



TESIS DE DOCTORADO

**VARIABLES PREDICTIVAS DE RIESGO
DE CONDUCTA SUICIDA EN
PACIENTES A SEGUIMIENTO EN EL
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
INTENSIVA**

Ashkan Espandian Nojavan Pana

ESCUELA DE DOCTORADO INTERNACIONAL (EDIUS)

PROGRAMA DE DOCTORADO EN NEUROCIENCIA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

2020





DECLARACIÓN DEL AUTOR DE LA TESIS

Variables predictivas de riesgo de conducta suicida en pacientes a seguimiento en el Programa de Intervención Intensiva

D. Ashkan Espandian Nojavan Pana

Presento mi tesis, siguiendo el procedimiento adecuado al Reglamento, y declaro que:

- 1) La tesis abarca los resultados de la elaboración de mi trabajo.*
- 2) En su caso, en la tesis se hace referencia a las colaboraciones que tuvo este trabajo.*
- 3) La tesis es la versión definitiva presentada para su defensa y coincide con la versión enviada en formato electrónico.*
- 4) Confirmando que la tesis no incurre en ningún tipo de plagio de otros autores ni de trabajos presentados por mí para la obtención de otros títulos.*

En En Ourense, 03 de noviembre de 2020

Fdo. Ashkan Espandian Nojavan Pana





AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR DE LA TESIS

Variables predictivas de riesgo de conducta suicida en pacientes a seguimiento en el Programa de Intervención Intensiva

D. Gerardo Flórez Menéndez

INFORMA:

*Que la presente tesis, corresponde con el trabajo realizado por D **Ashkan Expandian Nojavan Pana**, bajo mi dirección, y autorizo su presentación, considerando que reúne los requisitos exigidos en el Reglamento de Estudios de Doctorado de la USC, y que como director de ésta no incurre en las causas de abstención establecidas en Ley 40/2015.*

En Ourense , 4 de noviembre de 2020

Fdo. Gerardo Flórez Menéndez





D. Ashkan Espandian Nojavan Pana declara no tener ningún conflicto de intereses en relación con la Tesis Doctoral titulada:

**Variables predictivas de riesgo de conducta suicida
en pacientes a seguimiento en el Programa de
Intervención Intensiva**

En En Ourense, 03 de noviembre de 2020

Fdo. Ashkan Espandian Nojavan Pana



Dedicado a mi madre





Agradecimientos.

En primer lugar, quisiera mencionar a mis pacientes y a sus familiares que han despertado en mí el interés por un tema tan difícil y del que tanto nos falta por saber. Ellos me han aportado la energía, en el esfuerzo de adquirir los conocimientos más amplios y completos, con el fin de poder ayudarles en la gestión de esta mezcla de emociones y pensamientos, la cual genera una desesperanza que los lleva a tomar una decisión tan extrema y por momentos incomprensible como el suicidio.

El segundo pilar fundamental lo forma el director de tesis, y amigo, el Dr. Gerardo Flores Menéndez. A él le agradezco su apoyo y dedicación en la creación de este proyecto, y todos los conocimientos y enseñanzas que me ha transmitido desde el inicio de mi formación en el campo de la psiquiatría.

A mi tutor el Dr. Fernando Cadaveira y a mis compañeros del servicio de psiquiatría del hospital del Bierzo, que otorgan al trabajo una importante contribución de calidad.

En el ámbito personal deseo destacar a mi madre, gracias a su apoyo incondicional he podido conseguir muchos de los objetivos buscados, y estoy convencido de que sin ella sería imposible. A mi amiga Celina por su colaboración en la gestión del proyecto, a Marta por su cuasi obsesión por la perfección y su atención al detalle, y a Raquel por la elegancia y finura en el diseño.

Y en general a todos aquellos que de una forma u otra me han apoyado en estos años, tanto en momentos agradables como en otros de dificultad, intentando que mantuviese el ánimo y no perdiese la ilusión.



RESUMEN

Introducción.

El suicidio representa un problema destacado en la actualidad. Una línea de prevención e intervención es la detección de los factores de riesgo. En este estudio se pretende identificar variables predictoras de repetición de intento de suicidio en pacientes con seguimiento en un Programa de Intervención Intensiva (PII).

Material y método.

Se llevó a cabo un estudio observacional de carácter retrospectivo que abarcó un periodo comprendido entre el 1 de abril del 2009, momento en el que comienza la actividad del Programa de Intervención Intensiva, y el 31 de diciembre del año 2012.

La muestra la forman los pacientes incluidos en el PII por intento de suicidio. Se registran las siguientes variables a lo largo de los 12 meses de seguimiento en el programa: variables sociodemográficas y clínicas, los abandonos, la repetición del intento de suicidio, las faltas a consulta y los resultados obtenidos en las escalas de depresión y desesperanza de Beck (inicial, 6 meses y 12 meses).

Análisis estadístico.

La asociación entre reintentos y variables cualitativas de estudio se realizó mediante análisis de regresión logística y regresiones de Cox. Los análisis se efectuaron utilizando el software SPSS 19.0.

El estudio ha sido aprobado por el Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia.

Resultados.

De la muestra de 319 pacientes, 29 (9%) realizaron una repetición del intento autolítico, 22 (76%) durante los primeros 6

meses del programa. De los que repiten el intento autolítico, 7 (24%) tienen historia de intento previo durante un periodo inferior a 180 días al intento índice (p valor = 0.033).

La intoxicación medicamentosa fue el método más empleado en el intento índice con 240 pacientes (76%). 27 (93%) mantienen el método en la repetición del intento de suicidio (p valor < 0.001).

Conclusiones.

La intoxicación medicamentosa como método del intento y el reintento, y el tiempo transcurrido desde el intento previo son los factores de riesgo con mayor asociación a la repetición del intento de suicidio. Por ello, destacamos la importancia de identificar a los pacientes con historia de intento de suicidio, sobre todo en los primeros 180 días, para establecer intervenciones más intensivas y un ajuste adecuado del tratamiento en este periodo de mayor riesgo.

Palabras clave:

Repetición de intento de suicidio, factores de riesgo, intentos previos, prevención de intento de suicidio.

SUMMARY

Introduction:

Suicide is at present an important global public health problem. Detection of risk factors can be used as a method for prevention and intervention. This study aims to identify predictors of suicide in patients with suicidal attempt retry, who are followed-up in the Intensive Intervention Program (PII).

Methods.

We carried out a retrospective observational study that covered the period between April 1, 2009, when the activity of the Intensive Intervention Program begins, and December 31, 2012.

The sample includes patients followed up at the PII because of a previous suicidal attempt. The following variables were collected during the 12 month follow-up: socio-demographic and clinical variables, repeated attempts, lack of adherence and the Beck Depression Inventory and Hopelessness Scale (baseline, 6 months and 12 months).

Statistic analysis.

The association between repeated attempts and the predictor variables was performed using logistic regressions and Cox regression analyses. The analysis was carried out with the SPSS software v.19.0. The study has been approved by the Research Ethics Committee of Galicia.

Results.

29 of the 319 recruited patients (9%) committed a new suicidal attempt, 22 (76%) of these new attempts occurred during the first 6 months of the Program. Of those who repeat the attempt, 7 (24%)

have a history of a previous attempt that precede the basal attempt ($p=0.033$) in less than 180 days.

Medication overdose was the most used method, as it was used by 240 of the patients (76%). 27 (93%) kept drug overdose as the retry method ($p < 0.001$).

Conclusions.

Overdose as a method of attempt and re-attempt, and the time elapsed from the previous attempt, are the highlighted risk factors associated with repeated suicidal attempts. For this reason, it is crucial to identify patients with a new suicide attempt so that a more intense intervention and drug treatment control is delivered during the first 180 days.

Keywords:

Risk factors, repeated suicidal attempts, previous attempts, prevention of suicidal attempts.

INDICE

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUCCIÓN | 27 |
| 1.1 Epidemiología: Prevalencia e incidencia (mundial, europea, española y gallega) | 27 |
| 1.2 Concepto – Terminología | 32 |
| 1.2.1 Definiciones | 32 |
| 1.2.2 Clasificación | 33 |
| 1.3 Factores de riesgo | 35 |
| 1.3.1 Individuales | 37 |
| 1.3.1.1 Depresión mayor. | 37 |
| 1.3.1.2 Trastorno bipolar. | 37 |
| 1.3.1.3 Trastornos psicóticos. | 38 |
| 1.3.1.4 Trastornos de ansiedad. | 38 |
| 1.3.1.5 Trastornos de la conducta alimentaria. | 38 |
| 1.3.1.6 Trastorno adaptativo. | 39 |
| 1.3.1.7 Abuso de alcohol y otras sustancias. | 39 |
| 1.3.1.8 Trastorno de personalidad. | 39 |
| 1.3.1.9 Factores psicológicos. | 40 |
| 1.3.1.10 Edad. | 41 |
| 1.3.1.11 Sexo. | 42 |
| 1.3.1.12 Orientación sexual. | 43 |
| 1.3.1.13 Enfermedades físicas o discapacitantes. | 44 |
| 1.3.1.14 Neurobiología y genética de la conducta suicida. | 44 |
| 1.3.1.15 Factores genéticos. | 44 |
| 1.3.2 Sociofamiliares y contextuales | 45 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1.3.2.1 | Nivel socioeconómico, situación laboral y nivel educativo..... | 45 |
| 1.3.2.2 | Estado civil..... | 45 |
| 1.3.2.3 | Medio rural y urbano..... | 46 |
| 1.3.2.4 | Estrés y acontecimientos vitales..... | 46 |
| 1.3.2.5 | Historia familiar de suicidio..... | 47 |
| 1.3.3 | FR modificables..... | 47 |
| 1.3.4 | FR inmodificables..... | 48 |
| 1.4 | Factores protectores..... | 48 |
| 1.4.1 | Personales o propios del individuo..... | 48 |
| 1.4.2 | Sociales y medioambientales..... | 49 |
| 1.5 | Factores precipitantes..... | 50 |
| 1.6 | Señales de alerta..... | 50 |
| 1.6.1 | Físicas o de comportamiento..... | 50 |
| 1.6.2 | Señales verbales..... | 51 |
| 1.7 | Intento autolítico previo / reintento..... | 51 |
| 1.8 | Prevención de la conducta suicida..... | 53 |
| 1.8.1 | Modelos de prevención..... | 53 |
| 1.8.1.1 | Prevención universal, selectiva e indicada ¹¹⁴ | 53 |
| 1.8.2 | Programas de prevención a nivel mundial, europeo y español..... | 57 |
| 2 | HIPÓTESIS Y OBJETIVOS..... | 59 |
| 2.1 | Hipótesis..... | 59 |
| 2.1.1 | Principal..... | 59 |
| 2.1.2 | Secundario..... | 59 |
| 2.2 | Objetivo..... | 59 |

| | |
|---|-----------|
| 3 MATERIAL Y MÉTODO | 61 |
| 3.1 Diseño del estudio | 61 |
| 3.2 Desarrollo y descripción del programa de intervención intensiva..... | 62 |
| 3.3 Procedimiento y recogida de variables..... | 64 |
| 3.4 Instrumentos psicométricos | 67 |
| 3.4.1 Inventario de Depresión de Beck | 67 |
| 3.4.2 Escala de Desesperanza de Beck..... | 68 |
| 3.5 Procedimiento de análisis de datos..... | 68 |
| 4 FUNDAMENTOS ÉTICO-LEGALES..... | 69 |
| 5 RESULTADOS | 71 |
| 5.1 Análisis descriptivo de la muestra..... | 71 |
| 5.1.1 Características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio..... | 71 |
| 5.2 Abandonos del programa..... | 76 |
| 5.2.1 Variables sociodemográficas y clínicas de los abandonos..... | 77 |
| 5.2.2 Comparativa con la población de estudio | 81 |
| 5.3 Reintentos durante el programa..... | 82 |
| 5.3.1 Variables sociodemográficas y clínicas | 82 |
| 5.3.2 Comparativa con la población de estudio | 87 |
| 5.4 Escalas de valoración | 92 |
| 5.4.1 Inventario de depresión y Escala de desesperanza de Beck..... | 92 |
| 5.5 Impulso suicida..... | 94 |
| 5.5.1 Inicial – 6 meses – 12 meses | 94 |

| | |
|---|------------|
| 6 DISCUSIÓN..... | 101 |
| 6.1 Muestra de estudio | 106 |
| 6.2 Muestra de reintentos | 110 |
| 6.3 muestra de abandonos | 114 |
| 7 LIMITACIONES | 117 |
| 8 CONCLUSIONES..... | 121 |
| 9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 125 |
| 10 ANEXOS | 145 |
| 10.1 Anexo 1. Publicación derivada del estudio | 147 |
| 10.2 Anexo 2. Nivel de gravedad del factor de riesgo | 161 |
| 10.3 Anexo 3. Factores de protección | 163 |
| 10.4 Anexo 4 Criterios de derivación al Programa de Intervención Intensiva | 165 |
| 10.5 Anexo 5. Plantilla de registro | 167 |
| 10.6 Anexo 6. Escalas de valoración psicométricas | 171 |
| 10.7 Anexo 7 Líneas estratégicas de prevención tras un intento autolítico | 183 |
| 10.8 Anexo 8. Papel de los profesionales de Atención Primaria en la prevención | 201 |
| 10.9 Anexo 9. Exposición de áreas de interés en la aplicación de un programa de intervenciones | 203 |
| 10.10 Anexo 10. Propuesta de modelo de intervención en el paciente de riesgo | 205 |

ÍNDICE DE FIGURAS

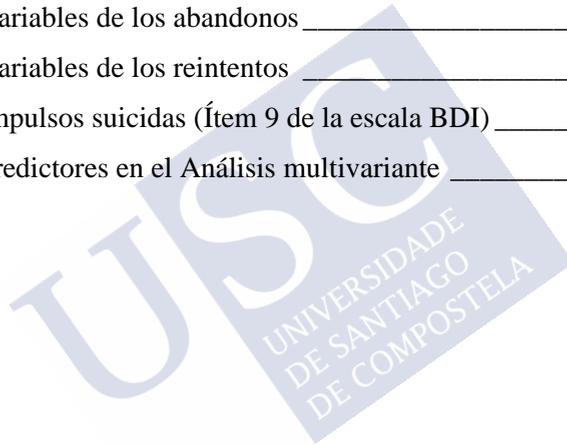
| | |
|---|----|
| Figura 1. Suicidio en España (2016-2017-2018). | 28 |
| Figura 2. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes. | 29 |
| Figura 3. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes en España, 2018 | 30 |
| Figura 4. Tasa de suicidio en las diferentes provincias gallegas. | 30 |
| Figura 5. Tasa de suicidios en Ourense. Años 2000 al 2018 | 31 |
| Figura 6. Relevancia del factor de riesgo según la edad | 36 |
| Figura 7. Diana de las estrategias de prevención del comportamiento suicida. | 55 |
| Figura 8. Niveles de actuación en la estrategia de prevención | 56 |
| Figura 9. Área de influencia de la Gestión Integrada de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras | 61 |
| Figura 10. Procedencia de la muestra | 73 |
| Figura 11. Factores de riesgo relevantes | 75 |
| Figura 12. Fecha intento índice menos previa | 75 |
| Figura 13. Seguimiento del programa | 76 |
| Figura 14. Porcentaje de abandonos en el programa | 76 |
| Figura 15. Comparativas de la muestra basal y abandonos | 81 |
| Figura 16. Reintentos durante el programa | 82 |
| Figura 17. Comparativas de la muestra basal y reintentos | 87 |
| Figura 18. Historia de intento previo | 88 |
| Figura 19. Intoxicación medicamentosa en el reintentos | 89 |
| Figura 20. Tiempo de reintentos | 90 |
| Figura 21. Tiempo de reintentos II | 91 |

| | |
|---|----|
| Figura 22. Evolución de la puntuación media del BDI a lo largo del tiempo _____ | 92 |
| Figura 23. Evolución de la puntuación media del BDE a lo largo del tiempo _____ | 93 |
| Figura 24. Curva de supervivencia de repetición de intento de suicidio durante el seguimiento en el PII _____ | 97 |
| Figura 25. Curvas de supervivencia de repetición de intento de suicidio en función de los intentos previos _____ | 98 |
| Figura 26. Curvas de supervivencia de repetición de intento de suicidio en función del método de intento _____ | 99 |



ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Clasificación de la conducta suicida propuesta por Silverman <i>et al</i> _ | 34 |
| Tabla 2. Consultas _____ | 63 |
| Tabla 3. Variables sociodemográficas _____ | 72 |
| Tabla 4. Variables clínicas de riesgo _____ | 74 |
| Tabla 5. Variables de los abandonos _____ | 77 |
| Tabla 6. Variables de los reintentos _____ | 83 |
| Tabla 7. Impulsos suicidas (Ítem 9 de la escala BDI) _____ | 94 |
| Tabla 8. Predictores en el Análisis multivariante _____ | 96 |





ABREVIATURAS

| | |
|----------------|--|
| BDE: | Escala de Desesperanza de Beck |
| BDI: | Inventario de Depresión de Beck |
| CIE-10: | Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales |
| DE: | Desviación Estándar |
| EGB: | Educación General Básica |
| ESO: | Educación Secundaria Obligatoria |
| FP: | Formación Profesional |
| HR: | Hazard ratio |
| IC 95%: | Intervalo de confianza del 95% |
| INE: | Instituto Nacional de Estadística |
| ILT: | Incapacidad laboral transitoria |
| IS: | Intento de suicidio |
| NS: | No significativo |
| OMS: | Organización Mundial de la Salud |
| OR: | Odds ratio |
| RIS: | Repetición del intento de suicidio |
| USM: | Unidad de Salud Mental. |



1 INTRODUCCIÓN

El suicidio representa un grave problema para la salud pública, tanto por su elevada prevalencia en el momento actual como por la falta de implementación de adecuadas estrategias preventivas en una buena parte de países, incluida España¹.

1.1 EPIDEMIOLOGÍA: PREVALENCIA E INCIDENCIA (MUNDIAL, EUROPEA, ESPAÑOLA Y GALLEGA)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número de muertes por suicidio alcanza cerca de 800.000 personas al año, representando la segunda causa de muerte en la población adulta joven a nivel mundial².

El cálculo en los países miembros de la Unión Europea se estima en torno a 60.000 muertes por dicha causa³. En España, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁴, el suicidio es la principal causa externa de mortalidad desde el año 2008 superando a las muertes por accidente de tráfico⁵. La reducción en las cifras de mortalidad por accidentes de tráfico se deben en gran medida a la implementación de estrategias preventivas eficaces (controles de velocidad, multas, etc.) y la concienciación social con relación a aspectos como el riesgo de muerte por exceso de velocidad y la conducción tras la ingesta de alcohol, estando ambos aspectos ausentes en la prevención del suicidio.

Se registran 3.679 muertes por suicidio en 2017, un 3,1% más que en 2016 y una reducción del 3,8% en el 2018, llegando a 3.539⁴ (*Figura 1*). Se mantenía la esperanza de que continuara esta tendencia descendente, pero actualmente con relación a la pandemia del COVID-19 ya hay artículos que realizan una previsión negativa y advierten a las autoridades sanitarias del posible incremento de las tasas de intentos como de suicidios consumados⁶.

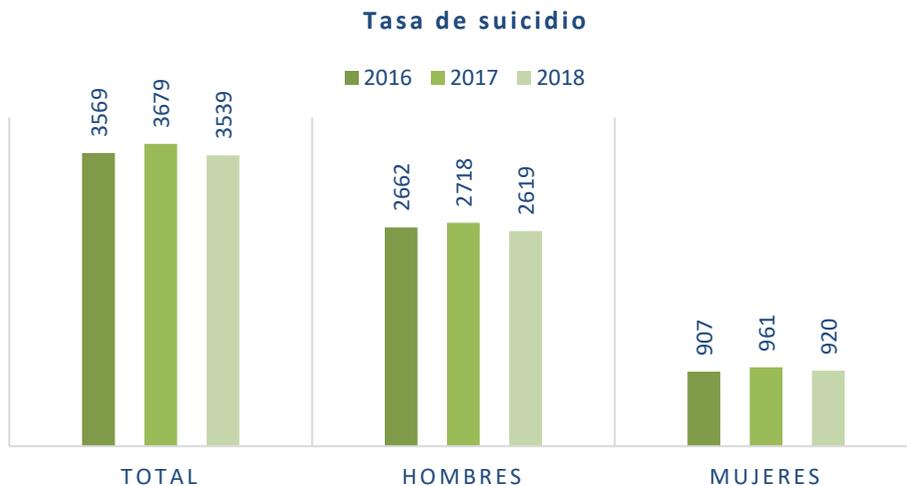


Figura 1. Suicidio en España (2016-2017-2018). (Fuente INE)

Dichas tasas están en relación con el sexo, ya que los varones presentan una mayor tasa de suicidios consumados, mientras que en las mujeres predomina un elevado número de intentos de suicidio⁷. Esto parece estar en relación con la utilización de métodos violentos de alta letalidad (ahorcamientos, armas de fuego, precipitación, envenenamiento por gas) por parte de los varones, mientras que las mujeres tienden a la utilización de métodos de baja letalidad, como la intoxicación medicamentosa o las lesiones con elementos cortantes^{8,9}. Respecto a la edad se pueden destacar dos picos de máximo riesgo tanto de intento de suicidio como de suicidio consumado. Los picos se localizan en la adolescencia y en la edad avanzada, en la que la tasa de suicidio es tres veces superior a la de los adolescentes, en parte por la utilización de métodos de alta letalidad¹⁰⁻¹¹ (*Figura 2*).

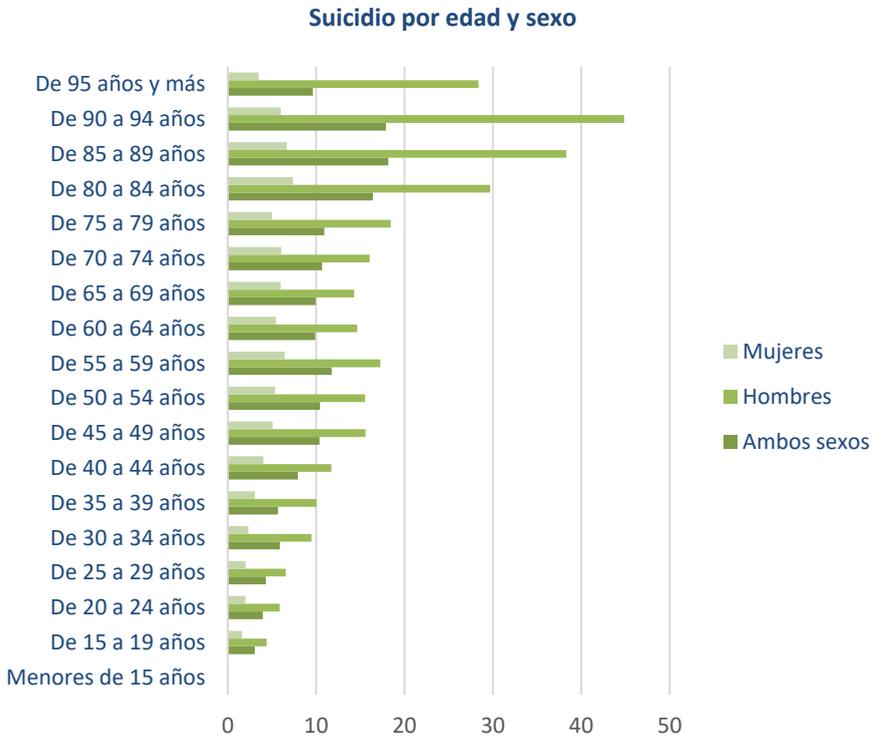


Figura 2. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes. (Fuente INE)

En España, a nivel de las comunidades autónomas, destacan las altas tasas de suicidio en Asturias y Galicia con 13,4 y 10,14 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente (*Figura 3*).

Al realizar un análisis más detallado de la gráfica, cabría esperar tasas de suicidio similares en provincias y comunidades adyacentes, geográficamente no diferenciadas y con aspectos culturales y asistencia sanitaria semejantes, pero se observa que este patrón no se cumple, y evidencia de ello es el caso del Principado de Asturias y Cantabria. La primera lidera el ranking y la segunda está la última (solo por debajo las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla). Posiblemente no existan razones genético-biológicas ni culturales ni geográficas que expliquen esta situación, pero sí político-administrativas con relación a las notificaciones, siendo un notable

ejemplo de la posible subnotificación que existe en los registros, tema que desarrollaremos profundamente más adelante.

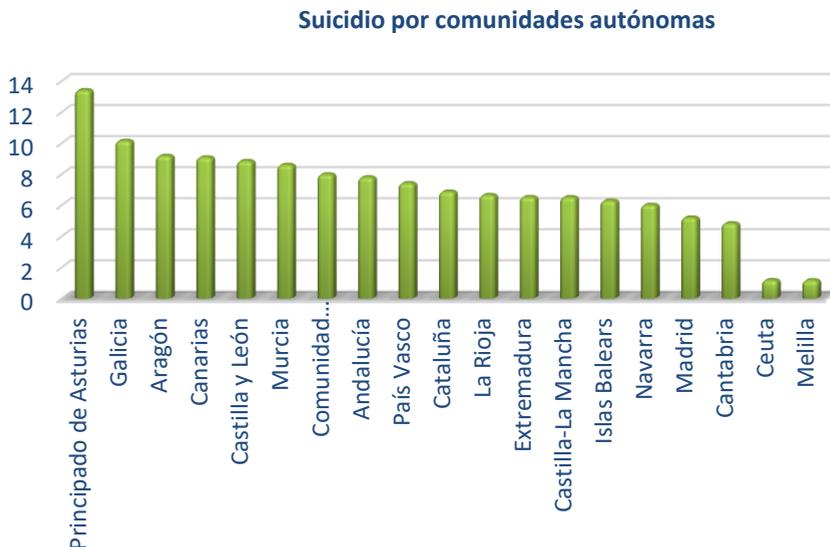


Figura 3. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes en España, 2018 (Fuente INE)

A nivel de la Comunidad gallega, reflejamos el número de suicidios por provincia en el año 2018 según el sexo (Figura 4).



Figura 4. Tasa de suicidio en las diferentes provincias gallegas. (Fuente INE)

Centrándonos más en la provincia de Ourense, destacamos la evolución del número de suicidios desde el año 2000 hasta el 2018 (*Figura 5*).

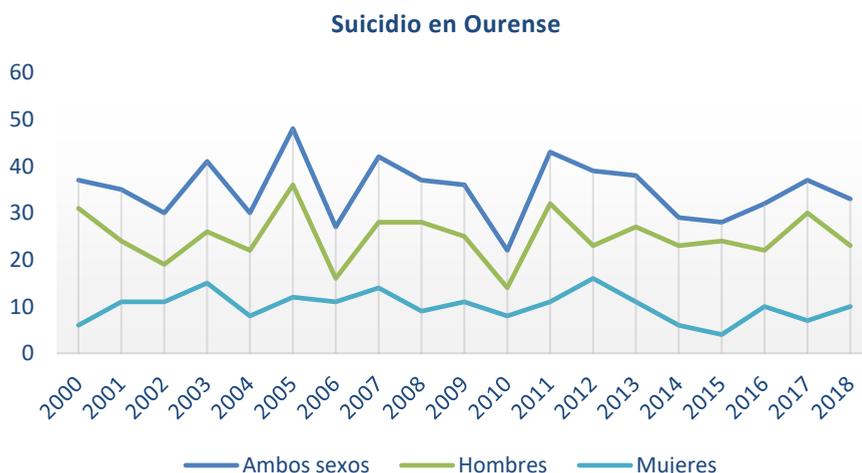


Figura 5. Tasa de suicidios en Ourense. Años 2000 al 2018

Actualmente persisten las limitaciones en los procedimientos de registro, lo que conlleva a errores en la cuantificación real y a una infraestimación del problema¹².

En referencia a los intentos autolíticos, se presenta un problema de mayor dimensión, en el que se estima que el número sea aproximadamente unas 10-20 veces superior a los suicidios consumados. Sin embargo, la magnitud real del problema está infraestimada por la tendencia a la subnotificación que se realiza en la mayoría de los países del mundo, incluida España¹³. En realidad, no existen registros oficiales que nos puedan aportar información objetiva y contrastada, en la mayor parte de los casos nos basamos en los datos facilitados en los servicios de Urgencias Hospitalarias.

La dificultad en el registro está con relación a que representa un grupo heterogéneo en aspectos como la planificación, el grado de letalidad, la elección del método, la intencionalidad suicida y

finalmente las diferentes definiciones que constituyen un intento de suicidio. Esto supone un incremento en la dificultad de su estudio.

1.2 CONCEPTO – TERMINOLOGÍA

La conceptualización de la conducta suicida es compleja, con términos poco operativos para la investigación como su empleo en la clínica, por lo que en la actualidad se mantiene el debate sobre su definición y clasificación.

1.2.1 Definiciones

Criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría¹⁴.

Trastorno de comportamiento suicida: criterios propuestos en el DSM-5

1. En los últimos 24 meses la persona ha realizado una tentativa suicida. Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevara a su propia muerte. El “momento de inicio” es el momento en el que tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio.

2. El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo.

3. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios.

4. El acto no se inició durante un síndrome confusional o un estado de confusión.

5. El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso.

Criterios de la Organización Mundial de la Salud¹⁵.

Suicidio:

Acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados.

Intento de suicidio:

Acto cuyo resultado no es la muerte, en el cual un individuo de modo deliberado y sin intervención de otros se causa daño o ingiere una sustancia a más dosis de la recomendada como terapéutica, cuyo objetivo es realizar cambios por medio de las consecuencias físicas esperadas o derivadas de dicho acto.

Ideación suicida:

Cualquier proceso mental (pensamiento, imagen, creencia) que refiera el sujeto acerca de intentar terminar de forma deliberada con su vida.

1.2.2 Clasificación

En 2007 se presenta la *Clasificación de la Nomenclatura de Silverman*¹⁶, una revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al, en la que se incluyen aspectos de diferentes definiciones propuestas. Se simplifica la nomenclatura en diferentes subtipos (Tipo I, Tipo II y Tipo III) que explican las variaciones dentro de cada categoría (*Tabla 1*).

