	9	14.3
MAP	14	22.2
No explícita	11	16.67
Informal	4	6.06
No registro	7	10.61
¿Acuden a la derivación?	27	40.9
Asistencia a urgencias psiquiátricas		

Nº pacientes acudieron hasta 02/2010	29	45.3
Nº pacientes acudieron hasta 02/2017	39	60.9
Ingresos hospitalarios		
Nº pacientes con ingreso hasta 02/2010	9	13.6
Nº pacientes con ingreso hasta 02/2017	14	21.2
Amenazas suicidas		
Nº pacientes realizan amenaza hasta 02/2010	2	3.1
Nº pacientes realizan amenaza hasta 02/2017	5	7.7
Tentativas suicidas		
Nº pacientes realizan tentativa hasta 02/2010	14	21.5
Nº pacientes realizan tentativa hasta 02/2017	23	35.4
Nº pacientes que cometieron suicidio consumado en la evolución	1	1.51

Tabla 4: Test de correlación de Pearson para hallar posibles asociaciones entre variables sociales y clínicas con el desarrollo de conducta suicida futura y/o recurrencia en la asistencia a servicios sanitarios psiquiátricos.

CORRELACIONES							
		Nº tentativas. tras 12meses	Nº tentativas. hasta 02/2017	Nº urgencias psiquiátricas tras 12meses	Nº urgencias psiquiátricas hasta 02/2017	Nº ingresos tras 12meses	Nº ingresos hasta 02/2017
Edad	Correlación de Pearson	-0,221	-0,133	-0,153	-0,181	-0,208	-0,149
	Sig. (bilateral)	0,077	0,292	0,226	0,151	0,094	0,232
	N	65	65	64	64	66	66
Sexo	Correlación de Pearson	0,041	0,127	-0,129	-0,113	-0,011	-0,109
	Sig. (bilateral)	0,747	0,313	0,311	0,373	0,928	0,384
	N	65	65	64	64	66	66
Hª abuso de alcohol	Correlación de Pearson	0,003	0,051	0,146	0,211	0,023	0,146
	Sig. (bilateral)	0,979	0,688	0,25	0,094	0,855	0,244
	N	65	65	64	64	66	66
Antecedentes de autolisis	Correlación de Pearson	,301*	,404**	0,194	0,206	0	0,124
	Sig. (bilateral)	0,015	0,001	0,124	0,102	1	0,319
	N	65	65	64	64	66	66
Nº intentos autolisis último año.	Correlación de Pearson	0,141	,279*	0,101	0,165	0,015	0,057
	Sig. (bilateral)	0,264	0,025	0,426	0,192	0,906	0,652
	N	65	65	64	64	66	66
Nº visitas urgencias psiq. ultimo año	Correlación de Pearson	,247*	,405**	,499**	,510**	,313*	,410**
	Sig. (bilateral)	0,047	0,001	0	0	0,01	0,001
	N	65	65	64	64	66	66
Nº visitas urgencias generales por motivo psiq. ultimo año	Correlación de Pearson	0,092	0,124	0,086	0,059	,467**	0,232
	Sig. (bilateral)	0,467	0,325	0,497	0,646	0	0,061
	N	65	65	64	64	66	66
Nº ingresos psiq. previos	Correlación de Pearson	-0,093	-0,138	0,202	0,225	0,211	0,186
	Sig. (bilateral)	0,46	0,274	0,11	0,074	0,089	0,135
	N	65	65	64	64	66	66

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).