Tabla 1. Clasificación de la conducta suicida propuesta por Silverman et al¹⁶

| | | |
|----------------------|---|---|
| Ideación suicida | <ul style="list-style-type: none"> a. Sin intencionalidad suicida b. Con grado indeterminado de intencionalidad c. Con alguna intencionalidad suicida | <ul style="list-style-type: none"> 1. Casual 2. Transitoria 3. Pasiva 4. Activa 5. Persistente |
| Comunicación suicida | <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Sin intencionalidad suicida:</i> <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo I) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo I) b. <i>Con grado indeterminado de intencionalidad</i> <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo II) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II) c. <i>Con alguna intencionalidad suicida</i> <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo III) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III) | |
| Conducta suicida | <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Sin intencionalidad suicida</i> <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) 2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada) b. <i>Con grado indeterminado de intencionalidad</i> <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I) 2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada) c. <i>Con alguna intencionalidad suicida</i> <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I) 2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Suicidio consumado) | |

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. A partir de Silverman et al.

1.3 FACTORES DE RIESGO

La estimación del riesgo es un proceso complejo debido a la propia naturaleza de la conducta suicida, así como a las dificultades que se presentan en su investigación. Es de especial relevancia la recogida de variables sociodemográficas y los factores de riesgo como los de protección para realizar un abordaje completo del paciente con riesgo de suicidio¹⁷.

Los factores de riesgo son aspectos individuales o ambientales que hacen que una persona tenga más o menos riesgo de pasar al acto suicida. El riesgo que conllevan los factores es diferente, el conocimiento claro y la identificación de los factores de riesgo durante la entrevista del paciente supone un punto fundamental por la relación que guarda con el nivel de riesgo de la conducta.

Cabría señalar la variación referente al peso que ejercen cada uno de ellos como factor de riesgo, lo que lleva a que unos sean más específicos que otros y hace que su combinación aumente el riesgo de forma considerable^{10,18,19}. A su vez, los factores de riesgo juegan un papel diferente a lo largo de la vida, por lo que hay edades en las que hay más probabilidad de acumulación de dichos factores de riesgo (*Figura 6*).

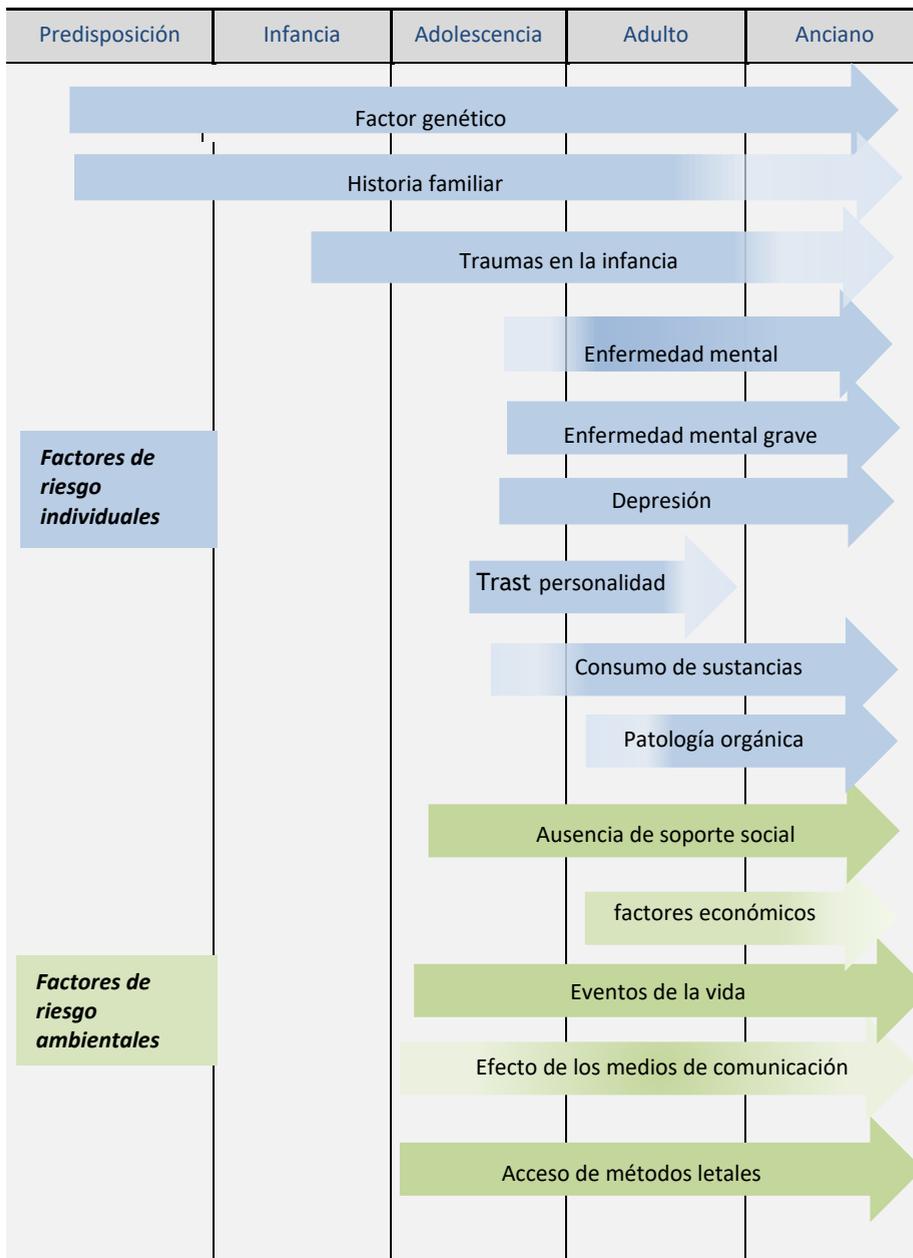


Figura 6. Relevancia del factor de riesgo según la edad²⁰

Se realiza una clasificación de los factores de riesgo en dos grandes grupos, los *individuales* y los *sociofamiliares* y *contextuales*. Dentro de los individuales destacamos los problemas de salud mental y los antecedentes de intento previo como los factores de riesgo de más peso para pasar al suicidio consumado.

1.3.1 Individuales

La presencia de trastorno mental es uno de los factores de riesgo más importantes en la conducta suicida²¹, siendo considerados como factores necesarios, aunque no suficientes, para pasar al acto²². Finalmente, habría que señalar el riesgo elevado en las fases tempranas de la enfermedad y en los meses iniciales tras el alta hospitalaria^{10,23}.

1.3.1.1 Depresión mayor.

Es el trastorno psiquiátrico de más riesgo y con una mayor relación con la conducta suicida, lo que conlleva a un incremento del riesgo 20 veces mayor en comparación con la población sin patología mental y siendo este aún más evidente en la población de edad avanzada⁷. Destaca un incremento del riesgo en las fases iniciales y finales del episodio, estando en relación con la inhibición conductual y el retardo psicomotor que se produce en las fases intermedias, lo que pudiera ejercer de freno para el paso al acto^{24,25}.

La OMS asume que entre el 60-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión¹¹.

1.3.1.2 Trastorno bipolar.

El porcentaje de intentos autolíticos en los pacientes con trastorno bipolar está en torno al 25-50%, siendo el riesgo mayor al inicio de la enfermedad y cuando hay patología mental asociada⁷. Se consideran fases de mayor riesgo de paso al acto la fase depresiva y la mixta²⁶.

1.3.1.3 Trastornos psicóticos.

La conducta suicida es prevalente en esta población, con un porcentaje de hasta un 10% de suicidio consumado, y se estima que el 25-50% realiza un intento de suicidio^{27,7}. El riesgo de suicidio es 8,5 veces mayor que en la población general^{28,23}.

Es una de las principales causas de muerte en pacientes jóvenes con esquizofrenia, pero al ser un trastorno poco prevalente en la población general no presenta un impacto importante en la tasa de suicidio global.

Entre los factores de riesgo que pudieran estar presentes en pacientes con esquizofrenia es importante prestar una especial atención a los siguientes: hombres jóvenes en sus primeros años de la enfermedad, los primeros meses tras el alta hospitalaria, las recaídas, el número de ingresos, la asociación a un trastorno depresivo, historias de intentos de suicidio previo, el deterioro social, laboral y sexual que se puede asociar a la enfermedad y la baja adherencia terapéutica^{28,29}.

1.3.1.4 Trastornos de ansiedad.

El trastorno de ansiedad tiene una fuerte asociación con el intento autolítico, se calcula que en torno al 20% realizan algún intento a lo largo de su vida¹¹. Se establece una relación de los intentos con el sufrimiento intolerable generado por la angustia.

El riesgo de un nuevo intento aumenta independientemente del tipo del trastorno de ansiedad, destacando la agorafobia y el trastorno obsesivo compulsivo como los de mayor riesgo, siendo la comorbilidad con el trastorno depresivo la asociación de más riesgo al suicidio consumado^{30,31,32}.

1.3.1.5 Trastornos de la conducta alimentaria.

Los trastornos alimentarios representan un factor de riesgo de la conducta suicida, con un incremento del riesgo en su asociación a síntomas depresivos y/o al abuso de alcohol^{33,34}.

Dentro de este grupo de pacientes la anorexia nerviosa es la que presenta un riesgo más elevado, se estima un riesgo 40 veces mayor en comparación con la población general y con un predominio en la población femenina^{35,10,7,36}.

1.3.1.6 Trastorno adaptativo.

El trastorno adaptativo representa un diagnóstico de riesgo, tanto para el intento autolítico como para el suicidio consumado²³. Este diagnóstico predomina en el grupo de jóvenes menores de 21 años que realizan un intento autolítico³⁷.

Entre los acontecimientos que pueden desencadenar un intento autolítico destacan los problemas laborales, los de pareja, la salud y el fallecimiento de algún familiar³⁸.

1.3.1.7 Abuso de alcohol y otras sustancias.

El abuso de alcohol, así como el consumo de otras sustancias tóxicas presentan un papel destacado en la conducta suicida, no solo como factor de riesgo, sino también como un factor precipitante^{11,39}.

Se estima que las personas con problemas con el alcohol tienen un riesgo 6 veces mayor que la población general, y hasta un 15% de los pacientes alcohólicos realizan un intento autolítico^{7,40}.

También se ha destacado por algunos autores el riesgo de intentos autolíticos en los pacientes consumidores de cannabis y cocaína. El riesgo aumenta de forma considerable cuando existe asociación a una enfermedad psiquiátrica, destacando el trastorno depresivo como la asociación más lesiva, seguido del trastorno de la personalidad y el trastorno en el control de los impulsos^{41,42}.

1.3.1.8 Trastorno de personalidad.

Dentro de los trastornos de la personalidad, la asociación más habitual a la conducta suicida se evidencia en el trastorno límite y el trastorno antisocial de la personalidad, con un riesgo mayor si hay otro trastorno mental comórbido⁷.

El riesgo elevado del trastorno de la personalidad límite como el antisocial parece estar en relación con los niveles elevados de impulsividad, agresividad y hostilidad con los que se manejan, llegando el riesgo a estar próximo al de la depresión mayor^{43,44,45}.

1.3.1.9 Factores psicológicos.

Las variables psicológicas que han sido relacionadas con la conducta suicida son: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas y el perfeccionismo⁴⁶.

La influencia de estas variables varía según la edad, aunque hay una importancia destacada en la desesperanza y la rigidez cognitiva⁷. Se ha observado que el 91% de los pacientes que presentan una conducta suicida expresan desesperanza en la escala de Beck^{11,27}.

La desesperanza, definida como la reducción en las expectativas de éxito influye de manera destacada en la conducta suicida no solo como factor de riesgo, sino también como importante factor predictor⁴⁷. Se han referido niveles elevados de desesperanza en los pacientes que realizan múltiples intentos de suicidio, intentos con mayor gravedad y con una mayor premeditación^{48,49}.

Aunque funciona como un factor de riesgo independiente, el riesgo de conducta suicida aumenta de manera importante cuando hay patología psiquiátrica asociada, especialmente la depresión y la esquizofrenia^{28,50}.

Otras dimensiones psicológicas altamente relacionadas con la conducta suicida son la agresividad y la impulsividad, ampliamente documentadas tanto en la investigación como en la clínica^{51,52}, con un predominio claro en la población joven o adolescente, con empleo de métodos más violentos en los intentos asociados a mayores niveles de impulsividad y agresividad y con una reducción progresiva conforme aumenta la edad^{53,54}.

1.3.1.10 Edad.

Teniendo en cuenta la edad, se pueden destacar dos picos de máximo riesgo tanto de intento de suicidio como de suicidio consumado. El posicionamiento de los picos se establece principalmente en la adolescencia y en la edad avanzada, con una diferenciación entre ellos con relación a las tasas de suicidio consumado, siendo el registro tres veces mayor en los ancianos que en el adolescente, en parte por la utilización de métodos de alta letalidad^{10,11,18,7}. Esta elevación de la tasa de suicidio lleva a un aumento en el cociente suicidio / intento de suicidio⁵⁵.

Adolescentes y adultos jóvenes

El suicidio ocupa uno de los primeros puestos en las causas de muerte entre los jóvenes y adolescentes⁴. Destaca la alta prevalencia de intentos de suicidio entre los adultos jóvenes, con un predominio en el sexo femenino⁵⁶. Se estima que el 7% de los jóvenes tendrían una tentativa de suicidio antes de los 25 años⁵⁷.

Entre los factores de riesgo más relevantes tanto en el intento de suicidio como en el suicidio consumado se mantiene la enfermedad mental, dentro de la cual destaca el trastorno afectivo, seguido del consumo de sustancias y el trastorno de la conducta⁵⁸.

La historia de intentos de suicidio se mantiene en estas edades como un factor de riesgo de peso, y se registra la historia de antecedentes de intento de suicidio en un tercio de los casos de suicidio consumados⁵⁹.

Respecto al perfil psicopatológico, la baja autoestima, la introversión, la desesperanza, la impulsividad, el neuroticismo, la agresividad y la imprudencia parecen tener un papel destacado en el incremento del riesgo de conducta suicida^{60,53}.

En estos márgenes de edad, los antecedentes familiares adquieren un elevado peso como factores de riesgo, ya que este se eleva de forma considerable cuando hay psicopatología mental en la familia o antecedentes de conducta suicida o suicidio en alguno de ellos o en ambos^{61,53,59}.

Se señala un mayor riesgo de intentos de suicidio en jóvenes con orientación sexual homosexual o bisexual^{62,63}.

Hay múltiples trabajos que reflejan la relación entre el intento de suicidio y los niños con historia previa de maltrato físico o abuso sexual⁵⁸.

Pacientes de edad avanzada

En este grupo de pacientes de edad avanzada (mayores de 55- 65 años) la tasa de suicidio se eleva, con un predominio del sexo masculino y llegando al suicidio consumado en el primer intento⁵⁵.

Dentro de los factores de riesgo que prevalecen en estas edades podemos destacar varios: la soledad, el aislamiento social que se produce con relación a las pérdidas de amigos y familiares, el deterioro físico y mental que conllevan a una vida menos activa y las patologías orgánicas que suponen una pérdida de calidad de vida y de la autonomía del individuo. Teniendo en cuenta el sexo, la viudedad y la jubilación son los factores de riesgo más destacados en el varón anciano⁶⁴.

Conviene recalcar las características de los intentos en este grupo de pacientes, los cuales se singularizan por la planificación, lo que conlleva a un menor número de intentos previos que nos alerten del riesgo⁶⁵.

Finalmente, debemos subrayar la elevada prevalencia de la enfermedad mental, destacando el diagnóstico de depresión, que afecta a entre el 50% y el 87% de los suicidios en esta población de edad avanzada⁶⁶.

El consumo de sustancias se encuentra presente principalmente en los hombres y como protagonista casi exclusivo el abuso y la dependencia del alcohol⁶⁷.

1.3.1.11Sexo.

En líneas generales, el hombre presenta una mayor tasa de suicidios consumados y las mujeres un elevado número de intentos de suicidio^{7,27,68}. Se estima un porcentaje de intentos de suicidio 3-4

veces mayor en mujeres que en hombres, algunos autores recalcan una elevación de esta relación hasta en torno al 10/1^{8,69}.

Se justifica esta relación con la utilización de métodos violentos de alta letalidad (ahorcamientos, armas de fuego, precipitación, envenenamiento por gas) por parte de los hombres, mientras que las mujeres tienden a la utilización de métodos de baja letalidad (intoxicación medicamentosa o lesiones con elementos cortantes). El método utilizado puede ser de utilidad en el aporte de información para determinar la intención real del intento^{8,9}.

Esta diferencia se asocia con la expresión del malestar psicológico. En general, los hombres tienden a responder con mayor agresividad y hostilidad ante las frustraciones del entorno, lo que los lleva a manifestarse menos y ser más reacios a pedir ayuda⁷⁰.

Las tasas en China e India son similares entre hombres y mujeres³⁶.

Tener un hijo pequeño y el embarazo en sí mismo son considerados factores protectores, recalcando que es la maternidad o la paternidad lo que protege más que el matrimonio; una excepción a esto es la depresión posparto como factor de riesgo de intento de suicidio^{71,72}.

1.3.1.12 Orientación sexual.

Se estima que en torno al 10% de la población es homosexual, bisexual o transexual⁷³. El suicidio supone la principal causa de muerte en este grupo de población, representando el 30% de los suicidios anuales en jóvenes. Si se consideran las tentativas, las cifras aumentan considerablemente, llegando a ser hasta 5 – 10 veces mayores que en la población general^{62,74,36}.

La justificación al incremento de la conducta suicida en esta población se pone en relación con aspectos como la disconformidad con el género, la autoidentificación de la orientación sexual a edades tempranas y la marginación social que puede representar^{11,75}.

1.3.1.13 Enfermedades físicas o discapacitantes.

El dolor crónico, la pérdida de movilidad, la desfiguración y las patologías que conllevan un mal pronóstico se asocian a un incremento del riesgo de suicidio^{10,11,27}. La patología física muestra una importante asociación a las conductas suicidas en población de edad avanzada y con presencia de patología mental. Y está en relación con la ansiedad anticipatoria de la progresión de la enfermedad y de un futuro en el que sean dependientes de la familia, y por tanto llegar a ser una carga para ellos^{11,76}.

1.3.1.14 Neurobiología y genética de la conducta suicida.

La conducta suicida está en relación con una disfunción del sistema serotoninérgico central, que conduce a una reducción de los niveles de serotonina y sus metabolitos a nivel del encéfalo en pacientes con intentos autolíticos⁷⁷.

Desde el punto de vista biológico, el descenso de la actividad serotoninérgica guarda relación con *factores genéticos* (polimorfismo en el gen de la enzima triptófano-hidroxilasa-TPH o del gen del receptor 5-HT_{2A}) y *factores bioquímicos* (niveles bajos de proteínas transportadoras de serotonina y de monoamino oxidasa en sangre, altos niveles de receptores 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A} postsinápticos)^{10,11,36,78,49}.

En referencia a los intentos de suicidio, hay estudios que ponen de manifiesto la relación existente entre la impulsividad y la hipofunción serotoninérgica, por lo que la disminución en la actividad del sistema serotoninérgico podría desencadenar intentos más impulsivos y violentos⁷⁹.

1.3.1.15 Factores genéticos.

La genética juega un papel destacado con respecto a la vulnerabilidad y predisposición del paciente hacia la conducta suicida, principalmente en lo referente a la transmisión de enfermedades mentales, así como en lo relacionado con la agresividad, impulsividad y otros factores de personalidad.⁸⁰

El peso del factor genético determina una prevalencia más elevada de conducta suicida en los familiares de primer grado, sin una relación directa con la presencia de trastornos psiquiátricos en la familia⁸¹.

La tasa de concordancia en la conducta suicida es mayor entre gemelos monocigotos que en los dicigotos^{82,83}. Estudios en pacientes adoptados evidencian la influencia del factor genético y se observa un porcentaje mayor de intento autolítico y de suicidio consumado en pacientes con antecedentes de conducta suicida en la familia biológica⁸⁰.

1.3.2 Sociofamiliares y contextuales

1.3.2.1 Nivel socioeconómico, situación laboral y nivel educativo.

La conducta suicida es más prevalente en la población desempleada y con bajo nivel cultural y educativo^{7,84}.

La situación de desempleo puede ser considerada un factor de riesgo de más peso que la situación económica en sí. Destaca la importancia del periodo de duración del desempleo, por su relación con la conducta suicida, observando un incremento del riesgo de 2 a 5 veces mayor en aquellos que llevaban un año desempleados en comparación con los que se encuentran en su primer mes. El incremento del riesgo pudiera estar en relación con el sentimiento de fracaso personal, el desamparo y la depresión que llega a padecer el paciente^{85,86,87,88}.

En cuanto al nivel socioeconómico, se ha observado un mayor riesgo en las clases sociales más deprimidas^{68,89,90}.

1.3.2.2 Estado civil.

Se defiende el matrimonio y el núcleo familiar como factores de protección frente al desarrollo de la conducta suicida⁸⁴.

El divorcio y la viudedad son considerados factores de riesgo, predominantemente en el hombre, estableciendo relación con las

características respecto a la necesidad de más tiempo en la elaboración del duelo, menor expresión de sus emociones, menos relaciones afectivas fuera del matrimonio y en ocasiones la dificultad de llevar adelante las tareas domésticas⁹¹.

La separación matrimonial representa un incremento del riesgo cuatro veces mayor que cualquier otro estado civil, sin estar tan clara la asociación entre soltero e intento de suicidio^{92,93}.

1.3.2.3 Medio rural y urbano.

Se registran unos porcentajes elevados de intentos de suicidio en el medio urbano, con empleo de métodos de baja letalidad, lo que conduce a unos porcentajes menores de suicidios consumados. En contraposición, el medio rural supone un incremento del suicidio en relación con la accesibilidad a métodos más mortíferos y al menor contacto con el sistema sanitario^{69,94}.

1.3.2.4 Estrés y acontecimientos vitales.

La influencia del estrés y los acontecimientos vitales referentes a la conducta suicida se evidencian a nivel científico, especialmente cuando estos sucesos ocurren en los meses previos al intento y con más fuerza en el último mes previo⁹⁵.

Acontecimientos vitales como pérdida de seres queridos, conflictos interpersonales (mayor evidencia en la mujer), enfermedades somáticas, separación y problemas financieros (mayor evidencia en hombres), el aislamiento, la soledad, la jubilación y los problemas médicos en los ancianos son considerados como factores desencadenantes de conducta suicida, que contribuyen al incremento del riesgo en individuos con otros factores de riesgo^{10,11,27,7,96}.

Los estresores llevan a la conducta suicida a través del desarrollo de una psicopatología o ejerciendo como factor desencadenante sobre una vulnerabilidad del sujeto al estrés medida por su personalidad⁹⁷.

La situación de pandemia que estamos atravesando en el momento actual respecto al COVID-19, en la que cada día se publica una importante cifra de muertos asociada al confinamiento a que se ve sometida la población, ha generado un incremento importante de los niveles de ansiedad y depresión. La posible crisis económica que se anticipa, vinculada al incremento del desempleo, y el consumo de alcohol asociado a dos aspectos relevantes, como la dificultad en el acceso a los centros sanitarios para la búsqueda de ayuda y la facilidad en el acceso a métodos letales (lejía y desinfectantes), nos llevan a anticipar un probable incremento de los intentos autolíticos, así como de los suicidios consumados⁶.

1.3.2.5 Historia familiar de suicidio.

Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida, con una prevalencia mayor en el sexo femenino y con una influencia aún mayor si el suicidio afecta a la madre^{10,11,36,20}.

En niños adoptados se observan intentos cuando se integran en el rol de la familia de adopción¹¹.

Sería posible realizar una segunda división de los factores de riesgo respecto de aquellos que son *fijos e inmodificables* y los que son *modificables*⁹⁸.

1.3.3 FR modificables

Son aquellos que se pueden modificar clínicamente o mediante intervenciones poblacionales.

- Trastornos psiquiátricos: trastorno afectivo, esquizofrenia, trastorno de ansiedad, abuso de sustancias, trastorno de personalidad, otros trastornos mentales.
- Enfermedades médicas/ salud física.
- Acceso a medios para realizar la conducta suicida.
- Aislamiento social.

1.3.4 FR inmodificables

Se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenecen. Se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo, aunque algunos varían (edad, estado civil o creencias religiosas), se mantienen ajenos a la intervención clínica, sin experimentar variación con el tratamiento del trastorno psiquiátrico.

- Heredabilidad
- Sexo
- Edad: adolescentes, adultos jóvenes, edad geriátrica
- Estado civil
- Situación laboral y económica
- Creencias religiosas
- Conducta suicida previa

Como herramienta de consulta y apoyo al clínico, se presentan los principales factores de riesgo en una tabla con diferentes colores con relación a la intensidad de la gravedad que representan (**rojo**: riesgo grave, **amarillo**: riesgo moderado). Identificar aquellos que estén presentes en el paciente durante el proceso de valoración permite una visión más global y facilita la toma de una decisión acertada en cuanto a la gravedad (*anexo 1*).

1.4 FACTORES PROTECTORES

Son aquellos que disminuyen o atenúan la probabilidad de realizar un acto suicida^{98,99}.

1.4.1 Personales o propios del individuo

- Actitudes y valores del propio individuo.
- Habilidades en la resolución de conflictos o problemas (actúa como una herramienta cuando surgen situaciones de desesperanza)¹⁰⁰.

- Presencia de flexibilidad cognitiva.
- Tener confianza en uno mismo.
- Habilidades para las relaciones personales e interpersonales.
- Creencias religiosas que desapruében el suicidio (las creencias religiosas ejercen un efecto protector, en cuanto soporte social, e integrador que confieren dichas comunidades, por lo que se registra una tasa más elevada de suicidio en las personas ateas).
- Autocontrol de la impulsividad y manejo de la ira (el autocontrol cognitivo y emocional desarrolla la capacidad de afrontamiento de las adversidades y evita los intentos de suicidio)¹⁰¹.

1.4.2 Sociales y medioambientales

- Tener un buen apoyo familiar y social.
- Integración social.
- Accesibilidad a los dispositivos de salud (en este punto adquieren un papel destacado los médicos de Atención Primaria, ya que el 70% de los suicidios consumados han realizado una consulta en el último año. El 50 % tanto de los suicidios como de los intentos de suicidio han realizado una consulta en las ocho semanas previas al acto.
- Tratamiento integral, permanente y a largo plazo a pacientes con trastornos mentales.
- Control en el proceso de adquisición de armas o medicaciones potencialmente letales.

Como herramienta de consulta y apoyo al clínico, se presentan los principales factores de protección en una tabla. Identificar aquellos que estén presentes en el paciente durante su valoración permite una visión más global y facilita la toma de decisiones (*Anexo 2*).

1.5 FACTORES PRECIPITANTES

- Acontecimiento vital estresante.
- Desesperanza.
- Acoso (*bullying*): El acoso conlleva repercusiones a nivel de la salud mental del menor y del adolescente, desencadenando niveles elevados de estrés y su consiguiente asociación a la ideación y/o intento autolítico¹⁰².
- Maltrato físico y abuso sexual: Existe una fuerte asociación entre la conducta suicida y el abuso sexual y físico, siendo esta asociación más consistente cuando el maltrato ocurre en edades más tempranas^{10,11,18}.
- Violencia de género.
- No aceptación de la identidad sexual.

1.6 SEÑALES DE ALERTA

Son señales que resultan útiles en la detección de individuos que pudieran conllevar riesgo de cometer un intento autolítico, siendo dichas señales verbales, físicas o de comportamiento. Las consideramos como indicios y no tendrían que suponer necesariamente riesgo suicida.

1.6.1 Físicas o de comportamiento

- Apariencia y vestimenta descuidada, falta de higiene.
- Quejas reiteradas de clínica somática.
- Reagudización de los síntomas de la enfermedad mental de base.
- Aislamiento familiar y social.
- Escritura de testamento.
- Realización de actividades temerarias o de riesgo excesivo.

- Abuso excesivo de alcohol u otras drogas.
- Autocrítica persistente.
- Regalo de objetos apreciados o de alto valor.
- Gasto de dinero excesivo.
- Nota de despedida.

1.6.2 Señales verbales

- Sentimientos de desesperanza.
- Expresiones de rabia e ira hacia sí mismo, referencias hacia la falta de sentido por estar vivo y comentarios sobre la muerte o quitarse la vida.

1.7 INTENTO AUTOLÍTICO PREVIO / REINTENTO

El intento autolítico es el predictor más potente de riesgo de reintento y de suicidio consumado. Contribuye a un incremento del riesgo de 20-30 veces, con un nivel de riesgo máximo entre los primeros 6 meses y que se prolonga hasta el año¹¹. Se estima una incidencia para los reintentos del 16% durante el primer año y del 23% a lo largo de 4 años. Respecto a los suicidios consumados, la cifra se sitúa en torno al 2% en el primer año¹⁰³.

La mitad de los pacientes que mueren por suicidio tienen antecedentes de intento previo, y hay estudios que establecen una correlación entre el número de intentos y la probabilidad del suicidio consumado¹⁰⁴. El riesgo persiste durante décadas aunque la tendencia es hacia la reducción con el paso del tiempo, y algunos estudios reflejan que este descenso no es tan evidente en el sexo masculino¹⁰⁵.

Dentro de los factores de riesgo de reintento destacan el sexo femenino y la presencia de enfermedad mental. Otros autores recalcan más los trastornos de la personalidad y dentro de ella los trastornos límites. Parra-Uribe señala la edad joven, los trastornos de la

personalidad y el consumo abusivo de alcohol como factores de riesgo de asociación al reintento¹⁰⁶.

En cuanto a la gente joven, cabe destacar la impulsividad y la relación existente entre los niveles de impulsividad y el riesgo de un nuevo intento. Los estudios reflejan una asociación entre la impulsividad y los intentos autolíticos múltiples. Se han visto altos niveles de impulsividad asociados a síntomas depresivos y agresividad en los jóvenes que realizan múltiples intentos, así como en los adultos, a diferencia de los que no tienen historia o registran un solo intento¹⁰⁷.

Los pacientes con antecedentes de intento previo representan un grupo heterogéneo en cuanto al número de intentos previos. Se observan diferencias a nivel clínico en aquellos que presentan un solo intento respecto de los que realizan múltiples intentos.

Los pacientes con historia de múltiples intentos autolíticos muestran un mayor porcentaje de comorbilidad de patología psiquiátrica, siendo esta más grave y persistente, añadiendo a su vez ideación autolítica, depresión y desesperanza, con una menor capacidad de resolver problemas. También se ha asociado a niveles elevados de ansiedad, trastornos de humor y abuso de sustancias¹⁰⁸.

En líneas generales, se puede concluir que los pacientes con múltiples intentos tienen unos niveles más elevados de psicopatología y un mayor riesgo de repetir el intento en el futuro¹⁰⁹, pudiendo estar en relación con la mayor accesibilidad a la memoria de los recuerdos del intento previo, por lo que ante un mínimo estímulo se desencadena un nuevo IS¹⁰⁵.

El método del intento tiene un papel destacado que influye en el pronóstico. Pacientes que emplean métodos de alta letalidad (arma de fuego, salto al vacío, ahorcamiento, etc.) tienen un mayor riesgo de suicidio consumado que los pacientes que emplean métodos de baja letalidad (sobredosis de fármacos, cortes superficiales, etc.). En líneas generales, en los pacientes que utilizan métodos de baja letalidad en el intento índice y mantienen el mismo método en los siguientes intentos el riesgo de llegar al suicidio consumado es bajo. Se produce un cambio y el riesgo se eleva de forma considerable cuando se modifica

el método a otro de alta letalidad en el siguiente intento. El cambio de método conlleva un aumento del riesgo, ya que la intención es aumentar la probabilidad de conseguir el objetivo buscado, que sería el suicidio consumado¹¹⁰.

Como conclusión a todo lo comentado previamente, debe remarcar la importancia de mantener una atención especial a los pacientes con historia de intentos previos.

1.8 PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

1.8.1 Modelos de prevención

Inicialmente la Comisión de Enfermedades Crónicas¹¹¹ (1957) propuso la clasificación de las estrategias de prevención en tres niveles:

Prevención primaria, secundaria y terciaria¹¹².

Es un modelo de prevención de enfermedades que divide la estrategia de intervención en diferentes etapas. Sin embargo, se vio que dicha clasificación presenta limitaciones cuando la estrategia está enfocada en enfermedades crónicas sin una clara causa biológica y cuando presentan diferentes focos epidemiológicos que requieren diferentes estrategias. Por ello, se plantea una revisión de dicha clasificación¹¹³.

1.8.1.1 Prevención universal, selectiva e indicada¹¹⁴.

Estrategia universal

Estrategia dirigida a la población general (naciones, estados, comunidades, escuelas) y no de manera individual¹¹⁵. Su enfoque principal es la *reducción de los factores de riesgo*, así como la implementación de políticas de control al consumo de alcohol, la limitación del acceso a medios letales y el incremento de *los factores de protección*, como el aporte de información y conocimientos sobre

el tema a través de campañas de sensibilización pública, y el aumento de los medios para acceder a solicitar ayuda.

Estrategia selectiva

Para subgrupos de personas con factores de riesgo de comportamiento suicida (biológicos o psicosociales), aunque estén asintomáticos (aislamiento, acontecimientos vitales negativos, historia familiar de suicidio, etc.)¹¹⁵. Se incluyen los pacientes con enfermedad mental, con múltiples patologías orgánicas, la población drogodependiente, prisioneros, vagabundos, etc.

Estrategia indicada

Para los individuos de la población que presentan factores de riesgo o condiciones que los colocan en alto riesgo. Individuos con diagnósticos de trastornos psiquiátricos de alto riesgo de conducta suicida (trastorno depresivo, trastorno bipolar, esquizofrenia, intentos de suicidio previos, presentación de ideación autolítica, etc.). Se han desarrollado programas enfocados a este grupo de pacientes con el fin de reducir el riesgo de intento de suicidio e incrementar los factores protectores¹¹⁶. Líneas de teléfono de ayuda, el servicio de guardia de psiquiatría y otros dispositivos de ayuda colaboran en la prevención en los momentos de crisis.

En el 2005 se realiza una revisión exhaustiva por expertos internacionales, de la que sale un modelo en el que presentan los principales factores de riesgo, siendo estos mismos los focos de actuación de las intervenciones que han demostrado una mayor eficacia y efectividad¹¹⁷(*Figura 7*).

Estas intervenciones podrían entrar en la clasificación universal, selectiva o indicada dependiendo del objetivo y del lugar de la acción preventiva.

Comportamiento suicida
(Modificado de Mann *et al.*, 2005)

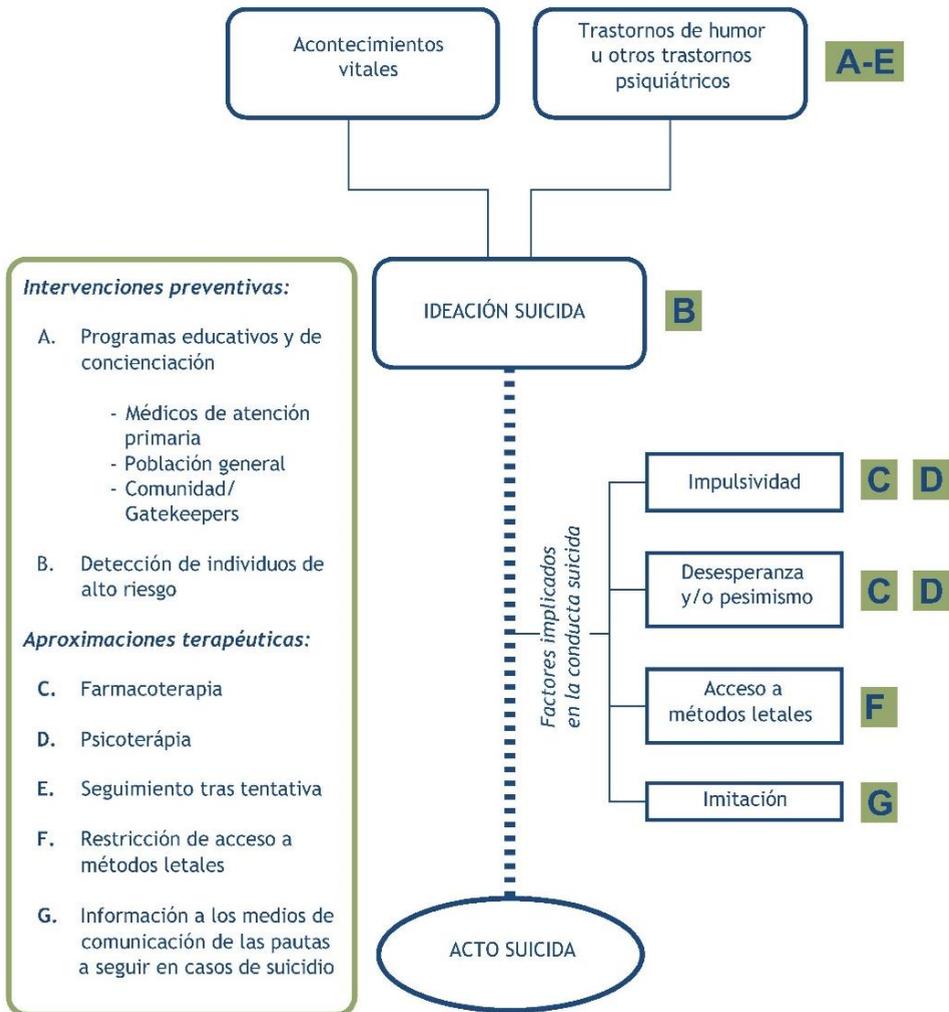


Figura 7. Diana de las estrategias de prevención del comportamiento suicida¹¹⁸.

Es especialmente relevante señalar que hasta hoy, de todas las estrategias que se han utilizado, solo muy pocas gozan de algún grado de evidencia suficiente como para poder asegurar que son capaces de reducir la incidencia de suicidio; mientras que varios tipos de intervenciones se demuestran útiles para reducir tentativas y por tanto el suicidio consumado. Intervención en torno a dos niveles: *la salud pública y la atención sanitaria (Figura 8).*



Figura 8. Niveles de actuación en la estrategia de prevención¹¹⁹

Se continúa trabajando a la espera de identificar el pilar fundamental de la intervención tras un intento de suicidio¹¹⁸. Las últimas estrategias en prevención que se están implementando en la actualidad, principalmente en los países desarrollados, se centran en la división de la población en grupos de riesgo (adolescentes y adultos jóvenes, ancianos —mayores de 70 años—, prisioneros, pacientes psiquiátricos dados de alta hospitalaria, militares y veteranos de guerra, no heterosexuales y pacientes con intentos autolíticos). Los factores de riesgo representan un peso diferente en cada grupo, por lo

que se propone la puesta en marcha de la intervención que evidencie un mayor beneficio en la estrategia de prevención²⁰. Por consiguiente, a diferentes grupos de riesgo se les aplican diferentes estrategias de intervención.

1.8.2 Programas de prevención a nivel mundial, europeo y español

La elevada prevalencia de la conducta suicida asociada a unas previsiones que tienden a ser poco alentadoras, relativas a su tendencia ascendente, ha llevado al desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida.

La política en salud mental europea se ha basado, en los últimos años, en dos documentos claves: *The Mental Health Declaration* y el *European Commission Green Paper* (2005), que han constituido la base para el desarrollo del *European Mental Health Pact*³, que establece cinco áreas de actuación prioritaria entre las que se incluye la prevención de la depresión y del suicidio. En este sentido, el pacto estimula las siguientes acciones:

- Mejorar la formación de los profesionales de la salud y de los responsables sociales en salud mental.
- Restringir el acceso a potenciales métodos suicidas.
- Poner en marcha medidas que incrementen la concienciación sobre salud mental en la población general, en profesionales de la salud y en otros sectores relevantes.
- Poner en marcha medidas para reducir los factores de riesgo suicida como el consumo excesivo de alcohol, el abuso de drogas, la exclusión social, la depresión y el estrés.
- Facilitar el soporte adecuado para las personas que realizan una tentativa suicida y para aquellos afectados por el suicidio.

De igual modo, en España, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud dentro de su Línea Estratégica 1 (promoción de la salud mental de la población, prevención de la

enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental) incluye como uno de sus objetivos generales la prevención del suicidio a través de la realización y evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio¹²⁰.

Con fecha 12 de marzo de 2014, la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados aprobó, por unanimidad de todos los grupos, una proposición no de ley relativa al desarrollo de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio por las instituciones sanitarias, educativas y sociales españolas de acuerdo a las directivas de la Unión Europea y organismos internacionales. Se pretende así mejorar las medidas de prevención del suicidio mediante la “redefinición” de los objetivos y acciones contempladas dentro de la Estrategia de Salud Mental 2009-2013. En el año 2012, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publica la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* en la cual se apoya este protocolo para la actuación de los profesionales de la salud¹². (Actualmente desfasado; tendría que haber sido revisado en el 2017).

2 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 HIPÓTESIS

2.1.1 Principal

- El intento de suicidio previo es un factor de riesgo destacado, existiendo una relación directa entre el tiempo transcurrido desde el intento de suicidio y el riesgo de repetición del intento.

2.1.2 Secundario

- Los pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo no reactivo presentan una prevalencia más elevada de reintentos.

2.2 OBJETIVO

El *objetivo principal* del presente estudio es la identificación de variables que puedan ayudar al clínico a determinar el grado de riesgo de un paciente de realizar una RIS, tanto en la población general como en pacientes con seguimiento estrecho por profesionales de la salud mental, con el fin de evitar la recurrencia del comportamiento suicida.



3 MATERIAL Y MÉTODO

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional de carácter retrospectivo que abarcó el periodo entre el 1 de abril del 2009, momento en el que comienza la actividad del programa de intervención intensiva, y el 31 de diciembre del año 2012.

Se incluyeron en el estudio los pacientes que habían realizado un IS teniendo en cuenta los criterios de la OMS¹⁵, que fueron derivados del servicio de Urgencias de Psiquiatría, Unidad de Agudos o de los médicos de Atención Primaria del Área de Gestión Integrada de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras (población de 335.646 habitantes de media, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, entre los años 2009 y 2012¹²¹) y que acudieron al menos a una consulta del PII por IS.

Se excluyeron los sujetos menores de 18 años, discapacitados intelectuales, síndromes orgánicos, síndrome de dependencia con consumo activo en el momento de la valoración y aquellos que no accedieron a participar en el programa. (*Protocolo completo en el anexo 3*)



Figura 9. Área de influencia de la Gestión Integrada de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras

3.2 DESARROLLO Y DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INTENSIVA

El PII es un programa asistencial y preventivo de la conducta suicida. Su finalidad es la intervención en personas con ideación de suicidio, expresada o no, detectada por médicos de Atención Primaria capacitados, y en aquellos que hayan realizado un intento de suicidio, siendo atendidos en Atención Primaria o en Urgencias.

El *objetivo principal* es la reducción de la mortalidad por suicidio y los intentos de suicidio en pacientes que han realizado al menos un intento en la población de la provincia de Ourense.

Objetivos intermedios:

- Incrementar la detección de pacientes en riesgo de suicidio en Atención Primaria.
- Dar asistencia específica a pacientes tras un intento de suicidio.
- Garantizar el tratamiento de estos pacientes mediante un programa específico y con carácter asertivo.

Se busca la intervención terapéutica en el menor tiempo posible. El periodo de intervención dura 6 meses, con una consulta de seguimiento al año del inicio del programa. Desde la solicitud de cita en la unidad hasta la primera valoración, el periodo de espera no puede superar los 15 días. En la primera consulta se procede a una valoración por enfermería en la que se establece el plan de cuidados individualizado, y una valoración por el psiquiatra en la que se determina un diagnóstico y el inicio o seguimiento del tratamiento psicofarmacológico. A la semana siguiente se comienza el tratamiento psicoterapéutico, con una media de 10 sesiones. Este consiste en una intervención específica para pacientes con intentos de suicidio de corte cognitivo-conductual¹²².

Se plantean dos tipos de intervención: las presenciales con psiquiatra, psicólogo clínico y enfermera, y las telefónicas realizadas por enfermería entre sesiones con el objetivo de supervisar las pautas dadas en la consulta presencial.

La frecuencia, número y distribución de las consultas se exponen en la *tabla 2*. Así mismo, se realiza un seguimiento asertivo mediante llamada telefónica a los pacientes cuando no acuden a consulta. La duración del tratamiento es de 6 meses, posteriormente se otorga el alta y queda a cargo del médico de Atención Primaria o de Salud Mental, y la reevaluación a los 12 meses desde el intento o la ideación autolítica.

Tabla 2. Consultas

| Tipo y frecuencia de consulta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| Semanas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 20 | 21 | 52 | |
| <i>Psiquiatría</i> | Δ | | Δ | | | | | Δ | | | | | | | | | | | Λ | Ξ |
| <i>Psicología</i> | | Δ | Δ | Δ | | Δ | | Δ | | Δ | | | Δ | | | Δ | Δ | | Λ | Ξ |
| <i>Enfermería</i> | Δ | Δ | | Δ | Ł | Δ | Ł | | Ł | Δ | | Ł | Δ | | Ł | | Δ | | Λ | Ξ |

Δ: consulta presencial, Ł: consulta telefónica, Λ: Consulta de alta y Ξ: Consulta anual

El programa cuenta con un teléfono de apoyo a los profesionales de Atención Primaria y servicio de Urgencias para la evaluación del riesgo de suicidio, así como para su manejo inicial. El paciente dispone de un teléfono directo para llamar a lo largo de la mañana de lunes a viernes, en caso de urgencia. Fuera de este periodo, los pacientes pueden acudir a los servicios de urgencias del CHUO.

Circuito asistencial

- *Psiquiatra:*

- Evaluación de criterios de entrada del paciente por parte de PII. Contacto telefónico si fuese necesario para discusión de la derivación del caso.
- Evaluación inicial, que deberá incluir escalas de riesgo de suicidio, sintomatología depresiva y desesperanza.

- Realización de historia clínica psiquiátrica. Valoración necesidad de tratamiento psiquiátrico.
 - Formación y contactos con primaria.
- *Psicólogo:*
- Inicio a la semana de psicoterapia específica. Al menos 10 sesiones en 6 meses.
 - Formación y contactos con primaria.
- *DUE:*
- Acogida de demandas de información de pacientes y de los médicos de Atención Primaria.
 - Citación de los pacientes por teléfono, llamada desde Atención Primaria.
 - Acogida de los usuarios en el dispositivo.
 - Evaluación inicial de los pacientes y evaluaciones posteriores.
 - Seguimiento de adherencia al programa y al tratamiento establecido.
 - Seguimiento telefónico de las faltas a consulta.
 - Formación y contactos con primaria.
 - Filtro de las consultas telefónicas desde primaria.

3.3 PROCEDIMIENTO Y RECOGIDA DE VARIABLES

Se recogió como variable principal la RIS durante el año de seguimiento en el programa (fecha, número, método y tiempo transcurrido hasta la RIS) (*Anexo 4*). Se consideraron como RIS solo aquellas que suponían una asistencia en Urgencias Hospitalarias. Definiremos IS según los criterios de WHO¹⁵.

Como variables independientes se incluyeron:

Sexo

1. Mujer
2. Varón

Edad

Variable continua calculada a partir de la fecha de nacimiento. Mayor de 18 años.

Estado civil

- 1.- Soltero
- 2.- Casado
- 3.- Separado o divorciado
- 4.- Viudo
- 5.- Otro

Número de convivientes

Variable continua en referencia a las personas que conforman el núcleo de convivencia del paciente.

Estado laboral

- 1.- Activo
- 2.- Jubilado-pensionista
- 3.- Parado
- 4.- ILT (incapacidad laboral temporal)
- 5.- Ama de casa
- 6.- Estudiante
- 7.- Otro

Estudios completados

- 1.- Analfabeto
- 2.- Lee y escribe
- 3.- EGB-primarios-FP
- 4.- Bachillerato-ESO

5.- Diplomado-Superior

6.- Otro

Estructura familiar

1.- Vive solo

2.- Pareja

3.- Familia nuclear

4.- Familia ampliada

5.- Institución

6.- Otro

Intento índice (IS por el cual el paciente entra en el PII)

- Fecha intento: ___ / ___ / ____

- Método:

A. Fármacos

B. Otros

(especificar) _____

Gravedad / Intención letal¹²

1- Leve/ Gesto suicida

Conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad.

2- Moderada/ Conducta suicida no determinada

Conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte.

3- Grave/ Intento de suicidio

Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.

Intento previo (historia de IS previa al intento índice), fecha y método:

1.- Sí 2. - No.3.- Desconocido Número: _____

Fechas

Diagnóstico. El diagnóstico del trastorno mental se realiza con la entrevista clínica por parte del profesional sanitario según la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10)¹²³.

Antecedentes familiares de suicidio

- 1- Sí
- 2- No

Faltas a consulta

Variable cuantitativa discreta.

Abandonos (considerados aquellos que dejan de asistir al programa por decisión propia).

- 1- Sí
- 2- No

3.4 INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS

3.4.1 Inventario de Depresión de Beck

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés) y los impulsos suicidas (ítem 9 del BDI)^{124,125}. Se realiza al inicio cuando se incorpora el paciente al programa, a los 6 meses cuando se finaliza la intervención y a los 12 meses en la reevaluación (*Anexo 5*).

3.4.2 Escala de Desesperanza de Beck

La Escala de Desesperanza de Beck (BDE, por sus siglas en inglés)¹²⁶. Se realiza al inicio cuando se incorpora el paciente al programa, a los 6 meses cuando se finaliza la intervención y a los 12 meses en la reevaluación (*Anexo 5*).

3.5 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó un análisis descriptivo de los datos expresando las variables cuantitativas como media y desviación estándar y las variables cualitativas como frecuencia y porcentaje. Para determinar la asociación entre RIS y variables cualitativas de estudio, se realizó Chi-Cuadrado, y para las cuantitativas, T-Student. Posteriormente, con las variables que resultaron significativas en el análisis univariante se realizó un modelo de regresión logística por pasos hacia atrás de Wald. De forma análoga, para analizar el riesgo de reintento por tiempo hasta este reintento, se llevó a cabo un modelo de regresión de Cox siguiendo el mismo proceso de pasos hacia atrás. En los modelos finales se incluyeron como variables independientes predictoras el método de tentativa índice y los días desde la tentativa previa a la tentativa índice (dicotomizados como más y menos de 180 días). Para determinar si existían cambios en los impulsos suicidas (ítem 9 del BDI), a lo largo del tiempo se emplearon el Test de McNemar para variables cualitativas y la T-Student para datos apareados en el caso de variables cuantitativas. Para el estudio de repetición de tentativa de suicidio durante el seguimiento en el PII, se utilizaron curvas de Kaplan-Meier. Se empleó el test Log Rank para la comparación de las curvas de repetición de tentativa de suicidio en función de las tentativas previas y en función del método de tentativa.

En todos los análisis se consideraron diferencias estadísticamente significativas los valores de $p < 0.05$. Todos los análisis se realizaron utilizando el software SPSS 19.0.

4 FUNDAMENTOS ÉTICO-LEGALES

El estudio ha sido aprobado por el Comité Autnómico de Ética de la Investigación de Galicia con el número de registro 2010/473. El estudio cumple con la legislación vigente en materia de investigación clínica establecida en la Declaración de Helsinki (WMV,1974), en el convenio del Consejo de Europa sobre derechos humanos y biomedicina, en la Declaración Universal de la UNESCO sobre derechos humanos, y con toda la legislación española sobre investigación médica, biomédica, protección de datos y bioética.

Protección de personas y animales

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Los profesionales autorizados en la participación del proyecto son los responsables de la administración del protocolo, así como del manejo de la base de datos. El acceso a la base de datos informática estaba protegido por un código de seguridad que únicamente conocían los investigadores autorizados.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral

Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia
Edificio Administrativo de San Lázaro
15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Tlf: 881 546425 Fax: 881 541804
ceic@sergas.es



DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE GALICIA

Juan M. Vázquez Lago, Secretario Suplente del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia,

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó, en su reunión del 27/09/2012, la enmienda del estudio post-autorización:

Título: Evaluación de una Intervención en prevención de Suicidio e Identificación de Factores de Riesgo en Conducta Suicida

Versión:

Enmienda: modificación: solicitud de ampliación de la muestra y nuevo investigador principal

Código:

Registro CEIC de Galicia: 2010/473

Y que este Comité emite un **INFORME FAVORABLE**, de conformidad con sus Procedimientos Normalizados de Trabajo, a la modificación mencionada y en los centros aprobados.

| Centros | Investigadores Principales |
|-----------------|---|
| C.H. de Ourense | Ernesto Ferrer Gómez del Valle, Amirashkan Espandian Nojavan Pana |

En Santiago de Compostela, a 04 de octubre de 2012
El Secretario Suplente

Juan M. Vázquez Lago



5 RESULTADOS

Durante un periodo de 2 años y 8 meses, se reclutaron 319 pacientes que han estado en seguimiento en el PII por IS. Tras la información y propuesta de la intervención, ningún paciente rechaza su participación en el programa.

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

5.1.1 Características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio

Los registros referentes a las variables sociodemográficas de la muestra establecen la edad media en 41,5 años, con un predominio destacado del sexo femenino (74,3%). En cuanto al estado civil, el 42,3% son casados, estando el 46,2% conviviendo con la familia nuclear. El estado laboral más prevalente se reparte en dos grupos, los activos (21,6%) y los de interrupción laboral transitoria (21,6%), seguido de los parados (*Tabla 3*).

Tabla 3. Variables sociodemográficas

| Edad | Sexo | Estado civil | Estado laboral | Estudios | Estructura familiar |
|-----------------|--|-------------------------------|---|--------------------------------------|----------------------------|
| 41,5 (±14,6) | ♀: 237 (74,3%) | Soltero 99 (31,2%) | Activos 68 (21,6%) | Analfabeto 7 (2,2%) | Vive solo 38 (12,1%) |
| | | Casado 134 (42,3%) | Jubilados- Pensionistas 52 (16,5%) | Lee y escribe 18 (5,7%) | Pareja 55 (17,5%) |
| | Separado/ Divorciado 67 (21,1%) | Parados 61 (19,4%) | EGB- Primarios-FP 167 (52,8%) | Familia nuclear 145 (46,2%) | |
| | Viudo 12 (3,8%) | ILT 68 (21,6%) | Bachiller-ESO 93 (29,4%) | Familia ampliada 57 (18,1%) | |
| | | Amas de casa 40 (12,6%) | Diplomado- superior 31 (9,8%) | Institución 3 (0,9%) | |
| | | Estudiantes 23 (7,3%) | | | |

Características clínicas de la población de estudio.

La procedencia de la muestra corresponde fundamentalmente a Urgencias Hospitalarias (66,6%), que realiza el aporte mayoritario de pacientes (*Figura 10*).



Figura 10. Procedencia de la muestra

En relación con las variables clínicas de alto interés por el riesgo que conllevan a la conducta suicida, destaca el diagnóstico del trastorno adaptativo - reacción depresiva prolongada (57,1%), seguido del trastorno afectivo no reactivo. Respecto al método empleado, destaca con un amplio margen de diferencia la intoxicación medicamentosa (76%) frente al resto de los métodos, siendo la gravedad del intento leve en un 66,5% de los casos (*Tabla 4*).

Tabla 4. Variables clínicas de riesgo

| Diagnóstico cie-10 | Método del intento índice | Gravedad del intento índice |
|--|----------------------------------|--------------------------------|
| Trastorno adaptativo 182 (57,1%) | Fármacos 240 (76%) | Leve 206 (66,50%) |
| Trastorno afectivo no reactivo 41 (13,06%) | Agentes químicos 7 (2,20%) | Moderado 65 (21%) |
| Trastorno de la personalidad 33 (10,51%) | Arma blanca 7 (2,20%) | Grave 39 (12,6%) |
| Trastorno psicótico 9 (2,80%) | Ahorcamiento 11 (3,50%) | |
| | Precipitación 16 (5%) | |

Se exponen los factores de riesgo más relevantes presentes en la muestra, siendo esta los antecedentes familiares de suicidio que se registra en el 8,8%, y la historia de intentos de suicidio previo que se presenta en el 50,3% de la muestra (*Figura 11*).

Analizando la diferencia entre la fecha del intento índice menos IS previo, se observa que en el 70% de los pacientes con historia de intento autolítico previo, el acto se realiza en un periodo mayor a 365 días. El grupo siguiente en cuanto a un mayor porcentaje (22%) lo conforman los pacientes que realizan el intento en un periodo de tiempo inferior a 180 días del intento índice (*Figura 12*).

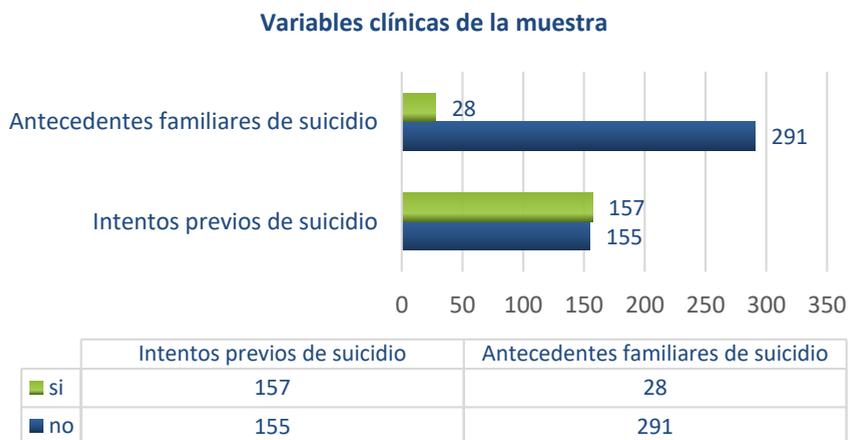


Figura 11. Factores de riesgo relevantes

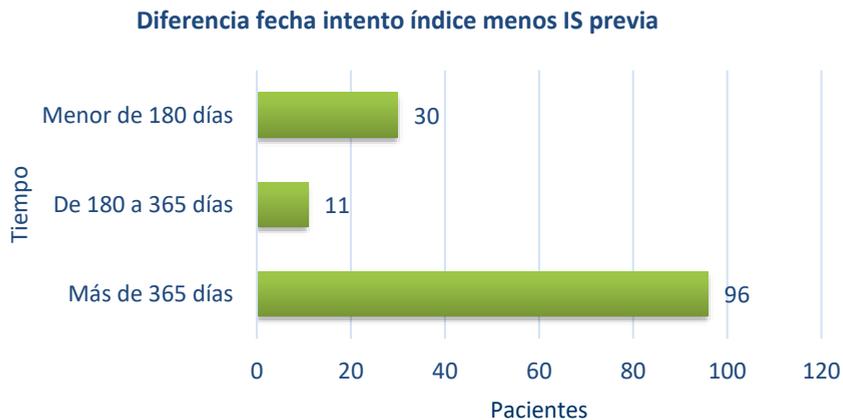


Figura 12. Fecha intento índice menos previa

Finalmente, conviene destacar que el 69% de los pacientes que se incorporan al programa consiguen su culminación, mientras que recogemos una tasa de abandono del 21,9% (*Figura 13*).



Figura 13. Seguimiento del programa

5.2 ABANDONOS DEL PROGRAMA



Figura 14. Porcentaje de abandonos en el programa

5.2.1 Variables sociodemográficas y clínicas de los abandonos

Las *variables sociodemográficas y clínicas* de los pacientes que abandonan el programa, 70 (22%), frente a los que no abandonan, 249 (78%), se presentan en la *tabla 5*.

Tabla 5. Variables de los abandonos Sociodemográficas

| | Abandonos (70) | No abandonos (249) |
|----------------------------|-------------------|-----------------------|
| | Media (DE) | Media (DE) |
| Edad | | |
| | 34,8 (11) | 43,4 (14) |
| | N (%) | N (%) |
| Sexo | | |
| Mujer | 56 (80%) | 181 (72,7%) |
| Hombre | 14 (20%) | 68 (27,3%) |
| Estado Civil | | |
| Casado | 26 (37%) | 108 (43,7%) |
| Soltero | 28 (40%) | 71 (28,7%) |
| Separado/Divorciado | 11 (15,7%) | 56 (22,7) |
| Viudo | 2 (3%) | 10 (4,0%) |
| Estado laboral (%) | | |
| Activos | 16 (23%) | 52 (21,3%) |
| Pensionistas | 8 (11,4%) | 44 (18%) |
| Parados | 19 (27%) | 42 (17,2%) |
| ILT | 10 (14,3%) | 58 (23,8%) |
| Amas de casa | 11 (15,7%) | 29 (12%) |
| Estudiantes | 6 (8,6%) | 17 (7%) |
| Estudios (%) | | |
| Analfabeto | 0 (0%) | 7 (2,8%) |
| Lee y escribe | 2 (3,0%) | 16 (6,5%) |
| EGB-Primarios | 39 (55,7%) | 128 (52%) |
| Bachillerato-ESO-FP | 21 (30%) | 72 (29,3%) |
| Diplomado-superior | 8 (11,4%) | 23 (9,3%) |
| | N (%) | N (%) |
| Estructura familiar | | |
| Vive solo | 7 (10,0%) | 32 (13%) |
| Pareja | 13 (18,8%) | 42 (17%) |
| Familia nuclear | 33 (47,8%) | 112 (45,5%) |
| Familia ampliada | 10 (14,5%) | 47 (19%) |
| Institución | 1 (1,4%) | 2 (0,8%) |
| | Media (DE) | Media (DE) |
| Número convivientes | | |
| | 2,9 (1,2) | 3 (1,3) |

Clínicas

| | Abandonos (70) | No abandonos (249) |
|--|-------------------|-----------------------|
| | N (%) | N (%) |
| Procedencia | | |
| Urgencias | 53 (75,7%) | 159 (64%) |
| Atención Primaria | 7 (10%) | 17 (7%) |
| USM | 2 (3%) | 37 (15%) |
| Unidad de Agudos | 2 (3%) | 15 (6%) |
| Interconsulta hospitalaria | 6 (8,6%) | 19 (7,7%) |
| Gravedad del intento | | |
| Leve | 56 (81,2%) | 150 (62%) |
| Moderado | 7 (10%) | 58 (24%) |
| Grave | 6 (8,7%) | 34 (14%) |
| IS previo | 37 (53,6%) | 120 (49,4%) |
| RIS en el programa | 2 (2,9%) | 27 (10,8%) |
| Antecedentes familiares de suicidio | 8 (11,4%) | 20 (8%) |
| | <i>Media (DE)</i> | <i>Media (DE)</i> |
| Escala BDI inicial | 28,9 (9,2) | 27,2 (9,3) |
| Escala BDE inicial | 11,8 (4,9) | 11,5 (5,5) |
| Método intento índice | | |
| Intoxicación medicamentosa | 57 (81,4%) | 183 (74%) |
| Resto de métodos | 13 (18,6%) | 64 (26%) |
| Diferencia fecha intento índice menos IS previa | | |
| No intentos previos | 36 (51,4%) | 146 (58,6%) |
| Menor de 180 días | 8 (11,4%) | 22 (8,8%) |
| De 180 a 365 días | 2 (3%) | 9 (3,6%) |
| Más de 365 días | 24 (34,3%) | 72 (29%) |
| Diagnósticos (CIE-10) (%) | | |
| Trastorno psicótico | 1 (1,4%) | 8 (3,2%) |
| Trastorno ansiedad | 2 (2,9%) | 6 (2,4%) |
| Trastorno afectivo no reactivo | 10 (14,3%) | 54 (21,7%) |
| Trastorno adaptativo- Reacción depresiva prolongada | 37 (53%) | 145 (58,2%) |
| Trastorno personalidad | 16 (23%) | 22 (8,8%) |
| Otros trastornos | 4 (5,7%) | 14 (5,6%) |

Sociodemográficas

| | Abandonos (70) | No abandonos (249) | χ^2/t | OR | IC 95% | <i>p</i> |
|----------------------------|-------------------|-----------------------|--------------|--------------|---------------------|--------------|
| | <i>Media (DE)</i> | <i>Media (DE)</i> | | | | |
| Edad | 34,8 (11) | 43,4 (14) | 5,278 | | 5,390-11,843 | 0,000 |
| | <i>N (%)</i> | <i>N (%)</i> | | | | |
| Sexo | | | | | | |
| Mujer | 56 (80%) | 181 (72,7%) | 1,529 | 0,909 | 0,790-1,045 | 0,216 |
| Estado civil | | | | | | |
| Casado | 26 (37%) | 108 (43,7%) | 0,871 | 0,856 | 0,612-1,199 | 0,351 |
| Soltero | 28 (40%) | 71 (28,7%) | 3,368 | 1,403 | 0,991-1,986 | 0,066 |
| Estado laboral | | | | | | |
| Parados | 19 (27%) | 42 (17,2%) | 3,73 | 1,609 | 1,003-2,581 | 0,05 |
| Parados o ILT | 29 (41,4%) | 100 (40,2%) | 0,036 | 1,032 | 0,751-1,417 | 0,849 |
| Estudios | | | | | | |
| Primarios | 41 (58,6%) | 151 (60,6%) | 0,098 | 0,966 | 0,774-1,205 | 0,754 |
| Estructura familiar | | | | | | |
| Familia nuclear | 33 (47,8%) | 112 (45,5%) | 0,103 | 1,048 | 0,789-1,392 | 0,748 |

Clínicas

| | Abandonos (70) | No abandonos (249) | χ^2/t | OR | IC 95% | <i>p</i> |
|---|-------------------|-----------------------|---------------|--------------|--------------------|--------------|
| | <i>N (%)</i> | <i>N (%)</i> | | | | |
| Procedencia | | | | | | |
| <i>Urgencias</i> | 53 (75,7%) | 159 (64%) | 3,447 | 1,186 | 1,008-1,395 | 0,06 |
| Gravedad del intento | | | | | | |
| <i>Leve</i> | 56 (81,2%) | 150 (62%) | 9,326 | 1,328 | 1,138-1,550 | 0,002 |
| <i>Grave</i> | 6 (8,7%) | 34 (14%) | 1,287 | 0,628 | 0,275-1,434 | 0,257 |
| IS previo | 37 (53,6%) | 120 (49,4%) | 0,387 | 1,086 | 0,843-1,399 | 0,534 |
| Antecedentes familiares de suicidio | 8 (11,4%) | 20 (8%) | 0,787 | 0,963 | 0,879-1,056 | 0,375 |
| | <i>Media (DE)</i> | <i>Media (DE)</i> | | | | |
| Escala BDI inicial | 28,9 (9,2) | 27,2 (9,3) | - 1,295 | | -4,260-0,879 | 0,196 |
| Escala BDE inicial | 11,8 (4,9) | 11,5 (5,5) | -0,301 | | -1,723-1,265 | 0,764 |
| | <i>N (%)</i> | <i>N (%)</i> | | | | |
| Método intento índice | | | | | | |
| <i>Intoxicación medicamentosa</i> | 57 (81,4%) | 183 (74%) | 1,598 | 1,099 | 0,961-1,257 | 0,206 |
| Diferencia fecha intento índice menos IS previa | | | | | | |
| <i>Menor de 180 días</i> | 8 (11,4%) | 22 (8,8%) | 0,431 | 1,294 | 0,602-2,778 | 0,511 |
| Diagnósticos (CIE-10) | | | | | | |
| <i>Trastorno adaptativo-Reacción depresiva prolongada</i> | 37 (53%) | 145 (58,2%) | 0,644 | 0,908 | 0,710-1,160 | 0,422 |
| <i>Trastorno personalidad</i> | 16 (23%) | 22 (8,8%) | 10,238 | 2,587 | 1,439-4,652 | 0,001 |

Nota. En cada grupo para las variables cuantitativas se representa la media y su desviación estándar y para las variables cualitativas las frecuencias y sus porcentajes.

En el grupo de abandonos la edad media se presenta en 34,8 (DE 11) años, con un predominio del intento de gravedad leve, 56 (80%), y destacando los diagnósticos de trastorno de la personalidad, 16 (23%). Para todas estas variables se observan diferencias estadísticamente significativas (p -valor $<0,05$), con un valor de OR e intervalo de confianza que se registra en la tabla entre los sujetos que abandonan y los que no abandonan el programa. El estado civil soltero (χ^2 : 3,368; p : 0,066) y el estado laboral parado (χ^2 : 3,73; p : 0,05) son variables que predominan en el grupo de los abandonos. A pesar de no llegar a ser estadísticamente significativo, es evidente la tendencia.

5.2.2 Comparativa con la población de estudio

Se realiza una comparativa de la muestra inicial del estudio con el grupo de abandonos con relación a las variables de riesgo. Se registra un incremento en el diagnóstico de trastorno de personalidad en detrimento del diagnóstico del trastorno afectivo no reactivo. Respecto a la gravedad se observa un predominio evidente de los intentos de gravedad leve (*Figura 15*).



Figura 15. Comparativas de la muestra basal y abandonos

5.3 REINTENTOS DURANTE EL PROGRAMA

Atendiendo a la RIS durante el seguimiento en el programa, obtenemos un grupo de 29 pacientes (9,1%) que realizan RIS y otro de 290 pacientes (90,9%) que no realizan RIS (*Figura 16*).

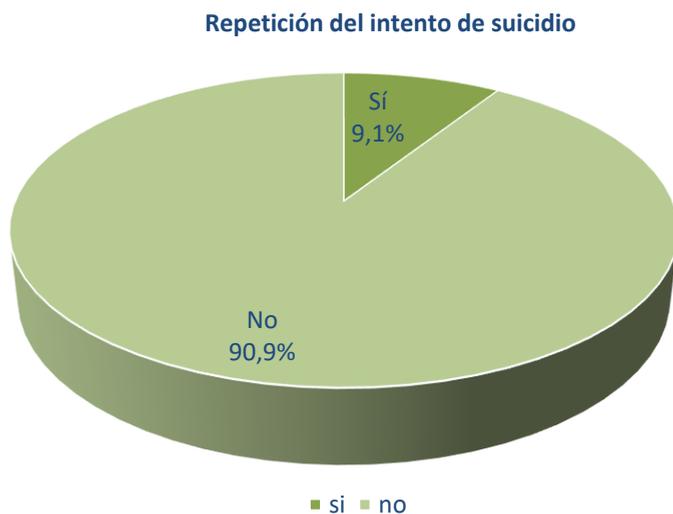


Figura 16. Reintentos durante el programa

5.3.1 Variables sociodemográficas y clínicas

Las *variables sociodemográficas* y *clínicas* de los pacientes que reintentan se exponen en la *tabla 6*.

**Tabla 6. Variables de los reintentos
Sociodemográficas**

| | RIS | |
|---------------------------------------|-------------|-------------|
| | Sí (N:29) | No (N:290) |
| | Media (DE) | Media (DE) |
| Edad | 39,3 (11,2) | 41,7 (14,9) |
| | N (%) | N (%) |
| Sexo (%) | | |
| Mujer | 23 (79,3%) | 214 (73,8%) |
| Hombre | 6 (20,7%) | 76 (26,2%) |
| Estado civil (%) | | |
| Casado | 15 (51,7%) | 119 (41,3%) |
| Soltero | 7 (24%) | 92 (32%) |
| Separado/Divorciado | 7 (24%) | 60 (20,8%) |
| Viudo | 0 (0%) | 12 (4,2%) |
| Estado laboral (%) | | |
| Activos | 7 (24%) | 61 (21,4%) |
| Pensionistas | 5 (17,2%) | 47 (16,5%) |
| Parados | 4 (13,8%) | 57 (20%) |
| ILT | 9 (31%) | 59 (20,7%) |
| Amas de casa | 2 (7%) | 38 (13,3%) |
| Estudiantes | 2 (7%) | 21 (7,4%) |
| | N (%) | N (%) |
| Estudios (%) | | |
| Analfabeto | 1 (3,4%) | 6 (2,1%) |
| Lee y escribe | 1 (3,4%) | 17 (6%) |
| EGB-Primarios-FP | 16 (55,2%) | 151 (52,6%) |
| Bachillerato-ESO | 10 (34,5%) | 83 (29%) |
| Diplomado-superior | 1 (3,4%) | 30 (10,5%) |
| Estructura familiar (%) | | |
| Vive solo | 2 (7%) | 37 (13%) |
| Pareja | 8 (28,6%) | 47 (16,4%) |
| Familia nuclear | 12 (43%) | 133 (46,3%) |
| Familia ampliada | 5 (18%) | 52 (18%) |
| Institución | 0 (0%) | 3 (1%) |
| | Media (DE) | Media (DE) |
| Número convivientes media (DE) | 2,9 (1,1) | 3 (1,3) |

Clínicas

| | RIS | |
|--|-------------------|-------------------|
| | Sí (N:29) | No N:290) |
| | N (%) | N (%) |
| Procedencia (%) | | |
| Urgencias | 18 (62%) | 194 (67%) |
| Atención Primaria | 1 (3,4%) | 23 (8%) |
| USM | 4 (13,8%) | 35 (12%) |
| Unidad de Agudos | 1 (3,4%) | 16 (5,5%) |
| Interconsulta hospitalaria | 5 (17,2%) | 20 (7%) |
| Gravedad del intento (%) | | |
| Leve | 17 (58,6%) | 189 (67%) |
| Moderado | 6 (20,7%) | 59 (21%) |
| Grave | 6 (20,7%) | 34 (12%) |
| IS previo (sí) (%) | 17 (60,7%) | 140 (49,3%) |
| Faltas a consulta (sí) (%) | 17 (63%) | 76 (37%) |
| Antecedentes familiares de suicidio (%) | 3 (10,3%) | 25 (8,6%) |
| | <i>Media (DE)</i> | <i>Media (DE)</i> |
| Número faltas a consulta media (DE) | 1,67 (1,7) | 0,8 (1,4) |
| Escala BDI; media (DE) | | |
| Inicial | 31,4 (8,8) | 27,3 (9,2) |
| 6 meses | 17,0 (9,5) | 13,8 (10,2) |
| 12 meses | 19,7 (9,6) | 13,42 (9,7) |
| Escala BDE; media (DE) | | |
| Inicial | 13,5 (5,0) | 11,4 (5,4) |
| 6 meses | 7,2 (5,3) | 6,2 (5,5) |
| 12 meses | 8,4 (5,7) | 6,3 (5) |
| Método intento índice (%) | | |
| Intoxicación medicamentosa | 27 (93%) | 213 (74%) |
| Resto de métodos | 2 (7%) | 75 (26%) |
| Diferencia fecha intento índice menos IS previa (%) | | |
| No intentos previos | 12 (41,4%) | 170 (58,6%) |
| Menor de 180 días | 7 (24%) | 23 (8%) |
| De 180 a 365 días | 1 (3,4%) | 10 (3,4%) |
| Más de 365 días | 9 (31%) | 87 (30%) |
| Diagnósticos (CIE-10) (%) | | |
| Trastorno psicótico | 1 (3,4%) | 8 (2,8%) |
| Trastorno ansiedad | 3 (10,3%) | 5 (1,7%) |
| Trastorno afectivo no reactivo | 9 (31%) | 55 (19%) |
| Trastorno adaptativo- Reacción depresiva prolongada | 11 (38%) | 171 (59%) |
| Trastorno personalidad | 3 (10,3%) | 35 (12%) |
| Otros trastornos | 2 (7%) | 16 (5,5%) |

Sociodemográficas

| | RIS | | X ² /t | OR | IC | P |
|----------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------|--------------|-------|
| | Sí (N:29) | No (N:290) | | | | |
| | <u>Media (DE)</u> | <u>Media (DE)</u> | | | | |
| Edad | 39,3 (11,2) | 41,7 (14,9) | - 0,813 | | -7,936-3,294 | 0,417 |
| | <u>N (%)</u> | <u>N (%)</u> | | | | |
| Sexo | | | | | | |
| Mujer | 23 (79,3%) | 214 (73,8%) | 0,42 | 1,075 | 0,882-1,310 | 0,517 |
| Estado civil | | | | | | |
| Casado | 15 (51,7%) | 119 (41,3%) | 1,237 | 1,261 | 0,864-1,839 | 0,266 |
| Soltero | 7 (24%) | 92 (32%) | 0,709 | 0,761 | 0,391-1,482 | 0,400 |
| Estado laboral | | | | | | |
| Parado | 4 (13,8%) | 57 (20%) | 0,586 | 0,702 | 0,274-1,795 | 0,444 |
| Parado o ILT | 13 (44,8%) | 116 (40%) | 0,255 | 1,121 | 0,731-1,719 | 0,614 |
| Estudios | | | | | | |
| Primarios | 18 (62,1%) | 174 (60%) | 0,047 | 1,034 | 0,767-1,396 | 0,828 |
| Estructura familiar | | | | | | |
| Familia nuclear | 12 (43%) | 133 (46,3%) | 0,214 | 0,902 | 0,575-1,416 | 0,644 |

Clínicas

| | RIS | | X ² /t | OR | IC | P |
|--|---------------------------------|----------------------------------|-------------------|-------|--------------|-------|
| | Sí (N:29) N (%) | No(N:290) N (%) | | | | |
| Procedencia | | | | | | |
| Urgencias | 18 (62%) | 194 (67%) | 0,276 | 0,928 | 0,690-1,247 | 0,6 |
| Gravedad del intento | | | | | | |
| Leve | 17 (58,6%) | 189 (67%) | 0,495 | 0,899 | 0,655-1,235 | 0,482 |
| Grave | 6 (20,7%) | 34 (12%) | 1,932 | 1,765 | 0,809-3,847 | 0,165 |
| IS previo (sí) | 17 (60,7%) | 140 (49,3%) | 1,329 | 1,232 | 0,894-1,697 | 0,249 |
| Faltas a consulta (sí) | 17 (63%) | 76 (37%) | 6,765 | 1,707 | 1,215-2,398 | 0,009 |
| Antecedentes familiares de suicidio | 3 (10,3%) <i>Media (DE)</i> | 25 (8,6%) <i>Media (DE)</i> | 0,098 | 1,2 | 0,386-3,734 | 0,754 |
| Escala BDI | | | | | | |
| Inicial | 31,4 (8,8) | 27,3 (9,2) | 2,24 | | 0,520-7,899 | 0,025 |
| 6 meses | 17,0 (9,5) | 13,8 (10,2) | 1,277 | | -1,806-8,480 | 0,203 |
| 12 meses | 19,7 (9,6) <i>Media (DE)</i> | 13,42 (9,7) <i>Media (DE)</i> | 2,64 | | 1,571-10,994 | 0,009 |
| Escala BDE | | | | | | |
| Inicial | 13,5 (5,0) | 11,4 (5,4) | 1,952 | | -0,017-4,205 | 0,052 |
| 6 meses | 7,2 (5,3) | 6,2 (5,5) | 0,665 | | -1,904-3,840 | 0,507 |
| 12 meses | 8,4 (5,7) N (%) | 6,3 (5) N (%) | 1,648 | | -0,421-4,599 | 0,102 |
| Método intento índice | | | | | | |
| Intoxicación medicamentosa | 27 (93%) | 213 (74%) | 5,251 | 1,259 | 1,116-1,420 | 0,022 |
| Diferencia fecha intento índice menos IS previa | | | | | | |
| Menor de 180 días | 7 (24%) | 23 (8%) | 8,128 | 3,043 | 1,43-6,476 | 0,004 |
| Diagnósticos (CIE-10) | | | | | | |
| Trastorno afectivo no reactivo | 9 (31%) | 55 (19%) | 2,394 | 1,636 | 0,905-2,959 | 0,122 |
| Trastorno adaptativo-Reacción depresiva prolongada | 11 (38%) | 171 (59%) | 4,761 | 0,643 | 0,400-1,035 | 0,029 |

Nota. En cada grupo para las variables cuantitativas se representa la media y su desviación estándar y para las variables cualitativas las frecuencias y sus porcentajes.

5.3.2 Comparativa con la población de estudio

En el grupo de los reintentos la edad media se sitúa en 39,3 (DE 11,2) años. En cuanto a las variables sociodemográficas, no se registran datos destacados, únicamente cabe resaltar el aumento del número de pacientes que se encuentran en situación de ILT, representando al 31%, asociado a un decremento de los parados.

Respecto al diagnóstico, se registra un incremento del trastorno afectivo no reactivo en el grupo de pacientes que reintentan en comparativa con la muestra de base, asociado a una disminución del trastorno adaptativo- reacción depresiva prolongada, siendo dicho dato estadísticamente significativo. Se refleja también un incremento de la gravedad del intento en los pacientes que reintentan (*Figura 17*).

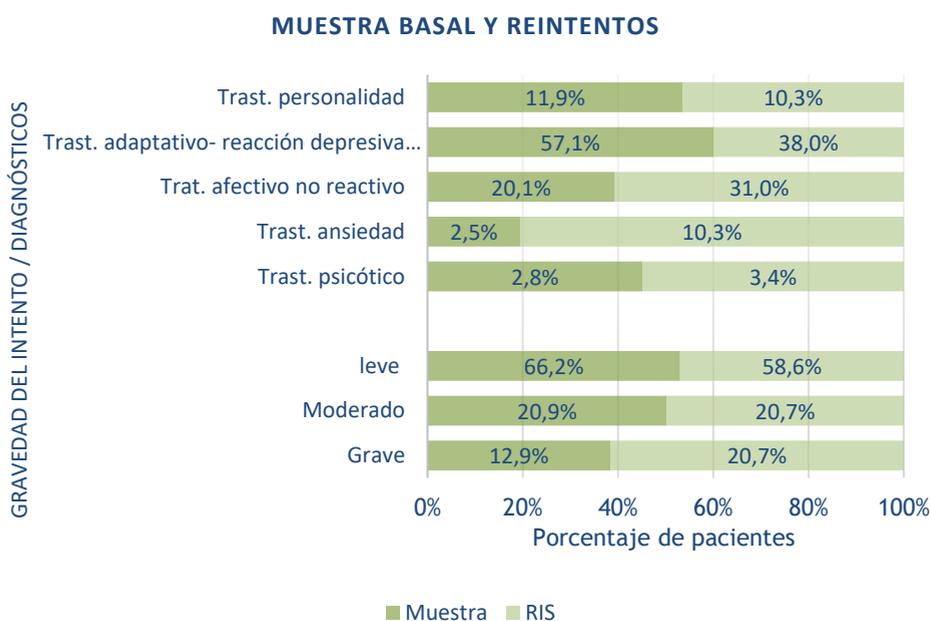


Figura 17. Comparativas de la muestra basal y reintentos

Un dato destacado en el grupo de los reintentos lo representa el elevado porcentaje de pacientes con historia de intento previo (60%).

Analizando la diferencia entre la fecha del intento índice menos intento de suicidio previo, destaca que el 24% de los pacientes que reintentan tenían un intento previo anterior del intento índice en un periodo menor de 180 días. Lo que demuestra que la probabilidad de una RIS es mayor en los pacientes con historia de IS previa en los últimos 180 días en comparación con los que no tienen historia de IS o historia de IS previa entre 180 a 365 días o más tiempo, con un p-valor $<0,05$ (*Figura 18*).

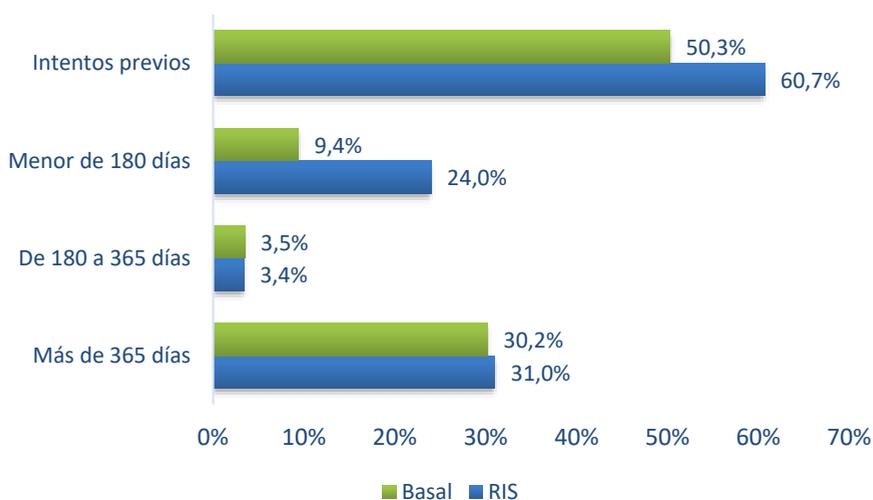


Figura 18. Historia de intento previo

La *intoxicación medicamentosa* fue el método más empleado en el intento índice, con 240 casos (76%), y este porcentaje aumenta hasta el 93% (27 sujetos) en los que presentan una RIS (p valor $<0,05$). De los 27 pacientes que realizan una RIS escogiendo la intoxicación medicamentosa como método del intento índice, 25 (93%) mantienen el mismo método en el reintento, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, p valor $<0,001$ (*Figura 19*).

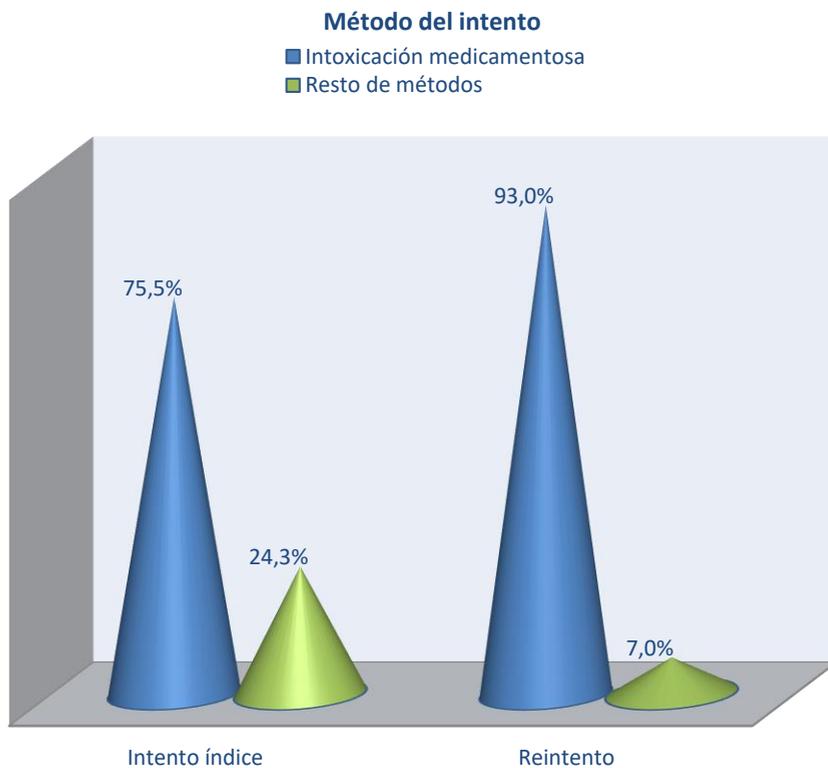


Figura 19. Intoxicación medicamentosa en el reintento

El 79% de las RIS se producen en los primeros 180 días, dentro de los cuales más de dos tercios (70%) se producen en los primeros 90 días tras el intento índice (*Figura 20*).

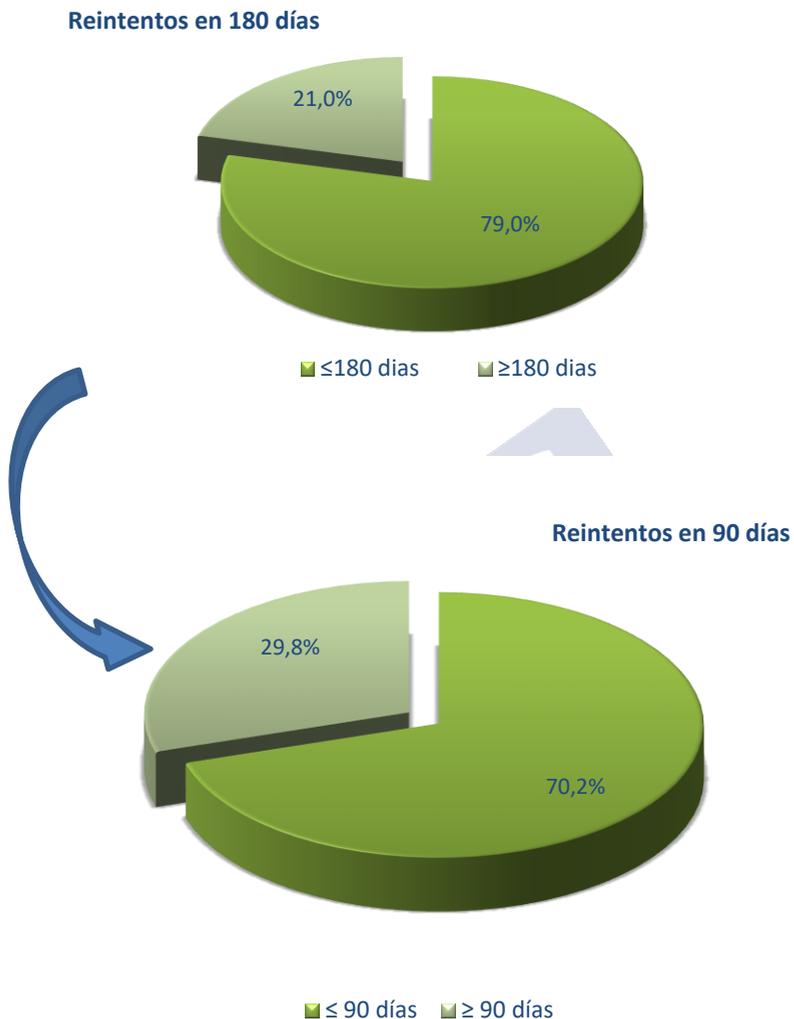


Figura 20. Tiempo de reintento

Se podría representar de forma global que del total de los pacientes que reintentan, 23 (79%) lo realizan en los primeros 180 días, de los cuales el mayor número, 16 (55%), se encuentra en los primeros 90 días (*Figura 21*).

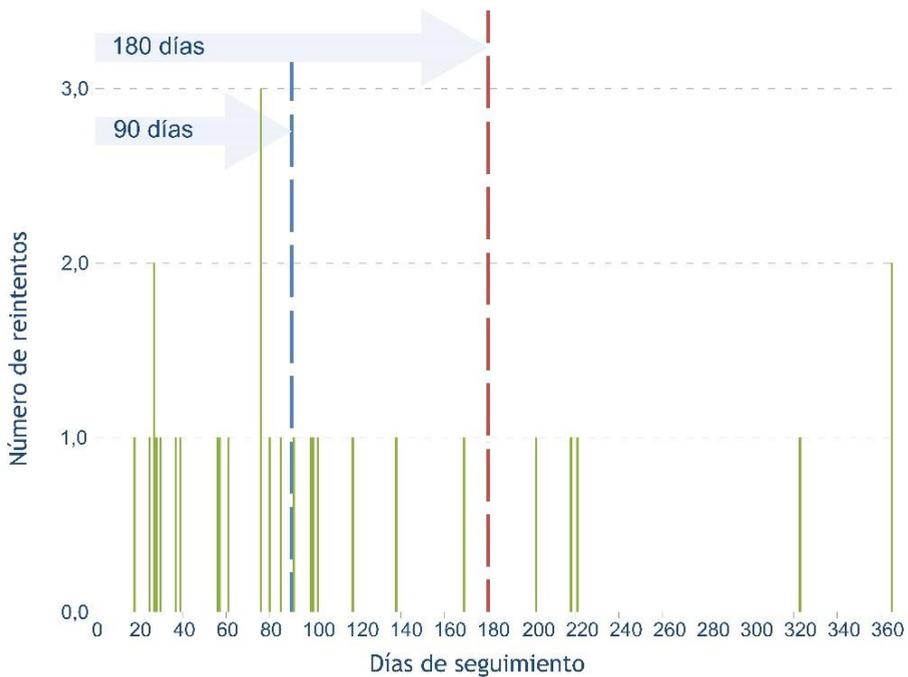


Figura 21. Tiempo de reintento II

El número de reintentos en los pacientes que *abandonaron* el programa fue de 2 (2,9%) durante el periodo de seguimiento en el programa, mientras que en los sujetos que no lo abandonaron fue de 27 (10,8%). Por otro lado, otros 5 sujetos (7,1%) tras el abandono del programa cometieron una RIS, según los registros del servicio de Urgencias, en el periodo de 12 meses desde su incorporación.

En cuanto a las *faltas a consulta*, el 40% de los pacientes faltó a alguna consulta durante el periodo de seguimiento, de los cuales un 37% no realizan RIS frente al 63% de pacientes con alguna falta que sí lo realizan (p -valor $\leq 0,009$).

5.4 ESCALAS DE VALORACIÓN

5.4.1 Inventario de depresión y Escala de desesperanza de Beck

En las *escalas BDI* y *BDE* se registra una mayor puntuación media en los pacientes que realizan una RIS en comparación con los que no realizan RIS, siendo esta estadísticamente significativa en la valoración inicial ($p < 0,05$) y a los 12 meses en el caso de la escala BDI ($p\text{-valor} \leq 0,009$). No hay evidencias de que la evolución en el tiempo de los que realizan RIS sea diferente de los que no realizan RIS (*Figura 22-23*).

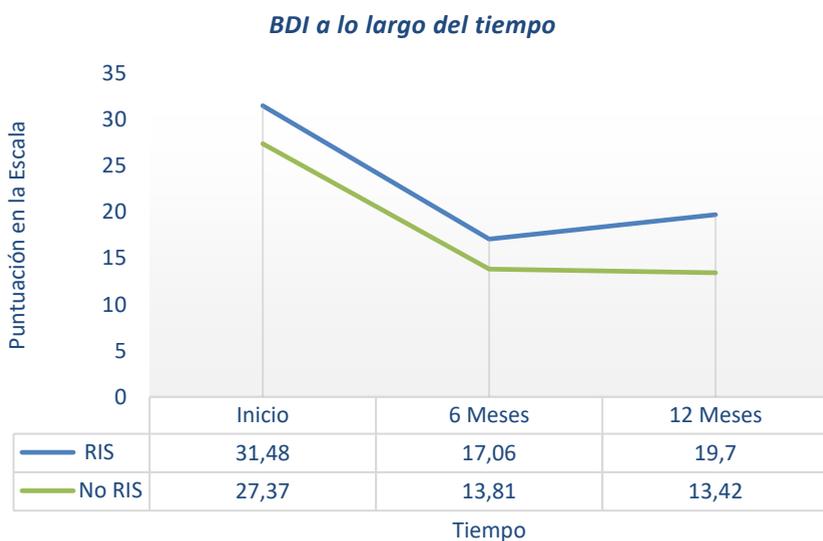


Figura 22. Evolución de la puntuación media del BDI a lo largo del tiempo

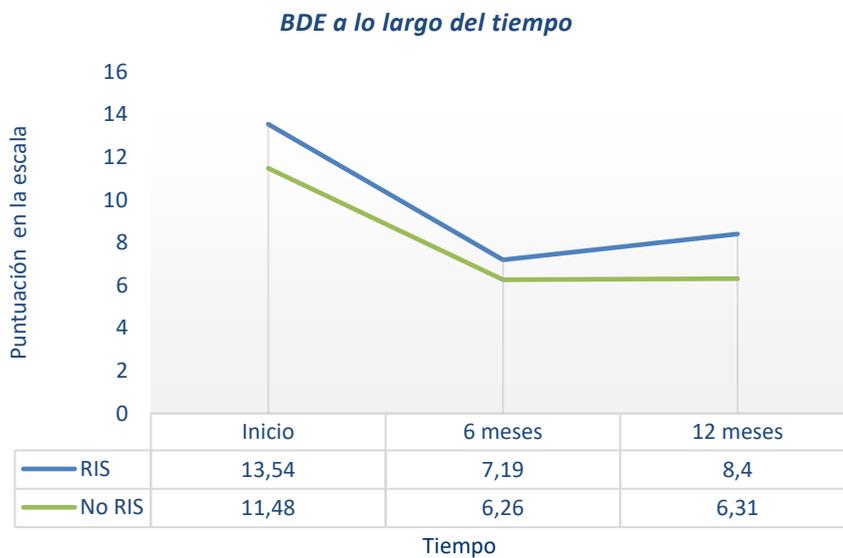


Figura 23. Evolución de la puntuación media del BDE a lo largo del tiempo

5.5 IMPULSO SUICIDA

5.5.1 Inicial – 6 meses – 12 meses

Respecto al *impulso suicida* (ítem 9 BDI), se observa una mejoría en la puntuación a los 6 y a los 12 meses en la muestra total de pacientes. Desde los 6 a los 12 meses, en los cuales el paciente ya lleva 6 de alta y sin intervención en la unidad, continúa habiendo mejoría y aumentando el grupo de pacientes sin pensamientos de hacerse daño (p-valor $\leq 0,001$).

Tabla 7. Impulsos suicidas (ítem 9 de la escala BDI)

| (BDI.9) | 6 meses | | | | P-valor | |
|---------|----------|-------------|------------|------------|--------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| Inicio | (1) | 53 (85,5%) | 4 (6,5%) | 5 (8,1%) | 0 (0%) | $\leq 0,001$ |
| | (2) | 22 (84,6%) | 3 (11,5%) | 1 (3,8%) | 0 (0%) | |
| | (3) | 50 (57,5%) | 15 (17,2%) | 21 (24,1%) | 1 (1,1%) | |
| | (4) | 3 (60,0%) | 0 (0%) | 2 (40,0%) | 0 (0%) | |
| 6 meses | 12 meses | | | | $\leq 0,001$ | |
| | (1) | 63(92,68%) | 7(4,88%) | 5(2,44%) | | 0(0%) |
| | (2) | 11(64,71%) | 4(23,53%) | 2(11,76%) | | 0(0%) |
| | (3) | 31(48,44%) | 17(26,56%) | 16(25%) | | 0(0%) |
| Inicio | 12 meses | | | | $\leq 0,001$ | |
| | (1) | 38 (92,68%) | 2 (4,88%) | 1 (2,44%) | | 0(0%) |
| | (2) | 11(64,71%) | 4(23,53%) | 2(11,76%) | | 0(0%) |
| | (3) | 31(48,44%) | 17(26,56%) | 16(25%) | | 0(0%) |
| | (4) | 2(50%) | 1(25%) | 1(25%) | 0(0%) | |

(1) No tengo pensamientos de hacerme daño

(2) Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo

(3) Me mataría si pudiera

(4) Tengo planes decididos de suicidarme

Se registran 2 *suicidios consumados* en la muestra durante el periodo de seguimiento (0,9%), de los cuales, uno se incluyó en el programa después de un IS tras intoxicación medicamentosa, con posterior suicidio consumado por precipitación; y el siguiente, aunque se desconoce el método de suicidio consumado, se sabe que se incorporó al programa por lesiones con arma blanca.

En el *análisis multivariante*, se incluyeron inicialmente como variables independientes las faltas a consulta, método intento índice (intoxicación medicamentosa), diferencia fecha intento índice menos IS previa (menor de 180 días), trastorno adaptativo-reacción depresiva prolongada, trastorno afectivo no reactivo, las escalas iniciales de BDI y BDE e impulsos suicidas (ítem 9 de la escala BDI). El modelo final incluye como predictores las faltas a consulta, método intento índice (intoxicación medicamentosa), diferencia fecha intento índice menos IS previa (menor de 180 días), trastorno adaptativo-reacción depresiva prolongada e impulsos suicidas (ítem 9 de la escala BDI), siendo estadísticamente significativo ($\chi^2 = 30,747$; R^2 de Nagelkerke = 0,261; $p < 0,001$). Los pacientes que utilizan la intoxicación medicamentosa como método de intento índice tienen 6 veces más riesgo (IC95% 1,2-29) de realizar un nuevo IS que los pacientes que utilizan otros métodos. Con respecto a la historia de IS previa al intento índice, tienen un riesgo 4,2 veces mayor (IC95% 1,1-16) de RIS durante los primeros 180 días, con una disminución progresiva acorde al paso del tiempo, siendo estos valores estadísticamente significativos. Las faltas a consulta durante el periodo de seguimiento en el programa (OR = 2,788; IC 95 = 1,084-7,168; $p = 0,08$) así como la puntuación elevada en el ítem 9 del BDI (OR = 4,750; IC = 1,482-15,220; $p = 0,009$) son variables que contribuyen al incremento del riesgo de reintento (*tabla 8*).

Tabla 8. Predictores en el Análisis multivariante*Regresión logística*

| Variable | B | Wald | p | OR | IC95% |
|---|--------|-------|-------|-------|--------------|
| Faltas a consulta (sí) | 1,025 | 4,528 | 0,033 | 2,788 | 1,084-7,168 |
| Método intento índice (intoxicación medicamentosa) | 1,803 | 5,115 | 0,024 | 6,065 | 1,272-28,925 |
| Diferencia fecha intento índice menos IS previa (menor de 180 días) | 1,444 | 4,462 | 0,035 | 4,239 | 1,110-16,191 |
| Trastorno adaptativo-Reacción depresiva prolongada | -0,998 | 4,569 | 0,033 | 0,369 | 0,148-0,920 |
| Impulsos suicidas (ítem 9 BDI) | 1,558 | 6,877 | 0,009 | 4,750 | 1,482-15,220 |

Regresión de Cox

| Variable | B | Wald | p | HR | IC95% |
|---|-------|-------|-------|-------|--------------|
| Faltas a consulta (sí) | 1,150 | 7,515 | 0,006 | 3,155 | 1,387-7,194 |
| Método intento índice (intoxicación medicamentosa) | 1,445 | 3,822 | 0,051 | 4,237 | 0,996-18,181 |
| Diferencia fecha intento índice menos IS previa (menor de 180 días) | 1,435 | 7,786 | 0,005 | 4,20 | 1,533-11,494 |

En el análisis de regresión de Cox, el modelo final incluyó como variables predictoras de tiempo por reintento: faltas a consulta, método intento índice (intoxicación medicamentosa), diferencia fecha intento índice menos IS previa (menor de 180 días), siendo estadísticamente significativo ($\chi^2 = 18,208$; $p < 0,001$). De forma destacada, entre los predictores de tiempo por reintento se excluye el impulso suicida (ítem 9 de la escala BDI).

Se muestran las *curvas de supervivencia* de los pacientes que realizan una RIS durante el seguimiento en el PII. En la gráfica resulta evidente lo referenciado previamente con relación a la acumulación de los reintentos en el periodo de los 180 días, dentro de los cuales el porcentaje es mayor en el periodo de los primeros 90 días. El valor de la mediana en la curva de supervivencia se localiza en los 193 días, reduciéndose dicho valor en el grupo de los reintentos en 85 días (*Figura 24*).

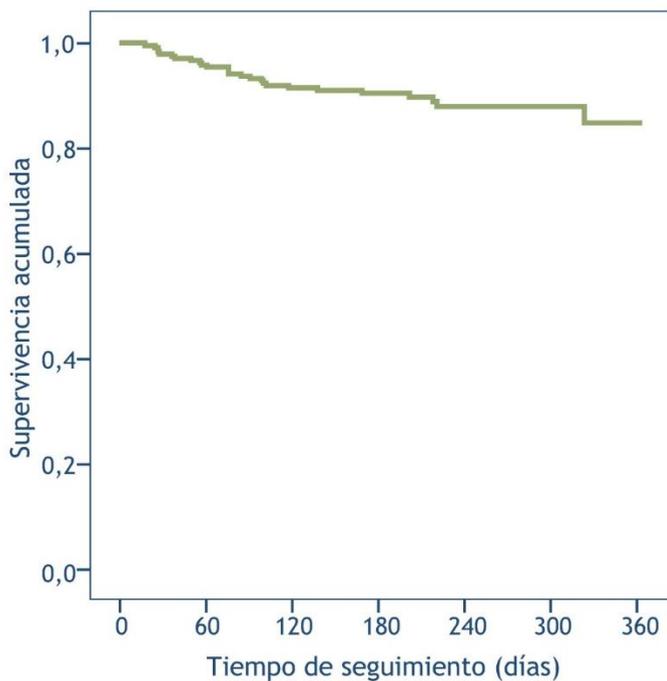


Figura 24. Curva de supervivencia de repetición de intento de suicidio durante el seguimiento en el PII

- A) los reintentos en función de la historia de intentos previos, se registra un incremento de reintentos en el grupo de pacientes con historia de intentos previos, resultando esta diferencia palpable tras el transcurso de los primeros 90 días, sin evidenciar esta diferencia en etapas iniciales ($\log\text{-rank } \chi^2 = 1,079; p = 0,299$) (Figura 25).

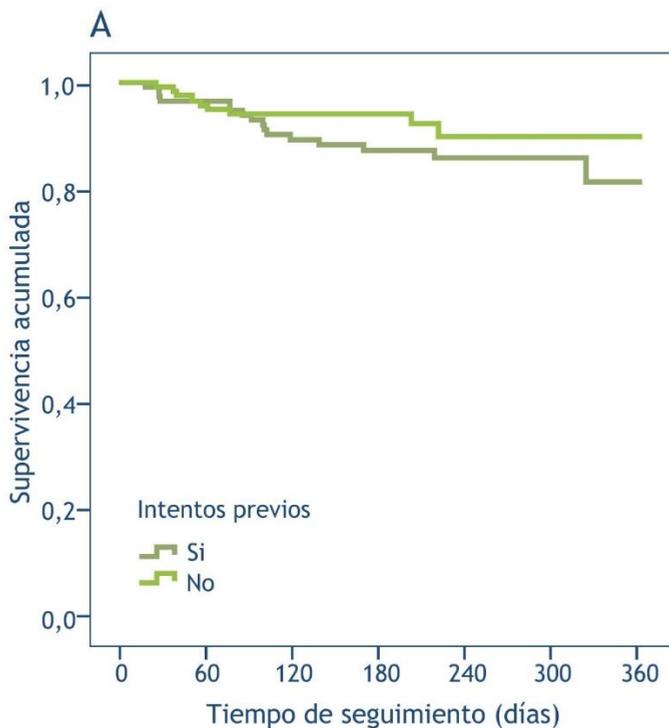


Figura 25. Curvas de supervivencia de repetición de intento de suicidio en función de los intentos previos

B) Con relación al método empleado, la intoxicación medicamentosa representa el método de elección con respecto a los otros métodos. Esta diferencia es evidente en la fase inicial del estudio, incrementándose la diferencia con el paso del tiempo y siendo estos resultados estadísticamente significativos ($\log\text{-rank } \chi^2 = 5,176; p = 0,023$) (Figura 26).

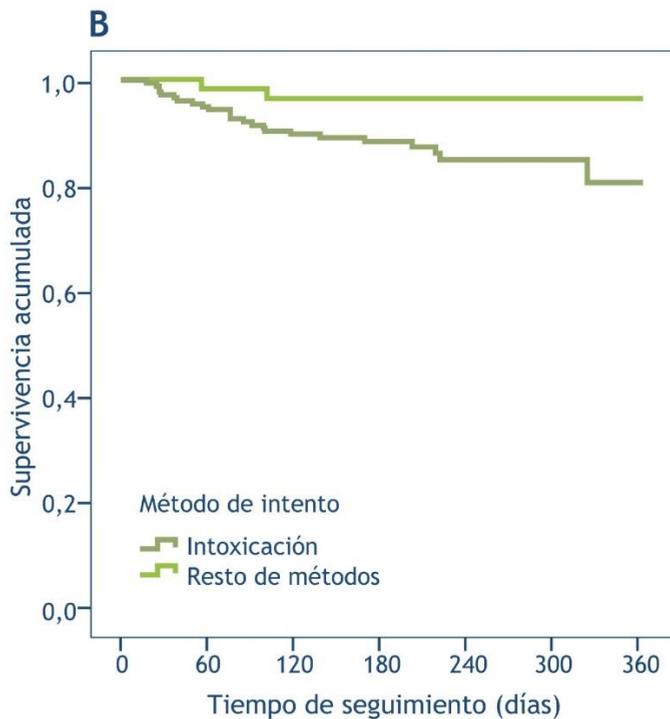


Figura 26. Curvas de supervivencia de repetición de intento de suicidio en función del método de intento



6 DISCUSIÓN

En el estudio se observa que el porcentaje de RIS durante el PII se sitúa en torno al 10%, porcentaje similar al obtenido en publicaciones de otros autores^{127,128}. Dicha cifra se diferencia de los registros de reintentos en ausencia de una intervención específica, en la que se estima que la incidencia se mantiene en torno al 16% en el primer año, con un incremento proporcional que se relaciona de forma exponencial con el número de intentos previos, llegando a ascender hasta el 30%^{103,129}.

Analizando el registro de reintentos durante el periodo de los 12 meses del programa, se observa que el 76% se producen en los primeros 180 días, dentro de los cuales, más de dos tercios se localizan en los primeros 90 días tras el intento índice. Estos datos concuerdan con otros estudios en los que se sitúa la fecha media de los reintentos en torno a los 73,5 días tras el intento índice, por ello la importancia de la intervención en fases iniciales¹³⁰.

En relación con el **objetivo del estudio**, debe destacarse que los principales factores que parecen relacionarse con la RIS son el método en el intento índice, los días transcurridos desde el IS previo al intento índice, las faltas a consulta y el impulso suicida (ítem 9 de la escala BDI).

Los métodos empleados en el IS han demostrado tener un importante valor predictivo. En el presente estudio el método más utilizado en la muestra para el intento índice fue la intoxicación medicamentosa, con un incremento de hasta el 96% en los que presentan RIS, y conforme a los resultados de los estudios publicados que consideran este el método más utilizado, con una diferencia destacada respecto de otros métodos y una asociación significativa a los intentos en el sexo femenino, que es el predominante en la muestra del estudio.

Estableciendo una comparativa entre publicaciones nacionales e internacionales, se obtiene que los rangos presentan fluctuaciones de valores comprendidas entre el 75% y el 95%. No se han encontrado diferencias relevantes respecto a la sospecha de que en España la facilidad de acceso a los psicofármacos pudiera incrementar las cifras de los intentos por intoxicación medicamentosa^{131,127}. Las diferencias se registran en cuanto a la medicación empleada en la intoxicación, observando como ejemplo el Reino Unido, en el que predomina la ingesta del paracetamol, y las benzodiazepinas ocupan únicamente el 14% de los intentos autolíticos, cifras divergentes a las registradas en España¹³⁰.

La evidencia científica determina que la forma más adecuada de reducir la incidencia de un método es la restricción en el acceso a él¹¹⁹. Actualmente disponemos de la receta electrónica, sistema de dispensación de fármacos que se ha desarrollado con el objetivo de un control del gasto sanitario en las prescripciones farmacológicas. Este sistema de dispensación presenta ventajas en cuanto al seguimiento del paciente y el uso racional del medicamento prescrito, por lo que evita la acumulación de medicación por parte del paciente. Por ello, podría contribuir en la estrategia de prevención en relación con la restricción y control de la dispensación de fármacos. Lamentablemente no se han percibido grandes cambios a nivel clínico. Se tiene que seguir trabajando en busca de establecer algún sistema que imponga una mayor restricción al acceso de los fármacos, principalmente de los psicofármacos, ya que los porcentajes de reintentos con empleo de dicho método persisten en niveles elevados.

El método utilizado en el intento índice se tiende a mantener en el reintento en un porcentaje elevado de casos, siendo esta asociación mayor (en torno al 83%) cuando se emplean métodos de baja letalidad¹¹⁰. Dicha cifra se aproxima al registro de reintentos por intoxicación medicamentosa del presente estudio.

El predominio de la intoxicación medicamentosa puede llevar al planteamiento de que partimos de una muestra en la que prevalecen los gestos autolíticos e intentos con fines secundarios más que intentos con una intención real de muerte. La preservación del método en el

reintento, esto es, el mantenimiento de un método de baja letalidad conocido por el paciente y que ha fracasado en el intento previo, respalda aún más lo expuesto previamente.

La elevada prevalencia de reintento y el periodo corto de tiempo respecto al intento índice en pacientes con empleo de métodos de baja letalidad podría relacionarse con la pérdida de miedo o respeto a dicho método. Su utilización previa aporta al paciente experiencia, conocimiento y la conciencia de ser un método reversible. Por ello, representa el método de elección en los momentos de elevada inestabilidad psicopatológica, donde se incrementan la desesperanza y la impulsividad, pasando al acto sin necesidad de una reflexión profunda o temor a las consecuencias. Desde un punto de vista conductual, se podría considerar el acto como un refuerzo positivo para el paciente, en el que ejecuta el pensamiento, sin esfuerzo en el control de las emociones, ni suponerle repercusiones secundarias relevantes tras el mismo, independientemente de la intencionalidad suicida del paciente, por lo que este tipo de tentativas previas incrementan la probabilidad posterior de repetirse.

El empleo de métodos de alta letalidad implica en la mayor parte de los casos la existencia de un periodo previo de reflexión. El paciente es consciente de la irreversibilidad del acto, por lo que se hace necesario y determinante un análisis más profundo y posicionar a los factores de protección, como podrían ser los seres queridos, en un papel más destacado. Estos aspectos determinan su carácter menos impulsivo, generando en el paciente cierto respeto y temor al método.

Con esto no se quiere decir que haya que relajarse en el seguimiento de los pacientes que emplean la intoxicación medicamentosa en ningún caso, sino que se insiste en la existencia de un elevado riesgo de reintento, evidenciado en el presente estudio en base a los datos reflejados en la regresión logística, donde se deja constancia del incremento del riesgo 6 veces, así como en muchos otros artículos consultados; siendo dicho riesgo mayor en los periodos iniciales tras el intento índice, de aquí la importancia de una intervención precoz asociada a un seguimiento estrecho.

El riesgo se incrementa en relación con la probabilidad de realizar un cambio en el método por parte del paciente, pasando al empleo de otro de alta letalidad¹³⁰, o simplemente incrementando el riesgo de una intoxicación medicamentosa. En este punto sería oportuno realizar una aclaración respecto a la intoxicación medicamentosa como método de baja letalidad. Es conveniente destacar el incremento en el riesgo que se puede presentar en relación con la cantidad de medicación ingerida y/o la molécula del fármaco empleado. El establecimiento de un criterio de uniformidad en cuanto al riesgo del método empleado es una tarea compleja y desde luego una puerta abierta que invita al debate.

Teniendo en cuenta lo previamente referido y con el fin de reconocer la importancia de considerar el riesgo, se pone énfasis en que en un 76% de los suicidios consumados se registró un intento previo con método de baja letalidad, dato que pone en evidencia el perfil de riesgo de este grupo de pacientes¹¹⁰.

Una variable de alto interés y relacionada con el intento previo es el *tiempo transcurrido desde el último intento*. Durante los primeros 180 días e incluso durante el primer año después del IS, el riesgo aumenta considerablemente¹². En el presente estudio, la tasa de RIS fue mayor en los pacientes con historia de intento previo en los últimos 180 días, con un riesgo cuatro veces mayor y un descenso gradual con el paso del tiempo. Por dicha razón, se reafirma nuevamente la importancia de una intervención precoz asociada a un seguimiento estrecho como pilar fundamental en la mayor parte de los programas de prevención que se ponen en marcha, considerando los primeros 6 meses como el intervalo temporal crítico.

La importancia de la *adherencia al tratamiento* constituye uno de los pilares fundamentales en la estrategia de prevención, por lo que ocupa uno de los principales objetivos en los programas de intervención.

En el análisis de registros llevado a cabo en el estudio, se ha observado la relación existente entre los pacientes con faltas a consulta durante el programa y un incremento del riesgo de reintentos. En el grupo de pacientes con RIS, un 60% no realiza un adecuado

seguimiento de las consultas establecidas en el programa, duplicando de esta forma al grupo de pacientes que no presentan RIS. En el análisis multivariante, la falta a consulta conlleva un incremento del riesgo de RIS tres veces mayor, existiendo un repunte del riesgo en las fases iniciales tras el intento.

Estos datos respaldan la importancia de una adherencia total y completa al tratamiento para poder obtener el máximo rendimiento del programa en la prevención y reducir al mínimo el riesgo de reintento. Es importante reseñar que este dato no permite confirmar o demostrar la eficacia del programa en la prevención del reintento, siendo necesario un grupo de control para demostrar dicha hipótesis.

En base a los datos de nuestro estudio, el *impulso suicida* (ítem 9 del BDI) representa una variable de riesgo de RIS. Determina un incremento del riesgo 5 veces mayor y la persistencia de la misma a lo largo del tiempo. Esta información presenta un elevado valor en el control y detección de los pacientes de riesgo. Conlleva mantener un estado de alerta en función de los valores del impulso suicida, pudiendo modificarse la intensidad o nivel de la intervención en el paciente en cualquier momento por el incremento en dicha puntuación. El impulso suicida presenta un nivel de riesgo independiente del tiempo transcurrido, esto lo diferencia de otras variables de riesgo como se evidencia en los resultados volcados en la regresión de Cox.

Respecto a la menor puntuación a los 6 y 12 meses, esta es reflejo de la reducción del impulso suicida y, por tanto, de la mejoría clínica que se produce en el paciente durante la intervención. Desde los 6 a los 12 meses, en los cuales el paciente ya lleva 6 meses de alta y sin intervención en la unidad, sigue persistiendo la mejoría. Evidencia de ello es el aumento del grupo de pacientes sin pensamientos de hacerse daño en detrimento de los que tienen pensamientos o ideación autolítica. Estos datos nos podrían llevar a concluir que existe una preservación del efecto a lo largo del tiempo, pero coincidiendo con los datos publicados, la evidencia demuestra que el efecto preventivo se mantiene los primeros 12 meses¹³². No existe evidencia clara y es difícil demostrar una mayor preservación

en el tiempo. Siendo optimistas y sabiendo que los mayores beneficiados de la intervención son los pacientes sin historia de intentos previos¹³³, se podría sospechar que la preservación en el tiempo pudiera ser mayor para dicho grupo en contraste con los que tengan historia de intentos previos.

6.1 MUESTRA DE ESTUDIO

En relación con los datos referentes a las *variables sociodemográficas de la muestra del estudio*, la *edad media* de los pacientes se sitúa en 41,5 años, cifra ligeramente superior a la media de lo observado en otros estudios, recordando el predominio de los intentos en el adulto joven^{130,134}. La muestra de estudio procede de la provincia de Ourense, con una población de las más envejecidas de España, por lo que no sorprende el incremento de la media de edad de los IS.

En cuanto al **sexo**, hay un predominio de mujeres en la muestra, siendo semejante a la proporción que se presenta en otros estudios¹³⁴. Esta relación se debe al incremento en la tendencia al intento autolítico en el sexo femenino^{17,135}.

Respecto al *estado civil*, en la muestra hay un predominio de los casados, seguidos de los solteros, dato llamativo si recordamos que el matrimonio y el núcleo familiar son considerados como factores de protección. Comparando los datos con otros estudios, aunque no se observa un patrón fijo, en una mayoría destaca la superioridad en el grupo de los solteros y divorciados¹³⁶. La muestra de estudio está formada en su mayoría por mujeres y, como se indica en la introducción, es el hombre el que presenta más problemas con la soledad y el reinicio del ritmo de vida. Estos datos pudieran justificar el predominio de los casados en la muestra, ya que en la mujer podría no tener un efecto tan importante como factor de protección.

En cuanto al *estado laboral*, según los datos obtenidos en la muestra, la situación en ILT y en Activo son los estados predominantes, llegando a igualarse las cifras. A continuación están aquellos en situación de desempleo. Realizando una comparativa con

otros estudios, surgen dos puntos dignos de análisis. En primer lugar, destaca el elevado número de pacientes en situación de ILT, siendo el grupo mayoritario en el estudio. El elevado margen de diferencia en los registros en relación con otros estudios nos plantea el análisis de la situación en busca de una posible explicación, en la que estaría probablemente implicado el modelo de funcionamiento del sistema sanitario del país y el componente cultural y económico de la población de estudio. El siguiente punto destacado a analizar es el porcentaje de pacientes en situación de desempleo, que se asemeja a los registros de otros estudios. Dato llamativo e inesperado, ya que la muestra se extrae de una provincia donde existe una alta tasa de desempleo dentro de un país que registra una de las tasas más elevadas de desempleo a nivel de la Unión Europea, según el Ministerio de Trabajo y Economía Social.

Analizando *la procedencia de la muestra*, se observa que en su mayoría está integrada por pacientes derivados del servicio de Urgencias, con un grupo más reducido que se incorporan remitidos desde otros dispositivos de la Unidad de Salud Mental (Interconsultas Hospitalarias, Unidad de Agudos y Consultas de Salud Mental). Resulta primordial tener en cuenta que un importante grupo de pacientes, tras un episodio de IS, no llega al servicio de Urgencias, y la dificultad que representa poder ser captados por otros dispositivos para ser intervenidos¹³⁰.

Los intentos registrados en el hospital que conforman las muestras de los estudios representan aproximadamente una tercera parte del total de los intentos que se producen¹³⁷. Esto conlleva tener pacientes de alto riesgo sin ningún tipo de intervención profesional. Reflejo de ello es la escasa aportación de pacientes por parte de los Centros de Atención Primaria (7,5%), siendo un colectivo que ocupa un papel destacado en la detección de los factores de riesgo de intento de suicidio, principalmente por su contacto prolongado y estrecho con la comunidad y en parte por la buena aceptación que presentan en la población, lo que los lleva a mantener una relación de confianza con sus pacientes. Se realizaron presentaciones en todos los centros de Atención Primaria del área con el apoyo de los profesionales del programa, con el fin de informar y solicitar su colaboración en la

detección y derivación de pacientes que cumplan los criterios oportunos.

Por ello, se pone de manifiesto la evidente complejidad que guarda en sí cada IS, que se acentúa aún más en pacientes que presentan dificultad en reconocer y dar el paso para solicitar la ayuda necesaria.

Se obtiene como resultado del análisis de la muestra un registro de dos casos de *suicidio consumado*. Se observa en uno de los casos un cambio en el método tras el intento índice, pasando de un método de baja letalidad (intoxicación medicamentosa) a otro de alta letalidad (precipitación); en el otro caso se desconoce el método del suicidio consumado.

Estos datos son ligeramente inferiores a lo esperado según los datos reflejados en la bibliografía, la cual se muestra a favor de la eficacia del programa de intervención en el cumplimiento de su objetivo de prevención. Dicho lo anterior, sería oportuno recordar la presencia de ciertos factores que pudieran contribuir a esta baja tasa de suicidios. Inicialmente, las características que conforman la muestra de estudio exhiben un predominio de mujeres, siendo la edad media adultos jóvenes y un empleo mayoritario de métodos de baja letalidad. Estas características son las destacadas en los pacientes con intentos autolíticos, pero no en los suicidios consumados. Por otro lado, los suicidios consumados, a diferencia de los intentos, se realizan más distanciados en el tiempo desde el intento índice. En nuestro estudio solo se registran los 12 meses de seguimiento, por lo que podría haber un repunte de casos de suicidios consumados pasada esa fecha sin ser registrados.

Respecto a *las variables clínicas de la muestra de estudio*, existe un porcentaje elevado de intentos de *gravedad leve*, lo que implica un predominio de gestos autolíticos.

La *historia previa de IS* es señalada como uno de los factores de riesgo más predictivos de futuros comportamientos suicidas^{109,138}. Hasta dos terceras partes de los individuos que realizan un IS tienen historia de intento previa¹¹⁰. En nuestro estudio, el 50% de la muestra

tiene historia de intento previa, similar a lo reflejado en otros estudios, aunque ligeramente inferior en la mayor parte de los casos¹³⁰.

Esta ligera reducción en el porcentaje pudiera estar en relación con que en muchos casos, tras la realización de un intento, durante la valoración los pacientes niegan los episodios de intentos autolíticos previos¹²⁹. En otros casos no se recuerda el episodio sobre la existencia, en gran parte, de intoxicación medicamentosa o ingesta de alcohol¹³⁹. Este porcentaje se acentúa aún más en la gente joven, solo el 11,2% reconocen el intento, tras haber realizado un intento en los 6 meses previos¹⁴⁰.

El papel de las *enfermedades mentales* como factor de riesgo de peso en el intento autolítico es bien conocido, como se detalla más profundamente en la sección de introducción de los factores de riesgo. Existen múltiples estudios que evidencian el papel de la enfermedad mental y aún más del trastorno depresivo. Según la bibliografía, se presenta enfermedad mental en el 80% de los intentos autolíticos que llegan al hospital¹⁴¹.

En la muestra del estudio, el trastorno adaptativo- reacción depresiva prolongada es el más prevalente, seguido del trastorno afectivo no reactivo. En este apartado, se exponen, a modo de posible justificación de la elevada prevalencia del diagnóstico del trastorno adaptativo- reacción depresiva prolongada, los artículos que reseñan los factores estresantes y las circunstancias vitales amenazantes (problemas interpersonales, financieros, enfermedades físicas, etc.) como factores de alta presencia en los intentos autolíticos. Destacan en ellos los conflictos interpersonales (familia, pareja, amigos, etc.), que son el mayor incidente que preside el intento autolítico y además están presentes en el 50% de los comportamientos suicidas. El alto riesgo se remarca de forma más evidente en el grupo del sexo femenino, grupo que predomina en la muestra¹³⁴.

A modo de conclusión, en una muestra con predominio de mujeres, en la que la mayoría de los intentos son de gravedad leve, y considerando la importancia de los factores estresantes y los percances vitales, los cuales preceden a la mayor parte de los intentos autolíticos, esto podría llevar al clínico a decantarse por el diagnóstico del

trastorno adaptativo- reacción depresiva prolongada en una proporción importante de casos de intentos autolíticos.

En cuanto al diagnóstico del trastorno de la personalidad, la muestra del estudio presenta un porcentaje bajo en relación con las revisiones bibliográficas que lo coloca en torno al 27,5% de los adultos que acuden a urgencias por intentos autolíticos¹⁴¹. Representa un diagnóstico con clara asociación a los intentos y con un riesgo bien documentado. Entre las posibles causas de justificación, destaca el papel de las comorbilidades asociadas al diagnóstico; ejemplo de ello es el diagnóstico de síndrome de dependencia, que supone un criterio de exclusión del programa de intervención y por tanto la pérdida de un grupo de pacientes con predominio de dicho diagnóstico. También es frecuente su asociación a otras enfermedades mentales, como el trastorno afectivo no reactivo, que genera un aumento importante del riesgo. Finalmente, un amplio porcentaje queda integrado dentro del diagnóstico de trastorno adaptativo- reacción depresiva prolongada. Respecto a lo expuesto con anterioridad, el paciente con trastorno de la personalidad presenta una mala gestión de los problemas de su entorno, ya sean los factores estresantes, circunstancias vitales y principalmente los conflictos interpersonales.

6.2 MUESTRA DE REINTENTOS

En cuanto al análisis de los datos obtenidos en el grupo de pacientes que realizan una RIS, se observa un registro con valores similares en lo referente a las *variables sociodemográficas* entre este grupo y el del intento índice. En oposición a las expectativas y a diferencia de lo observado en estudios previos, no se ha encontrado asociación estadística entre los reintentos y las variables sociodemográficas^{12,103}.

Cabe señalar que casi la totalidad de las RIS son mujeres, dato esperable acorde con la mayor casuística del sexo femenino en la muestra y la tendencia al reintento en la mujer. También hay que puntualizar el predominio aún mayor, si cabe, del *estado civil* casado en el grupo de los reintentos, por lo que mantendremos lo comentado

previamente respecto al escaso peso como factor de protección en la mujer y el incremento de mujeres en el grupo de los reintentos como una posible explicación al incremento.

Respecto al *estado laboral*, llama la atención el aumento en el grupo de los pacientes en situación de ILT, con un incremento del 10% y en detrimento del grupo de los parados. Esto nos puede llevar a realizar varias lecturas, podría haber un problema en el entorno laboral de los que reintentan, por lo que se podría buscar mantener la situación de interrupción laboral; y en cuanto a la reducción del grupo de los parados, nos puede llevar a plantear que hay pacientes para los que esta situación no les supone un incremento de los niveles de ansiedad.

La *historia familiar de intentos de suicidio como suicidios consumados* representa un factor de elevado riesgo, pues hay una gran evidencia científica en su asociación y su presencia supone un riesgo elevado desde la infancia, riesgo que se mantiene hasta la tercera edad²⁰. En el análisis de los datos del estudio, el porcentaje de pacientes de la muestra con antecedentes familiares de suicidio consumado representaron el 9%. Este porcentaje fue mayor en los que reintentan, aunque sin obtener significación estadística. Esto podría estar en relación con el registro único de los suicidios consumados. La complementación del registro con la inclusión de los antecedentes familiares de intentos de suicidio supondría un incremento en el porcentaje de afectados en la muestra y, por consiguiente, la obtención de datos con mayor relevancia en su contribución en las estrategias de prevención.

La presencia de las *enfermedades mentales* en el grupo de los reintentos presenta un papel destacado. En este caso habría que enfatizar la importancia de su asociación al trastorno afectivo, bien evidenciado en multitud de publicaciones tanto nacionales como internacionales. Como se comentó con anterioridad, en la muestra del presente estudio, el trastorno adaptativo-reacción depresiva prolongada es el diagnóstico más prevalente, aunque se produce una variación en el registro de los pacientes que repiten el intento autolítico. Se observa un incremento del trastorno afectivo no reactivo

en detrimento del trastorno adaptativo-reacción depresiva prolongada, dejando claro que a una mayor sintomatología depresiva le corresponde un mayor riesgo de RIS, tal como refleja la bibliografía. Estos datos concuerdan con los que refleja el Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Barcelona, donde el trastorno afectivo no reactivo representa el 48% de la muestra^{127,11,142}.

Esta elevada asociación del trastorno afectivo y los intentos autolíticos ha llevado a proponer la detección y el tratamiento efectivo de la depresión como la piedra angular en la estrategia de prevención¹⁴⁰. En este punto destaca la importancia de la función del MAP, ya que una proporción importante de pacientes con depresión acuden a dicha consulta refiriendo quejas somáticas, bien por la comorbilidad con procesos orgánicos o bien por los síntomas físicos que se asocian al proceso depresivo. Por tanto, un amplio reconocimiento y tratamiento, asociado a una evaluación del riesgo suicida por parte del personal de Atención Primaria, representa un punto clave y eficaz en la reducción del riesgo de suicidio. La alta prevalencia de consultas por depresión en AP, de las cuales una importante proporción se encuentra infradiagnosticada y, por consiguiente, sin tratamiento⁹⁸.

El análisis en cuanto al diagnóstico del trastorno de la personalidad evidencia una asociación con los pacientes repetidores del intento autolítico, siendo dicha asociación más evidente en el trastorno límite de la personalidad y preferentemente en la población joven¹⁴⁰.

En el presente estudio, los datos analizados no evidencian un incremento en el diagnóstico del trastorno de la personalidad en el grupo de los reintentos, en contraposición a lo esperado o basándonos en los resultados de los estudios que evidencian un incremento del diagnóstico en los pacientes que repiten el intento, llegando incluso a duplicar el porcentaje¹⁰⁴. La justificación podría estar en relación con la presencia de una patología mental del eje I asociado, ya que la comorbilidad entre el trastorno de la personalidad y la enfermedad mental en los pacientes con intento autolítico se estima en torno al 39-44%¹⁴¹. La asociación más frecuente se establece con el trastorno

adaptativo, siendo una de las características de los trastornos de la personalidad, y preferentemente de los trastornos límites, la mala gestión de los problemas que surgen dentro de su entorno, como se expuso con anterioridad de forma más detallada. Esto podría llevar al clínico a decantarse por dicho diagnóstico en la valoración, originando que una proporción importante de pacientes con trastorno de la personalidad estén incluidos dentro del diagnóstico del trastorno adaptativo-reacción depresiva prolongada.

Niveles elevados de depresión y desesperanza se asocian a la RIS. La desesperanza se considera el factor psicológico más influyente en relación con el riesgo de IS, el 91% de los pacientes que realizan IS expresan desesperanza en la *escala de Beck*¹¹. La puntuación media de la muestra en las escalas de Beck (BDI y BDE) registra un descenso progresivo y destacable en los valores a los 6 y 12 meses en comparación con el realizado inicialmente, momento en que se incorpora el paciente al programa. La reducción en los valores es concordante y similar a otros estudios, los cuales emplean intervenciones de terapia cognitiva semejantes al nuestro, dejando evidencia de su utilidad en la prevención¹⁴³.

Obtenemos una mayor puntuación en las escalas de Beck (BDI y BDE) en los pacientes que realizan un nuevo IS durante el programa en comparación con los que no lo realizan, coincidiendo con los registros de otras publicaciones en las que se vio una mayor puntuación en los pacientes con múltiples intentos, comparados con los que realizan un solo intento¹⁰⁹.

Las escalas de Beck tienen excelentes propiedades psicométricas, por lo que pueden ser consideradas una herramienta útil para valorar los niveles de depresión y desesperanza⁸⁵. El descenso en la puntuación de los test a los 6 meses podría ser reflejo de la utilidad de la intervención que se realiza en el PII, tal y como recogen otras publicaciones, en las que se demuestra una reducción de los niveles de depresión y desesperanza significativamente mayor con la intervención especializada que con la estándar¹⁴⁴. Se observa un incremento de la puntuación a los 12 meses en los pacientes que presentan una RIS respecto a los que no lo reintentan. Una RIS

implica una nueva elevación de los niveles de depresión y desesperanza, reflejada en el incremento de la puntuación de las escalas, lo cual puede generar el planteamiento de la necesidad de reiniciar la intervención en dichos pacientes. En cuanto a los pacientes que no presentan RIS, el descenso acusado de la puntuación no persiste después de los 6 meses. Esta desaceleración está en relación con la entrada en fase de meseta, en la que los valores están próximos a los de la normalidad.

6.3 MUESTRA DE ABANDONOS

Manteniendo la importancia de la adherencia al programa, se detecta un porcentaje de abandonos del 22% a lo largo de él, cifra destacada si se compara con los resultados obtenidos en otros estudios. En líneas generales, se pone de manifiesto la escasa adherencia al tratamiento en este perfil de pacientes, lo que puede estar en relación con la falta de consciencia de la enfermedad, similar a otras enfermedades mentales, lo que lleva asociado un porcentaje elevado de abandonos durante el seguimiento en los diferentes programas de intervención^{132,145}. Los estudios desarrollados en los programas puestos en marcha en Japón registran tasas de abandono en torno al 2%¹³³, pero hay que considerar el componente cultural de la muestra en cuanto al papel que representa el compromiso y disciplina de la población de estudio. Si realizamos la comparación con el programa puesto en marcha en Barcelona, el porcentaje de abandonos se presenta en torno al 10%, más próximo a los valores de nuestro estudio.

Centrados en la búsqueda de medidas que nos permitan conseguir una reducción en el porcentaje de abandonos, se analizan las diferentes estrategias de intervención puestas en marcha hasta el momento con el fin de obtener alguna medida eficaz. Se puede deducir que la intervención por teléfono sería un método eficaz en la reducción de los porcentajes de abandono, ya que supone un medio de contacto cómodo y no supondría la movilidad del paciente, pero estudios realizados en España registran porcentajes de falta de

respuesta a las llamadas en torno al 39%¹²⁸, por lo que la solución no parece que pudiera ir por ese camino.

Otras líneas de actuación contempladas se dirigen a la posibilidad de atención y seguimiento del paciente en su domicilio, a través de visitas con el desplazamiento del equipo y consensuadas con el paciente, con el fin de conseguir la mejora en la adherencia¹³⁰.

Respecto a las *variables sociodemográficas y clínicas* del grupo de pacientes que abandonan el programa, no se observan grandes diferencias respecto a la muestra inicial. El dato destacado en este grupo es el aumento del diagnóstico de trastorno de la personalidad, en detrimento del trastorno afectivo no reactivo (lo que conlleva a una disminución de la sintomatología afectiva), así como un incremento de intentos en los que la gravedad es leve. Esto podría desembocar en que en este grupo habría un mayor dominio de intentos leves o gestos que de intentos con fines de llegar al suicidio consumado. Por ende, se puede considerar a los abandonos como pacientes menos graves y con un menor riesgo de suicidio consumado en comparación con los pacientes que no abandonan.

Otro dato característico es el número de pacientes que reintentan en dicho grupo, siendo 2 en el periodo de seguimiento antes del abandono y otros 5 sujetos que realizan un reintento tras el abandono del programa, según los registros en el servicio de Urgencias en el periodo de los 12 meses de seguimiento. Es probable pensar que esta cifra está infravalorada y alejada de la realidad debido a que únicamente representan los registros que se realizan en las Urgencias Hospitalarias de Ourense. La sospecha del elevado número de reintentos en este grupo de pacientes se puede fundamentar en la importante asociación que existe entre el diagnóstico de trastorno de la personalidad (diagnóstico que aumenta en este grupo) y los pacientes repetidores de intentos autolíticos¹⁰⁴.

En resumen, realizando un análisis de los comentarios previos, y basándonos en los resultados del estudio, se podría considerar la existencia de una posible asociación entre el diagnóstico del trastorno de la personalidad, la repetición del intento autolítico y los abandonos del programa.



7 LIMITACIONES

El estudio presenta algunas limitaciones. Por un lado, el carácter retrospectivo del estudio facilita la aparición de sesgos debido a la dificultad en la recogida y calidad de la información. Por otro lado, el elevado porcentaje de abandonos podría desencadenar la aparición de sesgos. Las RIS tras el abandono del estudio durante el periodo de seguimiento se obtiene según los registros del EOXI, pero podría ser que no hayan pasado por el servicio de Urgencias del EOXI, lo cual nos llevaría a carecer del registro completo y fiable de los pacientes que realizasen reintentos. Por otro lado están los abandonos, 70 pacientes de la muestra abandonan el programa a lo largo de los 12 meses de seguimiento, de los cuales 5 realizan una RIS tras el abandono durante ese periodo según los registros del EOXI. Es importante considerar el porcentaje de pacientes que pudieron no haber pasado por el servicio de Urgencias al presentar una RIS, lo cual nos llevaría a carecer del registro completo de los pacientes que reintentan tras el abandono del programa. La falta de homogeneidad de la intervención médica tras el intento índice es otra limitación. Las intervenciones variaron según la gravedad del IS, y podían ir desde una entrevista psiquiátrica y derivación al PII hasta un ingreso hospitalario en la Unidad Psiquiátrica de Agudos. El protocolo de intervención tiende a evitar el ingreso y promueve la derivación a la unidad del PII, ya que los recursos son limitados, y en caso de ingreso son de corta duración, por lo que se mantiene una relativa homogeneidad de las intervenciones. Por otra parte, existen una serie de sujetos que han podido realizar un IS sin haber sido atendidos y registrados por el servicio de Urgencias del EOXI ya sea porque son valorados por centros sanitarios privados o simplemente porque no acuden a ningún centro sanitario. Se incide en la complejidad del tema y en la existencia de casos en los que se puede llegar a negar el intento por parte del paciente.

El diagnóstico del trastorno mental se realiza con la entrevista clínica por parte del profesional sanitario, sin el empleo de una entrevista estructurada y estandarizada. Esto nos podría llevar a un sesgo en el diagnóstico, aunque debe reseñarse que los resultados de nuestro estudio se asemejan a los encontrados en otras publicaciones.

Los criterios de exclusión del programa limitan la incorporación de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Dependencia, lo que conlleva la obtención de una muestra específica y no tan representativa de la población, tal y como sería deseable. Se recuerda la elevada prevalencia de comorbilidad en la enfermedad mental, en la que se incluye el consumo de tóxicos.

En relación con el método, siendo la intoxicación medicamentosa el método más empleado en el estudio, su registro en el programa la agrupa en una sola variable sin más información al respecto, por lo que podría suponer una limitación en cuanto al desconocimiento real de riesgo del método. Según lo previamente expuesto en la sección de discusión, el riesgo de la intoxicación medicamentosa varía respecto a la cuantía y el tipo de medicación ingerida, por lo que sería recomendable realizar un registro completo de estos datos en el intento y la subdivisión de la variable según las características del método. En el presente estudio se podrían considerar los episodios de intoxicaciones medicamentosas de baja letalidad, estando en relación con el bajo porcentaje de suicidios consumados que se notifica en el análisis de los resultados.

La muestra presenta riqueza en cuanto a la representatividad del programa y área de estudio, pero el tamaño muestral y la potencia estadística podrían conllevar la falta en la detección de ciertos factores de riesgo en relación con la baja fuerza de asociación.

Por último, convendría reseñar que la muestra es específica y no se puede considerar totalmente representativa de los casos que realizan tentativa de suicidio. Dicha limitación se relaciona con la dispersión geográfica del área sanitaria a estudio. La USM donde se desarrolla el PII está ubicada en Ourense ciudad, esto implica la necesidad de desplazamiento para los pacientes que viven en zonas periféricas. El seguimiento del programa puede implicar una dificultad económica,

de gestión de horarios o transporte, poco asumibles para algunos pacientes, que optarían por realizar un seguimiento en el hospital comarcal (Verín y O Barco de Valdeorras) con su psiquiatra de referencia.





8 CONCLUSIONES

En el momento actual se carece de test psicológicos, técnicas clínicas o marcadores biológicos con la sensibilidad y especificidad suficiente para predecir una RIS¹². El valor de los hallazgos del estudio representa una herramienta fundamental en el proceso de valoración del riesgo de reintento y, por tanto, de alto valor en las estrategias encaminadas a la prevención.

Se enumeran las variables clínicas de riesgo:

- **Intoxicación medicamentosa:** Los psicofármacos son necesarios para el tratamiento psicopatológico, por lo cual deben prescribirse según la clínica de cada paciente. No obstante, no se debe olvidar ni infravalorar el alto riesgo de su mala utilización, constatado ya en el intento índice, lo que obliga a un seguimiento más estrecho del paciente, preferentemente al inicio.
- **Faltas de consulta:** La importancia en la adherencia al tratamiento queda en evidencia con las faltas de consulta como variable de riesgo de reintento, siendo el riesgo mayor en los primeros meses tras la conducta autolítica. Esto nos lleva a continuar trabajando en la búsqueda de estrategias eficientes que permitan mejorar la adherencia al tratamiento de forma más asertiva, fundamentalmente en el periodo inicial del seguimiento.
- **Periodo temporal de riesgo:** Es de suma importancia el reconocimiento de los pacientes con historia de IS previo por la necesidad de un seguimiento más estrecho durante los primeros 180 días, evitando así una baja adherencia a la consulta. Por ello, se debe insistir en la necesidad de una recogida de la información lo más exhaustiva posible y en la creación de un sistema de advertencia informático que alerte

- al clínico del paciente con historia de intento previo, especialmente en el periodo señalado.
- Valores del impulso suicida: Hay que tener en consideración el valor del impulso suicida (ítem 9 BDI) en el paciente de riesgo por su asociación, como factor de riesgo, al reintento. Sería recomendable un aumento en la vigilancia o la intensificación de la intervención en el momento en el que se registre un incremento en la puntuación.
 - Puntuación en la escala de Beck (BDI y BDE): Se recomienda tener en consideración los valores de las puntuaciones en las escalas de Beck como marcadores de riesgo. Existe una asociación entre los niveles de depresión y desesperanza con el incremento del riesgo de reintento.

Investigar la presencia de dichas variables clínicas de riesgo supone una herramienta de trabajo de gran utilidad para el clínico, ya que permite estimar el nivel de riesgo del paciente y realizar, por lo tanto, una intervención más individualizada y acertada.

Siempre se debe tener en cuenta que los datos referenciados orientan a que todo paciente que haya efectuado un IS debe llevar un seguimiento más estrecho durante los primeros 180 días tras el intento. Se recomienda la aplicación de diferentes estrategias de prevención, basándose en los factores de riesgo más destacados y con el objetivo de reducir tanto la tasa de RIS como de suicidio consumado.

Estas conclusiones o resultados corroboran la hipótesis principal del estudio demostrando que dichas variables son de riesgo de reintento.

En cuanto a la hipótesis secundaria, siendo cierta, se aprecia una baja potencia, lo cual le resta importancia respecto a las anteriores.

Finalmente, cabe señalar que la identificación de estas variables permite concluir que los objetivos marcados se han conseguido.

Conclusions.

Nowadays, we lack psychological tests, clinical techniques or biological markers with enough sensitivity and specificity to predict repeated suicide attempts (RSA)¹².

The value of the results of this study represents an essential tool in the assessment of the risk of re-attempt and, therefore, of high value in the strategies leading to prevention.

We find the following clinical variables as risk factors:

- Drug overdose: psychiatric drugs are essential for the psychopathological treatment, for this reason they must be prescribed according to the clinic of every patient. However, we must not forget or undervalue the high risk implied in its misuse, already confirmed in the index attempt, which forces a narrower monitoring of the patient, preferably in the beginning.
- Absence to medical appointments: the importance in the adherence to the treatment contrasts with the absence to medical appointments as a variable in the risk of re-attempt, conveying a higher risk in the initial phases. This leads to the continuous search of efficient strategies that would allow the improvement of the adherence to the treatment in a more assertive way, primarily in the initial phases of the monitoring process.
- Risk period: it is of the utmost importance the evaluation of patients with a history of previous suicidal attempts (SA) due to the necessity of a closer follow-up during the first 180 days, avoiding then a low adherence to the appointments. Therefore, we should insist on the most exhaustive information gathering and the creation of a notification system for the computer that could warn the doctor of a patient with a history of previous SA, especially in the indicated period.
- Values of the suicidal impulse: we have to take into consideration the value of the suicidal attempt (item 9 BDI) in the patient at risk due to its association as a risk factor in

- the re-attempt. It would be highly recommended an increase in the monitoring or the intervention at the exact moment there is a rise in the punctuation.
- Punctuation in the Beck scale (BDI and BDE): we must take into account the values in the Beck scales as risk markers. There is an association between the levels of depression and hopelessness with the increase of the risk of re-attempt.

Investigating the presence of such clinical variables of risk entails an essential tool for the expert because it allows the estimation of the risk for the patient and the execution of a more individualized and accurate intervention.

We cannot forget the fact that the data which indicate that every patient who attempted suicide must be monitored more closely during the first 180 days after the attempt. It would be advisable the application of different strategies of prevention, based on the most prominent risk factors, in order to reduce both the rate of RSA and the accomplished suicides.

These results confirm the main hypothesis of the study that proves that such variables represent a risk of re-attempt.

Considering the veracity of the secondary hypothesis, a low power is appreciated, which decreases its importance in relation to the previous ones.

Eventually, we ought to highlight that the identification of these variables means that the objectives have been achieved.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sáiz P, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. Suicide prevention in Spain : An uncovered clinical need. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc). 2014;7(1):1–4. doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.003
2. World Health Organization. Mental health. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevention/en/
3. European Commission. European Pact for Mental Health and Well-being. Paper presented at the Together for Mental Health and Well-being. Eur Commisison. 2008.
4. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de Muerte. Año 2018. Datos provisionales notas de prensa Madrid: INE; Dic.2019. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2018.pdf
5. Cayuela A, et al. Tendencias de la mortalidad por suicidio en España, 1980-2016. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2018. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.07.002>
6. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. Lancet Psychiatry. 2020;7(6):468-471. doi:10.1016/S2215-0366(20)30171-1
7. Beautrais AL, Collings SCD. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health; 2005.
8. Lester D. Suicidal behavior in men and women. Ment Hyg. 1969;53(3):340-5.

9. Isometsä ET, Lönnqvist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry*. 1998 Dec;173:531-5. doi: 10.1192/bjp.173.6.531.
10. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373:1372-81.
11. World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. Ginebra; 2002.
12. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* Guía de Práctica. 2012.
13. Giner L, Guija J. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;7:139-46.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
15. World Health Organization. *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. World Health Organization; 2012. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75166>
16. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, 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;37:264-77. doi: 10.1521/suli.2007.37.3.264.

17. Schechter M, Maltzberger J. The clinician interview as a method in suicide risk assesment. En: Wasserman D WC, editor. *Suicidol. Suicide Prev. A Glob. Perspect.*, New York: Oxford University: 2009. Doi: 10.1093/med/9780198570059.003.0043.
18. McIntyre JS, Sara Charles CC, Daniel Anzia V-CJ, Cook IA, Finnerty MT, Johnson BR, et al. *Suicidal Behaviors - American Psychiatric Association Steering Committee on Practice Guidelines 2003.*
19. Kraemer GW, Clarke AS. The behavioral neurobiology of self-injurious behavior in rhesus monkeys. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 1990;14 Suppl:S141-68. doi: 10.1016/0278-5846(90)90092-u.
20. Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med.* 2020;382:266-74.
21. Osborn D, Levy G, Nazareth I, King M. Suicide and severe mental illnesses. Cohort study within the UK general practice research database. *Schizophr Res.* 2008 Feb;99(1-3):134-8. doi: 10.1016/j.schres.2007.11.025.
22. Davis AT. The prediction of suicide. *Med J Aust.* 1990;153:552-4. doi.org/10.5694/j.1326-5377.1990.tb126198.x
23. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 1997 Mar;170:205-28. doi: 10.1192/bjp.170.3.205.
24. Coryell W, Young EA. Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005 Apr;66(4):412-7. doi: 10.4088/jcp.v66n0401.
25. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry.* 2005 Jun;66(6):693-704. doi: 10.4088/jcp.v66n0604.

26. Tondo L, Isacsson G, Baldessarini R. Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs*. 2003;17(7):491-511. doi: 10.2165/00023210-200317070-00003.
27. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):133-54. doi: 10.1093/epirev/mxn002.
28. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*. 2005 Jul;187:9-20. doi: 10.1192/bjp.187.1.9.
29. De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophr Res*. 2001 Mar 1;47(2-3):127-34. doi: 10.1016/s0920-9964(00)00003-7.
30. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, et al. Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts: A Population-Based Longitudinal Study of Adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(11):1249–1257. doi:10.1001/archpsyc.62.11.1249.
31. Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *J Affect Disord*. 2002 Apr;68(2-3):183-90. doi: 10.1016/s0165-0327(01)00354-8
32. Warshaw MG, Dolan RT, Keller MB. Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program. *Am J Psychiatry*. 2000 Nov;157(11):1876-8. doi: 10.1176/appi.ajp.157.11.1876.
33. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 2006 Oct;26(6):769-82. doi: 10.1016/j.cpr.2006.04.001.

34. Pompili M, Girardi P, Tatarelli G, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. *Eat Behav.* 2006 Nov;7(4):384-94. doi: 10.1016/j.eatbeh.2005.12.004.
35. Preti A, Rocchi MB, Sisti D, Camboni MV, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2011 Jul;124(1):6-17. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01641.x.
36. Sakinofsky I. Treating suicidality in depressive illness. Part I: Current Controversies. *Can J Psychiatry.* 2007;52(6):71S-84S.
37. Wai BH, Hong C, Heok KE. Suicidal behavior among young people in Singapore. *Gen Hosp Psychiatry.* 1999 Mar-Apr;21(2):128-33. doi: 10.1016/s0163-8343(98)00065-6.
38. Conner KR, Conwell Y, Duberstein PR. The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Life events, social support and suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand.* 2001 Dec;104(6):452-7. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00091.x.
39. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K; Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med.* 2008 Sep;13(5):243-56. doi: 10.1007/s12199-008-0037-x.
40. Conner KR, Duberstein PR. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004 May;28(5 Suppl):6S-17S. doi: 10.1097/01.alc.0000127410.84505.2a.
41. Artenie AA, Bruneau J, Zang G, Lespérance F, Renaud J, Tremblay J, Jutras-Aswad D. Associations of substance use patterns with attempted suicide among persons who inject drugs: can distinct use patterns play a role? *Drug Alcohol Depend.* 2015 Feb 1;147:208-14. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.11.011.

42. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend.* 2004 Dec 7;76 Suppl:S11-9. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003.
43. Gerson J, Stanley B. Suicidal and self-injurious behavior in personality disorder: controversies and treatment directions. *Curr Psychiatry Rep.* 2002 Feb;4(1):30-8. doi: 10.1007/s11920-002-0009-6.
44. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1994;151:1316-23.
45. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *Am J Psychiatry.* 1997 Dec;154(12):1715-9. doi: 10.1176/ajp.154.12.1715..
46. O'Connor RC. The relations between perfectionism and suicidality: a systematic review. *Suicide Life Threat Behav.* 2007 Dec;37(6):698-714. doi: 10.1521/suli.2007.37.6.698.
47. Kamath P, Reddy YC, Kandavel T. Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2007 Nov;68(11):1741-50. doi: 10.4088/jcp.v68n1114.
48. Brown LK, Overholser J, Spirito A, Fritz GK. The correlates of planning in adolescent suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1991;30:95-9.
49. Kashden J, Fremouw WJ, Callahan TS, Franzen MD. Impulsivity in suicidal and nonsuicidal adolescents. *J Abnorm Child Psychol.* 1993;21:339-53.
50. Kamath P, Reddy YC, Kandavel T. Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder. *J Clin psychiatry.* 2007;68:1741-50.

51. Aggression and violent behavior. Reactive aggression and suicide: Theory and evidence. Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, Caine ED. 2003;8:413-432.
52. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1999 Feb;156(2):181-9. doi: 10.1176/ajp.156.2.181
53. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Balach L. Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89:52-8.
54. McGirr A, Renaud J, Bureau A, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychol Med*. 2008;38:407-417.
55. Conwell Y, Duberstein PR. Suicide in elders. *Ann N Y Acad Sci*. 2001 Apr;932:132-47; discussion 147-50. doi: 10.1111/j.1749-6632.2001.tb05802.x.
56. Lopez-Garcia M.B, Hinojal-Fonseca R, Bobes -Garcia J. El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Rev Derecho Penal y Criminol*. 1993:309-411.
57. Garrison CZ. The study of suicidal behavior in the schools. *Suicide Life Threat Behav*. 1989;19:120-30.
58. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000 Jun;34(3):420-36. doi: 10.1080/j.1440-1614.2000.00691.x.
59. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Dec;53(12):1155-62. doi: 10.1001/archpsyc.1996.01830120095016.

60. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide Life Threat Behav.* 1999 Spring;29(1):37-47.
61. Yoder KA, Hoyt DR. Family economic pressure and adolescent suicidal ideation: application of the family stress model. *Suicide Life Threat Behav.* 2005;35:251-64. doi.org/10.1521/suli.2005.35.3.251.
62. Fergusson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol MED.* 2003;33:61-73.
63. D'Augelli AR, Grossman AH, Salter NP, Vasey JJ, Starks MT, Sinclair KO. Predicting the suicide attempts of lesbian, gay, and bisexual youth. *Suicide Life Threat Behav.* 2005 Dec;35(6):646-60. doi: 10.1521/suli.2005.35.6.646.
64. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann J, Forbes N, Caine ED. Age differences in behaviors leading to completed suicide. *Am J Geriatr Psychiatry.* 1998 Spring;6(2):122-6.
65. Carney SS, Rich CL, Burke PA FR. Suicide over 60: the San Diego study. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42:174-80.
66. Conwell Y, Brent D. Suicide and aging. I: Patterns of psychiatric diagnosis. *Int Psychogeriatr.* 1995 Summer;7(2):149-64. doi: 10.1017/s1041610295001943.
67. Blow FC, Brockmann LM, Barry KL. Role of alcohol in late-life suicide. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004 May;28(5 Suppl):48S-56S. doi: 10.1097/01.alc.0000127414.15000.83?.
68. Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. Youth risk behavior surveillance-United states, 1999. 2000;70:271-85.

69. Lejoyeux M, Léon E, Rouillon F. Prévalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide [Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide]. *Encephale*. 1994 Sep-Oct;20(5):495-503. French..
70. Murphy GE. Why women are less likely than men to commit suicide. *Compr Psychiatry*. 1998 Jul-Aug;39(4):165-75. doi: 10.1016/s0010-440x(98)90057-8.
71. Qin P, Mortensen PB. The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Aug;60(8):797-802. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.797.
72. Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB. Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *Br J Psychiatry*. 1998 Sep;173:209-11. doi: 10.1192/bjp.173.3.209.
73. Remafedi G, Farrow JA, Deisher RW. Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics*. 1991 Jun;87(6):869-75.
74. Herrell R, Goldberg J, True WR, Ramakrishnan V, Lyons M, Eisen S, Tsuang MT. Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Oct;56(10):867-74. doi: 10.1001/archpsyc.56.10.867.
75. Cochran SD, Mays VM. Depressive distress among homosexually active African American men and women. *Am J Psychiatry*. 1994 Apr;151(4):524-9.
76. Szanto K, Prigerson HG, Reynolds CF. Suicide in the elderly. *Clin Neurosci Res*. 2001; 1(5):366-76. doi: [10.1016/S1566-2772\(01\)00039-1](https://doi.org/10.1016/S1566-2772(01)00039-1)
77. Underwood MD, Khaibulina AA, Ellis SP, Moran A, Rice PM, Mann JJ, Arango V. Morphometry of the dorsal raphe nucleus serotonergic neurons in suicide victims. *Biol psychiatry*. 1999;46:473-483.

78. Crisafulli C, Calati R, Ronchi D, Sidoti A, D'Angelo R, Amato A, Serretti A. Genetics of suicide, from genes to behavior. *Clin Neuropsychiatry*. 2010;7:141-8.
79. Roy A, Linnoila M. Suicidal behavior, impulsiveness and serotonin. *Acta Psychiatr Scand*. 1988;78(5):529-35.
80. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicide behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2005;133 C:13-24.
81. Baldessarini RJ, Hennen J. Genetics of suicide: an overview. *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12(1):1-13.
82. Roy A, Segal NL, Centerwall BS, Robinette CD. Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 Jan;48(1):29-32. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810250031003.
83. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry*. 1995 Jul;152(7):1075-6. doi: 10.1176/ajp.152.7.1075.
84. García-Resa E, Braquehais D, Blasco H, Ramírez A, Jiménez L, Díaz-Sastre C, Baca-García E SJ. Sociodemographic features of suicide attempts. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30:112-9.
85. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR, Allison P, Beck R, et al. Risk Factors for Suicide in Psychiatric Outpatients: A 20-Year Prospective Study. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000;68:371-7.
86. Platt S. Parasuicide and unemployment. *Br J Psychiatry*. 1986 Oct;149:401-5. doi: 10.1192/bjp.149.4.401
87. Morton MJ. Prediction of repetition of parasuicide: with special reference to unemployment. *Int J Soc Psychiatry*. 1993 Summer;39(2):87-99. doi: 10.1177/002076409303900202.

88. Kposowa AJ. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychol Med.* 2001 Jan;31(1):127-38. doi: 10.1017/s0033291799002925.
89. Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K, Nordström P. Definite and undetermined forensic diagnoses of suicide among immigrants in Sweden. *Acta Psychiatr Scand.* 1995 Feb;91(2):130-5. doi: 10.1111/j.1600-0447.1995.tb09753.x.
90. Taylor R, Morrell S, Slaytor E, Ford P. Suicide in urban New South Wales, Australia 1985-1994: socio-economic and migrant interactions. *Soc Sci Med.* 1998 Dec;47(11):1677-86. doi: 10.1016/s0277-9536(98)00243-3.
91. Duberstein PR, Conwell Y, Cox C. Suicide in widowed persons. A psychological autopsy comparison of recently and remotely bereaved older subjects. *Am J Geriatr Psychiatry.* 1998 Fall;6(4):328-34.
92. Wyder M, Ward P, De Leo D. Separation as a suicide risk factor. *J Affect Disord.* 2009 Aug;116(3):208-13. doi: 10.1016/j.jad.2008.11.007.
93. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Heal.* 2000;54:254-61.
94. Gutiérrez García JM. Predominance of urban suicides over rural suicides in Spain. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1998;26:111-5.
95. Garrison CZ, Jackson KL, Addy CL, McKeown RE, Waller JL. Suicidal behaviors in young adolescents. *Am J Epidemiol.* 1991 May 15;133(10):1005-14. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a115809.
96. Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J. The partners' views on precipitant stressors in suicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1992 May;85(5):380-4. doi: 10.1111/j.1600-0447.1992.tb10323.x.

97. Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, Yufit RI. Assessment and prediction of suicide. Gildford P. New York. 1992. 695. <https://doi.org/10.1002/depr.3050010510>
98. Bobes-Garcia J, Giner-Ubago J, Saiz-Ruiz J. Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Tricastela. Madrid; 2011.
99. Sisask M, Varnik A, Kolves K, Bertolote JM, Bolhari J, Botega NJ, Fleischmann A, Vijayakumar L, Wasserman D. Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study. *Arch Suicide Res.* 2010;14(1):44-55. doi: 10.1080/13811110903479052.
100. Elliott JL, Frude N. Stress, coping styles, and hopelessness in self-poisoners. *Crisis.* 2001;22(1):20-6. doi: 10.1027//0227-5910.22.1.20.
101. Overall RD, Altrows KJ, Paulson BL. Creating a Future: A Study of Resilience in Suicidal Female Adolescents. *Journal of Counseling and Development.*2006;84:461-470. doi.10.1002/j.1556-6678.2006.tb00430.x
102. Brunstein Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007 Jan;46(1):40-49. doi: 10.1097/01.chi.0000242237.84925.18.
103. 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.
104. López-Goñi JJ, et al. Repetición de conductas suicidas en urgencias psiquiátricas en pacientes sin intentos previos, index y repetidores: un estudio prospectivo. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2018. doi:10.1016/j.rpsm.2018.07.003
105. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, et al. Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *Am J Psychiatry.* 2005;162:297-303.

106. Parra-Uribe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Parés G, et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):163. doi:10.1186/s12888-017-1317-z
107. Mathias CW, Dougherty DM, James LM, et al. Intolerance to delayed reward in girls with multiple suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*. 2011;41(3):277-286. doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00027.x
108. Boisseau CL, Yen S, Markowitz JC, Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, et al. Individuals with Single Versus Multiple Suicide Attempts Over 10 Years of Prospective Follow-Up. *Compr Psychiatry*. 2013;54:238-42.
109. Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT. History of Multiple Suicide Attempts as a Behavioral Marker of Severe Psychopathology. *Am J Psychiatry*. 2004;161:437-43.
110. Wang L-J, Huang Y-C, Lee S-Y, Wu Y-W, Chen C-K. Switching suicide methods as a predictor of completed suicide in individuals with repeated self-harm: A community cohort study in northern Taiwan. *Aust New Zeal J Psychiatry*. 2014;49:65-73.
111. Commission on Chronic Illness. *Chronic Illness in the United States*. Cambridge;1975.
112. Silverman MM. Preventing suicide: a call to action. *Comentary. World Psychiatry*. 2004 Oct;3(3):152-153.
113. Gordon Jr RS. An operational classification of disease prevention. *Public Heal reports*. 1983;98(29):107-9.
114. Haggerty RJ, Mrazek PJ. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academies Press.
115. Kimokeo D. (2006). *Research-based guidelines and practices for school-based suicide*. Teach. Coll., New York.

116. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br J Psychiatry*. 2003 Nov;183:382-3. doi: 10.1192/bjp.183.5.382.
117. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*. 2005;294:2064-74.
118. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005 Oct 26;294(16):2064-74. doi: 10.1001/jama.294.16.2064.
119. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, Heeringen K Van, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2017;27(4):418-421.
120. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de salud mental del sistema nacional de salud. Ministerio. Madrid: 2007.
121. Instituto Nacional de Estadística. Cifras oficiales de Población resultante de la revisión del padrón municipal. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2885>.
122. Wenzel A, Brown GK, Beck AT. Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. American Psychological Association. 2009
123. Lopez R, Luna AE, Selmes J. Trastronos mentales y del comportamineto. 2ª. ed. Madrid; 1996.
124. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An Inventory for Measuring Depression. *Arch GenPsychiatry*.1961;4:561-571.
125. Conde López C, Usero Serrano E. Escala de depresión de Beck. *Rev Psiquiatr y Psicolog Med*. 1975;12:218-36.

126. Beck AT, Weissman A, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale 1. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42:861-5.
127. Tejedor C, Faus G, Díaz A, Pérez V, Sola I. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l' Eixample de Barcelona. *Actas Españolas Psiquiatr*. 2011;39(5):280-7.
128. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí 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;147:269-76.
129. Clements C, Farooq B, Bickley H, Kapur N. Exploring characteristics and risk of repetition in people who fail to report previous hospital presentations for self-harm: A case-control study using data from The Manchester Self-Harm Project. *J Affect Disord*. 2020 Feb 1;262:77-82. doi: 10.1016/j.jad.2019.10.052.
130. Kapur N, Cooper J, King-Hele S, Webb R, Lawlor M, Rodway C, et al. The repetition of suicidal behavior: A multicenter cohort study. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1599-609.
131. O'Connor RC, Ferguson E, Scott F, Smyth R, McDaid D, Park AL, Beautrais A, Armitage CJ. A brief psychological intervention to reduce repetition of self-harm in patients admitted to hospital following a suicide attempt: a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2017 Jun;4(6):451-460. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30129-3.
132. Inagaki M, Kawashima Y, Yonemoto N, Yamada M. Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2019 Jan 25;19(1):44. doi: 10.1186/s12888-019-2017-7.

133. Furuno T, Nakagawa M, Hino K, Yamada T, Kawashima Y, Matsuoka Y, Shirakawa O, Ishizuka N, Yonemoto N, Kawanishi C, Hirayasu Y. Effectiveness of assertive case management on repeat self-harm in patients admitted for suicide attempt: Findings from ACTION-J study. *J Affect Disord.* 2018 Jan 1;225:460-465. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.071.
134. Burón P, Jimenez-Trevino L, Saiz PA, García-Portilla MP, Corcoran P, Carli V, et al. Reasons for Attempted Suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. *Arch Suicide Res.* 2016;20:45-58.
135. Hawton K, Bergen H, Cooper J, Turnbull P, Waters K, Ness J, et al. Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *J Affect Disord.* 2015;175:147-51.
136. Morthorst B, Krogh J, Erlangsen A, Alberdi F, Nordentoft M. Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomised controlled trial. *BMJ.* 2012 Aug 22;345. doi: 10.1136/bmj.e4972.
137. Wasserman D. suicide an unnecessary death. Second Edi. United Kingdom: Oxford University Press; 2016.
138. Fernandez Peláez AD, Rodriguez Revuelta J, Abad I, Velazco A, Burón P. A propósito de la utilidad de la Escala Abreviada de Personalidad y Acontecimientos Vitales (S-PLE) en la detección de las tentativas de suicidio. Usefulness of the Short Personality and Life Event Scale (S-PLE) for detection of suicide attempters Agra. *Psiquiatr y salud Ment.* 2017;10:218-9.
139. Clements C, Farooq B, Bickley H, Kapur N. Exploring characteristics and risk of repetition in people who fail to report previous hospital presentations for self-harm: A case-control study using data from The Manchester Self-Harm Project. *J Affect Disord.* 2020;262:77-82. doi:10.1016/j.jad.2019.10.052.

140. Witt K, Milner A, Spittal MJ, Hetrick S, Robinson J, Pirkis J, Carter G. Population attributable risk of factors associated with the repetition of self-harm behaviour in young people presenting to clinical services: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019 Jan;28(1):5-18. doi: 10.1007/s00787-018-1111-6.
141. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013 Dec;151(3):821-30. doi: 10.1016/j.jad.2013.08.020.
142. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5:8-23.
143. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005 Aug 3;294(5):563-70. doi: 10.1001/jama.294.5.563.
144. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups*. *Dan Med Bull*. 2007;54:306-69.
145. Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2015;175:66–78.

146. Kawanishi C, Aruga T, Ishizuka N, Yonemoto N, Otsuka K, Kamijo Y, Okubo Y, Ikeshita K, Sakai A, Miyaoka H, Hitomi Y, Iwakuma A, Kinoshita T, Akiyoshi J, Horikawa N, Hirotsune H, Eto N, Iwata N, Kohno M, Iwanami A, Mimura M, Asada T, Hirayasu Y; ACTION-J Group. Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2014 Aug;1(3):193-201. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70259-7.
147. Hatcher S, Sharon C, House A, Collins N, Collings S, Pillai A. The ACCESS study: Zelen randomised controlled trial of a package of care for people presenting to hospital after self-harm. *Br J Psychiatry*. 2015 Mar;206(3):229-36. doi: 10.1192/bjp.bp.113.135780.
148. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, De Silva D, Phillips M, Vijayakumar L, Värnik A, Schlebusch L, Thanh HT. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008 Sep;86(9):703-9. doi: 10.2471/blt.07.046995
149. Mousavi SG, Zohreh R, Maracy MR, Ebrahimi A, Sharbafchi MR. The efficacy of telephonic follow up in prevention of suicidal reattempt in patients with suicide attempt history. *Adv Biomed Res*. 2014 Sep 30;3:198. doi: 10.4103/2277-9175.142043.
150. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C. Postcards from the EDge: 5-year outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *Br J Psychiatry*. 2013 May;202(5):372-80. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112664.

151. Beautrais AL, Gibb SJ, Faulkner A, Fergusson DM, Mulder RT. Postcard intervention for repeat self-harm: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2010 Jul;197(1):55-60. doi: 10.1192/bjp.bp.109.075754.
152. Hassanian-Moghaddam H, Sarjami S, Kolahi AA, Carter GL. Postcards in Persia: randomised controlled trial to reduce suicidal behaviours 12 months after hospital-treated self-poisoning. *Br J Psychiatry*. 2011 Apr;198(4):309-16. doi: 10.1192/bjp.bp.109.067199.
153. Cedereke M, Monti K, Ojehagen A. Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *Eur Psychiatry*. 2002 Apr;17(2):82-91. doi: 10.1016/s0924-9338(02)00632-6.
154. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, Libersa C, Goudemand M. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*. 2006 May 27;332(7552):1241-5. doi: 10.1136/bmj.332.7552.1241.
155. Kapur N, Gunnell D, Hawton K, Nadeem S, Khalil S, Longson D, Jordan R, Donaldson I, Emsley R, Cooper J. Messages from Manchester: pilot randomised controlled trial following self-harm. *Br J Psychiatry*. 2013 Jul;203(1):73-4. doi: 10.1192/bjp.bp.113.126425.
156. Gibbons JS, Butler J, Urwin P, Gibbons JL. Evaluation of a social work service for self-poisoning patients. *Br J Psychiatry*. 1978 Aug;133:111-8. doi: 10.1192/bjp.133.2.111.
157. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E, Marino-Francis F, Sanderson S, Turpin C, Boddy G, Tomenson B. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*. 2001 Jul 21;323(7305):135-8. doi: 10.1136/bmj.323.7305.135.

158. Liberman RP, Eckman T. Behavior Therapy vs Insight-Oriented Therapy for Repeated Suicide Attempters. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38(10):1126–1130.
doi:10.1001/archpsyc.1981.01780350060007.
159. McLeavey BC, Daly RJ, Ludgate JW, Murray CM. Interpersonal problem-solving skills training in the treatment of self-poisoning patients. *Suicide Life Threat Behav*. 1994;24(4):382-394.
160. 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 2013;34:107-15.
161. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la salud; 2000.
162. Luoma J, Martin C, Pearson J. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002;159:909-16.

10 ANEXOS





10.1 ANEXO 1. PUBLICACIÓN DERIVADA DEL ESTUDIO



ORIGINAL

Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios

Ashkan Espandian^a, Marina González^a, Teresa Reijas^a, Gerardo Florez^{b,*}, Ernesto Ferrer^a, Pilar A. Saiz^c, Angel Salgado-Barreira^d, Amparo González^a, Julio Brenlla^e, Luis Docasar^a y Julio Bobes^c

^a Servicio de psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España

^b Unidad de Adicciones, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Ourense, España

^c Universidad de Oviedo, Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Oviedo, España

^d Unidad de Metodología y Estadística, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, Vigo, España

^e Servicio de psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Compostela, España

Recibido el 1 de febrero de 2018; aceptado el 11 de marzo de 2019

PALABRAS CLAVE

Repetición de intento de suicidio;
Factores de riesgo;
Intentos previos;
Prevención de intento de suicidio

Resumen

Introducción: El suicidio representa un problema destacado en la actualidad; una línea de prevención e intervención es la detección de los factores de riesgo. En este estudio se pretende identificar los predictores de suicidio en pacientes con repetición de intento de suicidio (RIS) en seguimiento en un programa de intervención intensiva.

Material y métodos: La muestra la forman los pacientes incluidos en el programa de intervención intensiva por intento de suicidio. Se registran las variables sociodemográficas y clínicas, los abandonos, la RIS, las faltas a consulta y los resultados obtenidos en las escalas de depresión y desesperanza de Beck a lo largo de los 12 meses de seguimiento en el programa (inicial, 6 meses y 12 meses).

Análisis estadístico: La asociación entre RIS y variables cualitativas de estudio se realizó empleando Chi-Cuadrado y para las cuantitativas T-Student. Los análisis se hicieron utilizando el software SPSS 19.0.

El estudio ha sido aprobado por el Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia. **Resultados:** De la muestra de 319 pacientes, 29 (9%) realizan una RIS, 22 (76%) durante los primeros 6 meses del programa. De los pacientes con RIS, 7 (24%) tienen historia de intento previo durante un periodo inferior a 180 días al intento índice ($p=0,033$).

La intoxicación medicamentosa fue el método más empleado pues fue utilizada en el intento índice por 240 pacientes (76%). Veintisiete (93%) mantienen el método en la RIS ($p < 0,001$).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gerardof@mun-do-r.com (G. Florez).

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.003>

1888-9891/© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEP y SEPB.

Cómo citar este artículo: Espandian A, et al. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2019. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.003>

Conclusiones: La sobreingesta de fármacos como método de intento y reintento, y el tiempo transcurrido desde el intento previo son los factores de riesgo destacados asociados a la RIS, de ahí la importancia de identificar a los pacientes con historia de intento de suicidio para llevar a cabo una intervención más intensiva y un ajuste adecuado del tratamiento sobre todo en los primeros 180 días.

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEP y SEPB.

KEYWORDS

Repeated suicidal attempts;
Risk factors;
Previous attempts;
Prevention of suicidal attempts

Relevant risk factors of repeated suicidal attempts in a sample of outpatients

Abstract

Introduction: Suicide is, at present, an important global public health problem; detection of risk factors can be used as a method for prevention and intervention. This study aims to identify predictors of suicide in patients with suicidal attempt retry (SAR), who are followed-up in an intensive intervention program (PII).

Material and methods: The sample includes patients followed up at the Intensive Intervention Program because of a previous suicidal attempt. The following variables were collected during the 12 months follow-up (baseline, 6 months and 12 months): Repeated attempts, socio-demographic and clinical variables, lack of adherence and the Beck Depression Inventory and Hopelessness Scale.

Statistic analysis: The association between SAR and qualitative study variables was performed using Chi-Square and for the quantitative, T-Student was used. The analysis was carried out with the software SPSS 19.0. The study has been approved by the Research Ethics Committee of Galicia.

Results: Of the 319 patients, 29 (9%) of them committed a new suicidal attempt, 22 (76%) of these new attempts happened during the first 6 months of the Program. Of those who repeat the attempt, 7 (24%) have a history of a previous attempt that precedes the basal attempt ($P = .033$) in less than 180 days.

Medication overdose is the most used method, as it was used by 240 of the patients (76%). 27 (93%) kept drug overdose as their retry method, also reaching significance ($P < .001$).

Conclusions: Overdose as a method of attempt and re-attempt, and the time elapsed from the previous attempt, are the highlighted risk factors associated with repeated suicidal attempts. For this reason, it is crucial to identify patients with a new suicide attempt so that a more intense intervention and drug treatment control is delivered during the first 180 days.

© 2019 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of SEP y SEPB.

Introducción

El suicidio representa un problema para la salud pública, por su elevada prevalencia en el momento actual y por la falta de implementación de adecuadas estrategias preventivas en una buena parte de países, incluida España¹. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número de muertes por suicidio alcanza cerca de 800.000 personas al año a nivel mundial, y por su tendencia ascendente se estima que en el año 2020 la cifra de suicidios consumados alcance los 1,53 millones². En España, según los datos del Instituto Nacional de Estadística³, el suicidio es la principal causa externa de mortalidad desde el año 2008⁴, con una cifra de 3.679 muertes por dicho motivo en 2017, un 3,1% más que en 2016. Sin embargo, la magnitud real del problema está infraestimada por la tendencia a la subnotificación que se realiza en la mayoría de los países del mundo, incluida España⁵.

Se estima que el número de intentos de suicidio (IS) sea aproximadamente unas 10-20 veces superior a los suicidios consumados. Hasta la fecha, la historia previa de IS es el

mejor predictor de posterior suicidio consumado, con un porcentaje del 35-50% de repetición de intento de suicidio (RIS) dentro de este grupo. Pero se carece de cifras oficiales por dificultades metodológicas, lo cual entorpece el conocimiento real del problema⁶⁻¹⁰.

La existencia de trastornos mentales es otro de los principales factores de riesgo, siendo el trastorno afectivo no reactivo (estado depresivo que no se presenta como respuesta directa a una situación estresante) muy prevalente en la conducta suicida^{11,12}.

Todo ello ha llevado al desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida, como la Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention¹³ promovida desde la Unión Europea o las recientemente promovidas por la European Evidence-Based Suicide Prevention Program Group by the Expert Platform on Mental Health¹⁴.

Por todo lo comentado, la hipótesis a constatar es que la presencia de un trastorno afectivo no reactivo conlleva una prevalencia más elevada de RIS, el IS previo es un factor de

Cómo citar este artículo: Espandian A, et al. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2019. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.003>

riesgo destacado, y hay una relación directa entre el tiempo transcurrido desde el IS y el riesgo de RIS.

El objetivo principal del presente estudio es la identificación de variables que puedan ayudar al clínico a determinar el grado de riesgo de un paciente de realizar una RIS, tanto en la población general como en pacientes en estrecho seguimiento por profesionales de la salud mental, con el fin de evitar la recurrencia del comportamiento suicida.

Método

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional de carácter retrospectivo que abarcó el periodo entre abril de 2009, momento en el que comienza la actividad del programa de intervención intensiva (PII) hasta diciembre del año 2012, periodo que se dispuso para esta primera fase de estudio y publicación.

Se incluyeron en el estudio los pacientes que hayan realizado un IS, derivados del servicio de urgencias de psiquiatría o de los médicos de atención primaria del Área de Gestión Integrada de Ourense, Verín y Barco de Valdeorras (población de 335.646 habitantes de media según los datos del Instituto Nacional de Estadística entre los años 2009 y 2012¹⁵) y que acudieron al menos a una consulta del PII por IS. Se excluyeron sujetos menores de 18 años, discapacitados intelectuales, síndromes orgánicos y aquellos que no accedieron a participar en el programa.

El PII es un programa asistencial y preventivo de la conducta suicida. Su principal objetivo es la intervención terapéutica en el menor tiempo posible. El periodo de intervención dura 6 meses, con una consulta de seguimiento al año del inicio del programa. Desde la solicitud de cita en la unidad hasta la primera valoración, el periodo de espera no puede superar los 15 días. Para más información, el programa está descrito en el artículo de Reijas et al.¹⁶

Los investigadores respetaron todos los aspectos establecidos en la legislación vigente en materia de investigación clínica, y el estudio ha sido aprobado por el Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia con el número de registro 2010/473.

Variables del estudio

Se recogió como variable principal la RIS durante el año de seguimiento en el programa (fecha, número, método y tiempo transcurrido hasta la RIS). Se consideraron como RIS solo aquellos que suponían una asistencia en urgencias hospitalarias. Definimos IS según los criterios de la Organización Mundial de la Salud¹⁷: Acto cuyo resultado no es la muerte, en el cual un individuo de modo deliberado y sin intervención de otros se causa daño o ingiere una sustancia a más dosis de la recomendada como terapéutica, cuyo objetivo es realizar cambios por medio de las consecuencias físicas esperadas o derivadas de dicho acto.

Como variables independientes se incluyeron el sexo, edad, estado civil, número de convivientes, estado laboral, estudios completados, estructura familiar, intento índice (IS por el cual el paciente entra en el PII) e intento previo (historia de IS previa al intento índice), fecha y método, número de IS previos, diagnóstico según la Clasificación

Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10)¹⁸, antecedentes familiares de suicidio, faltas a consulta y abandonos (considerados aquellos que dejan de asistir al programa por decisión propia). También se analizaron la Escala de Desesperanza de Beck (BDE, por sus siglas en inglés)¹⁹, el Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés)^{20,21} e impulsos suicidas (ítem 9 del BDI), al inicio, a los 6 y a los 12 meses.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de los datos expresando las variables cuantitativas como media y desviación estándar y las variables cualitativas como frecuencia y porcentaje. Para determinar la asociación entre RIS y variables cualitativas de estudio se realizó Chi-Cuadrado y para las cuantitativas T-Student. Posteriormente, con las variables que resultaron significativas en el análisis univariante se realizó un modelo de regresión logística por pasos hacia atrás de Wald. En el modelo final se incluyeron como variables independientes el método de tentativa índice y días desde la tentativa previa a la tentativa índice. Para determinar si existían cambios en los impulsos suicidas (ítem 9 del BDI) a lo largo del tiempo se emplearon el test de McNemar para variables cualitativas y la T-Student para datos apareados en el caso de variables cuantitativas. Para el estudio de repetición de tentativa de suicidio durante el seguimiento en el PII se utilizaron curvas de Kaplan-Meier. Se empleó el test log rank para la comparación de las curvas de repetición de tentativa de suicidio en función de las tentativas previas y en función del método de tentativa.

En todos los análisis se consideraron diferencias estadísticamente significativas los valores de $p < 0,05$. Todos los análisis se realizaron utilizando el software SPSS 19.0.

Resultados

El estudio se compone de una muestra de 319 sujetos.

Las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes que abandonan el programa, 70 (22%), frente los que no abandonan, 249 (78%), se presentan en la [tabla 1](#).

En el grupo de abandonos la edad media es de 34,8 años, con un predominio de intento de gravedad somática leve, 56 (80%), y destacan los diagnósticos de trastorno adaptativo-reacción depresiva prolongada, 37 (53%), y de trastorno de la personalidad, 16 (23%). Para todas estas variables se observan diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que abandonan y los que no abandonan el programa.

Atendiendo a la RIS durante el seguimiento en el programa, se obtiene un grupo de 29 pacientes (9,1%) que realizan RIS y otro de 290 pacientes (90,9%) que no realizan RIS ([tabla 2](#)). El 76% de las RIS se producen en los primeros 180 días, dentro de los cuales más de 2 tercios (68%) se produce en los primeros 90 días.

El número de RIS en los pacientes que abandonaron el programa fue de 2 (6,9%) durante el periodo de seguimiento en el programa, mientras que en los sujetos que no lo abandonaron fue de 27 (10,8%). Por otro lado, otros 5 sujetos (7,1%) tras el abandono del programa cometieron una RIS

Tabla 1 Variables sociodemográficas y clínicas de la muestra, considerando los abandonos, versus no abandonos

| | Sociodemográficas | | | Valor de p |
|--|-------------------|-----------------|--------------------|------------|
| | Total | Abandonos (70) | No abandonos (249) | |
| Edad; media (DE) | 41,5 (14,6) | 34,8 (11) | 43,4 (14) | 0,001 |
| Sexo (%) | | | | |
| Mujer | 237 (74,3%) | 56 (80%) | 181 (72,7%) | NS |
| Hombre | 82 (25,7%) | 14 (20%) | 68 (27,3%) | |
| Estado civil (%) | | | | |
| Casado | 134 (42,3%) | 26 (37%) | 108 (43,7%) | NS |
| Soltero | 99 (31,2%) | 28 (40%) | 71 (28,7%) | |
| Separado/Divorciado | 67 (21,1%) | 11 (15,7%) | 56 (22,7) | |
| Viudo | 12 (3,8%) | 2 (3%) | 10 (4%) | |
| Estado laboral (%) | | | | |
| Activos | 68 (21,6%) | 16 (23%) | 52 (21,3%) | NS |
| Pensionistas | 52 (16,5%) | 8 (11,4%) | 44 (18%) | |
| Parados | 61 (19,4%) | 19 (27%) | 42 (17,2%) | |
| ILT | 68 (21,6%) | 10 (14,3%) | 58 (23,8%) | |
| Amas de casa | 40 (12,6%) | 11 (15,7%) | 29 (12%) | |
| Estudiantes | 23 (7,3%) | 6 (8,6%) | 17 (7%) | |
| Estudios (%) | | | | |
| Analfabeto | 7 (2,2%) | 0 (0%) | 7 (2,8%) | NS |
| Lee y escribe | 18 (5,7%) | 2 (3%) | 16 (6,5%) | |
| EGB-Primarios-FP | 167 (52,8%) | 39 (55,7%) | 128 (52%) | |
| Bachiller-ESO | 93 (29,4%) | 21 (30%) | 72 (29,3%) | |
| Diplomado-superior | 31 (9,8%) | 8 (11,4%) | 23 (9,3%) | |
| Estructura familiar (%) | | | | |
| Vive solo | 38 (12,1%) | 7 (10%) | 32 (13%) | NS |
| Pareja | 55 (17,5%) | 13 (18,8%) | 42 (17%) | |
| Familia nuclear | 145 (46,2%) | 33 (47,8%) | 112 (45,5%) | |
| Familia ampliada | 57 (18,1%) | 10 (14,5%) | 47 (19%) | |
| Institución | 3 (0,9%) | 1 (1,4%) | 2 (0,8%) | |
| Número convivientes; media (DE) | 3 (1,3) | 2,9 (1,2) | 3 (1,3) | NS |
| | | Clínicas | | |
| | Total | Abandonos (70) | No abandonos(249) | Valor de p |
| Procedencia (%) | | | | |
| Urgencias | 212 (66,6%) | 53 (75,7%) | 159 (64%) | NS |
| Atención Primaria | 24 (7,5%) | 7 (10%) | 17 (7%) | |
| USM | 39 (12,3%) | 2 (3%) | 37 (15%) | |
| Unidad de agudos | 17 (5,3%) | 2 (3%) | 15 (6%) | |
| Interconsulta hospitalaria | 25 (7,8%) | 6 (8,6%) | 19 (7,7%) | |
| Gravedad somática (%) | | | | |
| Leve | 206 (66,2%) | 56 (81,2%) | 150 (62%) | 0,011 |
| Moderado | 65 (20,9%) | 7 (10%) | 58 (24%) | |
| Severo | 40 (12,9%) | 6 (8,7%) | 34 (14%) | |
| IS previo (%) | 157 (50,3%) | 37 (53,6%) | 120 (49,4%) | NS |
| RIS en el programa (%) | 29 (9,1%) | 2 (2,9%) | 27 (10,8%) | 0,040 |
| Antecedentes familiares de suicidio (%) | | | | |
| | 28 (8,8%) | 8 (11,4%) | 20 (8%) | NS |
| Escala BDI inicial | 31,4 (8,8) | 28,9 (9,2) | 27,2 (9,3) | NS |

Cómo citar este artículo: Espandian A, et al. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2019. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.003>

Tabla 1 (continuación)

| | Clínicas | | | Valor de p |
|---|-------------|----------------|-------------------|------------|
| | Total | Abandonos (70) | No abandonos(249) | |
| Escala BDE inicial | 13,5 (5) | 11,8 (4,9) | 11,5 (5,5) | NS |
| Método intento índice (%) | | | | |
| Intoxicación medicamentosa | 240 (75,7%) | 57 (81,4%) | 183 (74%) | NS |
| Resto de métodos | 77 (24,3%) | 13 (18,6%) | 64 (26%) | |
| Diferencia fecha intento índice menos IS previa (%) | | | | |
| No intentos previos | 181 (56,9%) | 36 (51,4%) | 146 (58,6%) | NS |
| Menor de 180 días | 30 (9,4%) | 8 (11,4%) | 22 (8,8%) | |
| De 180 a 365 días | 11 (3,5%) | 2 (3%) | 9 (3,6%) | |
| Más de 365 días | 96 (30,2%) | 24 (34,3%) | 72 (29%) | |
| Diagnósticos (CIE-10) (%) | | | | |
| Trastorno psicótico | 9 (2,8%) | 1 (1,4%) | 8 (3,2%) | 0,043 |
| Trastorno ansiedad | 8 (2,5%) | 2 (2,9%) | 6 (2,4%) | |
| Trastorno afectivo no reactivo | 64 (20,1%) | 10 (14,3%) | 54 (21,7%) | |
| Trastorno adaptativo-Reacción depresiva prolongada | 182 (57,1%) | 37 (53%) | 145 (58,2%) | |
| Trastorno personalidad | 38 (11,9%) | 16 (23%) | 22 (8,8%) | |
| Otros trastornos | 18 (5,6%) | 4 (5,7%) | 14 (5,6%) | |

BDE: Escala de Desesperanza de Beck; BDI: Inventario de Depresión de Beck; CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales; DE: desviación estándar; EGB: Educación General Básica; ESO: Educación Secundaria Obligatoria; FP: Formación Profesional; ILT: incapacidad laboral transitoria; IS: intento de suicidio; NS: no significativo; RIS: repetición de intento de suicidio; USM: unidad de salud mental.

En cada grupo para las variables cuantitativas se representa la media y su desviación estándar y para las variables cualitativas las frecuencias y sus porcentajes.

según los registros del servicio de urgencias, en el periodo de 12 meses desde su incorporación.

En cuanto a las faltas a consulta, el 40% de los pacientes faltó a alguna consulta durante el periodo de seguimiento, de los cuales un 37% no realizan RIS frente al 63% de pacientes con alguna falta que sí lo hicieron ($p=0,009$).

Con respecto a las escalas, BDI y BDE, se registra una mayor puntuación en los pacientes que realizan una RIS en comparación con los que no. Es estadísticamente significativa en la escala inicial ($p < 0,05$) y a los 12 meses en el caso de la escala BDI ($p < 0,009$). No hay evidencias de que la evolución en el tiempo de los que realizan RIS sea diferente a los que no la realizan (fig. 1).

Respecto a los impulsos suicidas (ítem 9 BDI), se observa una mejoría en las puntuación a los 6 y a los 12 meses tanto en la muestra total de pacientes como en los que realizan RIS ($p < 0,001$).

La intoxicación medicamentosa fue el método más empleado en el intento índice, con 240 casos (76%) y este porcentaje aumenta hasta el 96% (27 sujetos) en los que presentan RIS ($p < 0,05$). De los 27 pacientes que realizan RIS escogiendo la sobregesta de fármacos como método del intento índice, 25 (93%) mantienen el mismo método en la RIS ($p < 0,001$).

La probabilidad de RIS es significativamente mayor en los pacientes con historia de IS previo en los últimos 180 días en comparación con los que no tienen historia de IS o historia de IS previo entre 180-365 días o más tiempo.

Hubo 2 suicidios consumados en la muestra durante el seguimiento (0,9%). De ellos, uno se incluyó en el programa después de un IS tras la ingesta de fármacos, con posterior

suicidio consumado por precipitación; y el otro, se desconoce el método de suicidio consumado, se incorporó al programa por lesiones con arma blanca.

En el análisis multivariante (tabla 3) destaca que los pacientes que utilizan la intoxicación medicamentosa como método de intento índice tienen 5,4 veces más riesgo (IC95% 1,2-23,6) de realizar un nuevo IS que los pacientes que emplean otros métodos. Con respecto a la historia de IS previo al intento índice, tienen un riesgo 4,9 veces mayor (IC95% 1,7-14) de RIS durante los primeros 180 días, con una disminución progresiva a medida que pasa el tiempo.

En la figura 2 se muestran las curvas de supervivencia de los pacientes que realizan RIS durante el seguimiento en el PII, en función de las variables previamente analizadas y se reflejan las diferencias estadísticas encontradas entre ellas.

Discusión

En este estudio se observa que el porcentaje de RIS durante el PII se sitúa en torno al 10%, porcentaje similar a publicaciones de otros autores^{7,22}.

Con relación al objetivo principal del estudio, destacar que los principales factores que parecen relacionarse con la RIS son el método en el intento índice y los días transcurridos desde el IS previo al intento índice.

Los métodos empleados en el IS han demostrado tener un importante valor predictivo²³. El método más utilizado en la muestra para el intento índice fue la sobregesta de fármacos, acorde con los resultados de los estudios publicados, que lo consideran el método más utilizado tanto en el

Tabla 2 Variables sociodemográficas y clínicas de la muestra, considerando las RIS versus no RIS

| | Sociodemográficas | | | Valor de p |
|--|-------------------|-------------|-------------|------------|
| | Total | RIS | | |
| | | Sí (N:29) | No (N:290) | |
| Edad; media (DE) | 41,5 (14,6) | 39,3 (11,2) | 41,7 (14,9) | NS |
| Sexo (%) | | | | |
| Mujer | 237 (74,3%) | 23 (79,3%) | 214 (73,8%) | NS |
| Hombre | 82 (25,7%) | 6 (20,7%) | 76 (26,2%) | |
| Estado civil (%) | | | | |
| Casado | 134 (42,3%) | 15 (51,7%) | 119 (41,3%) | NS |
| Soltero | 99 (31,2%) | 7 (24%) | 92 (32%) | |
| Separado/Divorciado | 67 (21,1%) | 7 (24%) | 60 (20,8%) | |
| Viudo | 12 (3,8%) | 0 (0%) | 12 (4,2%) | |
| Estado laboral (%) | | | | |
| Activos | 68 (21,6%) | 7 (24%) | 61 (21,4%) | NS |
| Pensionistas | 52 (16,5%) | 5 (17,2%) | 47 (16,5%) | |
| Parados | 61 (19,4%) | 4 (13,8%) | 57 (20%) | |
| ILT | 68 (21,6%) | 9 (31%) | 59 (20,7%) | |
| Amas de casa | 40 (12,6%) | 2 (7%) | 38 (13,3%) | |
| Estudiantes | 23 (7,3%) | 2 (7%) | 21 (7,4%) | |
| Estudios (%) | | | | |
| Analfabeto | 7 (2,2%) | 1 (3,4%) | 6 (2,1%) | NS |
| Lee y escribe | 18 (5,7%) | 1 (3,4%) | 17 (6%) | |
| EGB-Primarios-FP | 167 (52,8%) | 16 (55,2%) | 151 (52,6%) | |
| Bachiller-ESO | 93 (29,4%) | 10 (34,5%) | 83 (29%) | |
| Diplomado-superior | 31 (9,8%) | 1 (3,4%) | 30 (10,5%) | |
| Estructura familiar (%) | | | | |
| Vive solo | 38 (12,1%) | 2 (7%) | 37 (13%) | NS |
| Pareja | 55 (17,5%) | 8 (28,6%) | 47 (16,4%) | |
| Familia nuclear | 145 (46,2%) | 12 (43%) | 133 (46,3%) | |
| Familia ampliada | 57 (18,1%) | 5 (18%) | 52 (18%) | |
| Institución | 3 (0,9%) | 0 (0%) | 3 (1%) | |
| Número convivientes; media (DE) | 3 (1,3) | 2,9 (1,1) | 3 (1,3) | NS |
| | | Clínicas | | |
| | Total | RIS | | Valor de p |
| | | Sí (N:29) | No (N:290) | |
| Procedencia (%) | | | | |
| Urgencias | 212 (66,6%) | 18 (62%) | 194 (67%) | NS |
| Atención Primaria | 24 (7,5%) | 1 (3,4%) | 23 (8%) | |
| USM | 39 (12,3%) | 4 (13,8%) | 35 (12%) | |
| Unidad de agudos | 17 (5,3%) | 1 (3,4%) | 16 (5,5%) | |
| Interconsulta hospitalaria | 25 (7,8%) | 5 (17,2%) | 20 (7%) | |
| Gravedad somática (%) | | | | |
| Leve | 206 (66,2%) | 17 (58,6%) | 189 (67%) | NS |
| Moderado | 65 (20,9%) | 6 (20,7%) | 59 (21%) | |
| Severo | 40 (12,9%) | 6 (20,7%) | 34 (12%) | |
| IS previo (sí) (%) | 157 (50,3%) | 17 (60,7%) | 140 (49,3%) | NS |
| Faltas a consulta (sí) (%) | 93 (40%) | 17 (63%) | 76 (37%) | 0,009 |

Cómo citar este artículo: Espandian A, et al. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2019. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.003>

Tabla 2 (continuación)

| | Clínicas | | | | Valor de p |
|--|-------------|------------|-------------|-------|------------|
| | Total | RIS | | | |
| | | Sí (N:29) | No (N:290) | | |
| Número faltas a consulta media (DE) | 0,95 (1,5) | 1,67 (1,7) | 0,8 (1,4) | 0,005 | |
| Antecedentes familiares de suicidio (%) | 28 (8,8%) | 3 (10,3%) | 25 (8,6%) | NS | |
| Escala BDI; media (DE) | | | | | |
| Inicial | 27,6 (9,3) | 31,4 (8,8) | 27,3 (9,2) | 0,025 | |
| 6 meses | 14 (10,2) | 17,0 (9,5) | 13,8 (10,2) | NS | |
| 12 meses | 14,4 (9,9) | 19,7 (9,6) | 13,42 (9,7) | 0,009 | |
| Escala BDE; media (DE) | | | | | |
| Inicial | 11,6 (5,4) | 13,5 (5) | 11,4 (5,4) | 0,05 | |
| 6 meses | 6,3 (5,5) | 7,2 (5,3) | 6,2 (5,5) | NS | |
| 12 meses | 6,6 (5,2) | 8,4 (5,7) | 6,3 (5) | NS | |
| Método intento índice (%) | | | | | |
| Intoxicación medicamentosa | 240 (75,7%) | 27 (93%) | 213 (74%) | 0,022 | |
| Resto de métodos | 77 (24,3%) | 2 (7%) | 75 (26%) | | |
| Diferencia fecha intento índice menos IS previa (%) | | | | | |
| No intentos previos | 181 (56,9%) | 12 (41,4%) | 170 (58,6%) | 0,033 | |
| Menor de 180 días | 30 (9,4%) | 7 (24%) | 23 (8%) | | |
| De 180 a 365 días | 11 (3,5%) | 1 (3,4%) | 10 (3,4%) | | |
| Más de 365 días | 96 (30,2%) | 9 (31%) | 87 (30%) | | |
| Diagnósticos (CIE-10) (%) | | | | | |
| Trastorno psicótico | 9 (2,8%) | 1 (3,4%) | 8 (2,8%) | 0,035 | |
| Trastorno ansiedad | 8 (2,5%) | 3 (10,3%) | 5 (1,7%) | | |
| Trastorno afectivo no reactivo | 64 (20,1%) | 9 (31%) | 55 (19%) | | |
| Trastorno adaptativo-Reacción depresiva prolongada | 182 (57,1%) | 11 (38%) | 171 (59%) | | |
| Trastorno personalidad | 38 (11,9%) | 3 (10,3%) | 35 (12%) | | |
| Otros trastornos | 18 (5,6%) | 2 (7%) | 16 (5,5%) | | |

BDE: Escala de Desesperanza de Beck; BDI: Inventario de Depresión de Beck; CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales; DE: desviación estándar; EGB: Educación General Básica; ESO: Educación Secundaria Obligatoria; FP: Formación Profesional; ILT: incapacidad laboral transitoria; IS: intento de suicidio; NS: no significativo; RIS: repetición de intento de suicidio; USM: unidad de salud mental.

En cada grupo para las variables cuantitativas se representa la media y su desviación estándar y para las variables cualitativas las frecuencias y sus porcentajes.

IS como en la RIS, y con una prevalencia elevada en el sexo femenino^{17,24,25}, teniendo en cuenta que en el presente estudio el 74,3% son mujeres. Señalar que casi la totalidad de las RIS sale de este grupo, con empleo de métodos de letalidad similar al intento índice.

Estos datos subrayan la necesidad de prestar más atención y no subestimar la peligrosidad de la sobreingesta de fármacos ya que el riesgo de RIS es elevado, sobre todo en los primeros 180 días tras el intento.

Por otra parte, la historia previa de IS es señalada como uno de los factores de riesgo más predictivos de futuros comportamientos suicidas²⁶⁻²⁸. Hasta dos tercios de los individuos que realizan un IS, tienen historia previa de intento²⁹. En nuestro estudio, el 50% de la muestra tiene historia previa de intento y esta tasa se eleva a un 60% en el grupo de pacientes que realizan RIS durante el periodo de seguimiento.

Una variable de alto interés y relacionada con el intento previo es el tiempo transcurrido desde el último intento. Durante los primeros 180 días e incluso durante el primer

año después del IS, el riesgo aumenta considerablemente³⁰. Estudios recientes estiman que la incidencia en el primer año es del 16% para la RIS y del 2% para el suicidio consumado³¹. En el presente estudio, la tasa de RIS fue mayor en los pacientes con historia de intento previo en los últimos 180 días, con un riesgo 5 veces mayor y un descenso gradual con el paso del tiempo. Según algunos autores, podría estar en relación con la mayor accesibilidad a la memoria de los recuerdos del intento previo, por lo que ante un mínimo estímulo se desencadena un nuevo IS³².

El papel de los trastornos mentales como factores de riesgo de IS es bien conocido. El trastorno adaptativo-reacción depresiva prolongada es el más prevalente en este estudio y su sintomatología afectiva es moderada. Por otro lado, el trastorno afectivo no reactivo es el más frecuente en los pacientes con RIS, dejando claro que a una mayor sintomatología depresiva le corresponde un mayor riesgo de RIS. Estos datos son concordantes con los que refleja el Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Barcelona, donde el trastorno afectivo no reactivo representa el 48% de la

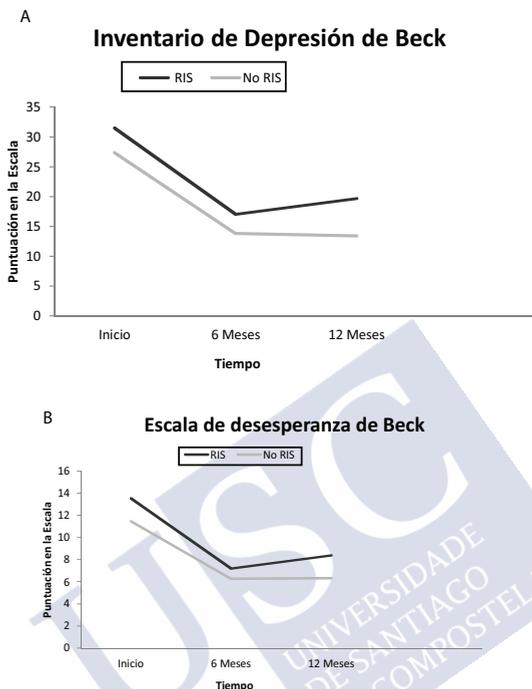


Figura 1 A. Evolución de la puntuación del BDI a lo largo del tiempo. B. Evolución de la puntuación del BDE a lo largo del tiempo. BDE: Escala de Desesperanza de Beck; BDI: Inventario de Depresión de Beck; RIS: repetición de intento de suicidio.

Tabla 3 Análisis multivariante. Modelo de regresión logística

| Variable | OR | IC95% | Valor de p |
|---|------|------------|------------|
| Método de intento índice | | | |
| Otros métodos | 1 | - | |
| Medicación | 5,38 | 1,22-23,64 | 0,026 |
| Días desde el intento previo al intento índice | | | |
| No intento previo | 1 | - | |
| < 180 días | 4,86 | 1,69-14 | 0,003 |
| 180-365 días | 1,86 | 0,21-16,51 | 0,577 |
| > 365 días | 1,46 | 0,59-3,62 | 0,416 |

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.
En negrita, valores estadísticamente significativos.

muestra^{7,33,34}. Niveles elevados de depresión y desesperanza se asocian a RIS. La desesperanza se considera el factor psicológico más influyente en relación con el riesgo de IS; el 91% de los pacientes que realizan IS expresan desesperanza en la escala de Beck³³.

Se recoge en la muestra una mayor puntuación en las escalas de Beck (BDI y BDE) en los pacientes que realizan un nuevo IS durante el programa en comparación con los que no lo hacen, coincidiendo con los registros de otras publicaciones en las que se vio una mayor puntuación en los pacientes con múltiples intentos, comparados con los que realizan un solo intento²⁷.

Las escalas de Beck tienen excelentes propiedades psicométricas por lo que pueden ser consideradas una herramienta útil para valorar los niveles de depresión y desesperanza³⁵. El descenso en la puntuación de los test a los 6 meses podría ser reflejo de la utilidad de la intervención que se realiza en el PII, tal como recogen otras publicaciones, en la que se demuestra una reducción de los niveles de depresión y desesperanza significativamente mayor con la intervención especializada con relación a la estándar³⁶. Se produce un aumento de la puntuación a los 12 meses, en los pacientes que presentan RIS, sobre los que no realizan RIS. Una RIS implica una nueva elevación de los niveles de depresión y desesperanza, reflejado en la puntuación de las escalas, lo que nos haría plantear la necesidad de reiniciar la intervención en dichos pacientes.

Cómo citar este artículo: Espandian A, et al. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2019. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.003>

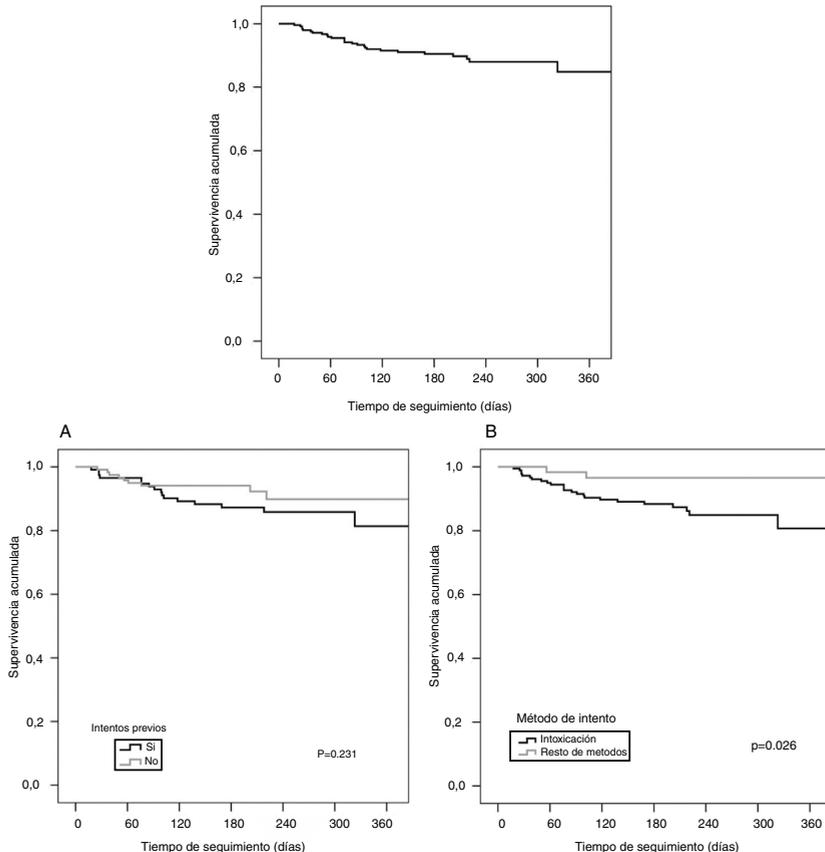


Figura 2 Curvas de supervivencia de repetición de intento de suicidio durante el seguimiento en el PII. A: En función de los intentos previos; B: En función del método de intento.

Con relación a los pacientes que no presentan RIS, el descenso acusado de la puntuación no persiste después de los 6 meses ya que nos encontramos con valores próximos a la normalidad.

Respecto al Ítem 9 del BDI, la menor puntuación a los 6 y 12 meses es reflejo de la reducción del impulso suicida y, por tanto, la mejoría clínica.

A diferencia de lo observado en estudios previos, no se ha encontrado asociación estadística entre RIS y las variables sociodemográficas^{30,31}.

La probabilidad de RIS en los pacientes que faltan a consulta del PII es mayor que en los pacientes que abandonan el programa. Es probable que estos últimos necesiten menos la intervención ya que son pacientes menos graves. Esto queda

reflejado por la menor edad, la presencia de una menor gravedad somática en el intento índice y una menor prevalencia del diagnóstico del trastorno afectivo no reactivo en comparación con los pacientes que no abandonan. En los pacientes que realizan RIS, casi el 60% no asistió a alguna consulta durante el PII, el doble que los que no presentan RIS.

Finalmente matizar que en el PII, como en otros programas que se han diseñado para prevenir la RIS, el foco de acción se centra principalmente en el seguimiento estrecho de los pacientes en los primeros meses tras el IS y el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico del trastorno afectivo no reactivo. El esfuerzo en dichos puntos se debe principalmente a su nivel de evidencia en las estrategias de prevención^{11,14,22,25,37}.

Este estudio presenta algunas *limitaciones*. Por un lado, el carácter retrospectivo del estudio facilita la aparición de sesgos debido a la dificultad en la recogida y calidad de la información. Por otro lado, están los abandonos; 70 pacientes de la muestra abandonan el programa a lo largo de los 12 meses de seguimiento, de los cuales 5 realizan una RIS tras el abandono según los registros del EOXI; pero, es posible que algunos RIS no hayan pasado por el servicio de urgencias del EOXI, por lo que se podría carecer del registro completo de los pacientes que realizasen RIS. La falta de homogeneidad de la intervención médica tras el intento índice es otra limitación; las intervenciones variaron según la gravedad del IS, pudiendo ir desde una entrevista psiquiátrica y derivación al PII hasta un ingreso hospitalario en la unidad psiquiátrica de agudos. Sin embargo, el protocolo de intervención tiende a evitar el ingreso y promueve la derivación a la unidad del PII, ya que los recursos son limitados, y en caso de ingreso son de corta duración, por lo que se mantiene una relativa homogeneidad de las intervenciones. Por otra parte, existen una serie de sujetos que han podido realizar un IS sin haber sido atendidos y registrados por el servicio de urgencias del EOXI ya sea porque son valorados por centros sanitarios privados o simplemente porque no acuden a ningún centro sanitario.

Los criterios de inclusión del PII abarcan todos los IS independientemente de la gravedad, lo que puede generar un sesgo de selección. Si bien es conveniente un tiempo de seguimiento para determinar de forma adecuada la gravedad de los trastornos, teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes no son conocidos para la red asistencial, lo que lleva al riesgo de no incluir a pacientes de evolución grave que pueden desencadenar un suicidio consumado.

Por último reseñar que la muestra es muy específica y no se puede considerar totalmente representativa de los casos que realizan tentativa de suicidio; esta limitación está en relación con la dispersión geográfica del área del estudio.

La unidad del PII está en Ourense ciudad, lo que conlleva que muchos pacientes prefieran realizar un seguimiento por su psiquiatra del hospital comarcal de referencia (Verin y el Barco de Valdeorras) ya que la distancia es considerable y supone una limitación para el seguimiento.

Ante los resultados obtenidos en este estudio hay que resaltar que, aunque los psicofármacos son necesarios para el tratamiento psicopatológico, el alto riesgo de mal uso, constatado ya en el intento previo, obliga a un seguimiento más estrecho del paciente.

Resulta de suma importancia el reconocimiento de los pacientes con historia de IS previo, con necesidad de un seguimiento más estrecho durante los primeros 180 días, evitando una baja adherencia a la consulta. Por ello hay que insistir en la necesidad de una recogida de la información lo más exhaustiva posible y en la creación de un sistema de advertencia informático, que alerte al clínico del paciente con historia de intento previo, especialmente en el periodo señalado.

Conclusiones

En el momento actual carecemos de test psicológicos, técnicas clínicas o marcadores biológicos con la sensibilidad y especificidad suficientes para predecir RIS³⁰. El valor de los

resultados de este estudio radica en que variables como el diagnóstico de trastorno afectivo no reactivo, la puntuación elevada en las escalas de Beck, la historia de IS previa (principalmente en los últimos 6 meses) y la sobre-ingesta de fármacos, indican un alto riesgo de RIS, por lo cual, investigar su presencia supone una herramienta fundamental para el clínico, ya que permite estimar el nivel de riesgo del paciente y así realizar una intervención más individualizada y acertada. Sin olvidar que los datos indican que todo paciente que haya realizado un IS debe ser seguido más estrechamente durante los primeros 180 días tras el intento. Sería recomendable la aplicación de diferentes estrategias de prevención, en base a los factores de riesgo más destacados, con el fin de disminuir tanto la tasa de RIS como de suicidios consumados.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de paciente.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Unidad de Psiquiatría de Orense por su colaboración, a Fiz Lagoa Labrador por su apoyo estadístico y a Susana Rigueira Rey por la realización del abstract.

Bibliografía

1. Sáiz P, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2014;7:1-4.
2. World Health Organization. Mental health. Suicide data. Geneva; 2018 [consultado 26 Oct 2018]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
3. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2017. Datos provisionales notas de prensa Madrid: INE; Dic. 2018 [consultado 03 Ene 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/prensa/edcm.2017.pdf>.
4. Cayuela A, Cayuela L, Sánchez Gayango A, Rodríguez-Domínguez S, Pilo Uceda FJ, Velasco Quiles AA. Tendencias de la mortalidad por suicidio en España, 1980-2016. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.07.002>.
5. Giner L, Guija J. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;7:139-46.

Cómo citar este artículo: Espandian A, et al. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.003>

6. Martínez-Alés G, Mascayano F, Bravo-Ortiz MF. Suicidio: contextos y personas. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2018; <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.05.001>.
7. Tejedor C, Díaz A, Faus G, Pérez Solà V, Solà Arnau I. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Españolas Psiquiatr*. 2011;39:280-7.
8. Iglesias-García C, Sáiz P, Burón P, Sánchez-lasheras F, Jiménez-Treviño L, Fernández-Artamendi S, et al. Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2017;10:70-7.
9. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373:1372-81.
10. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand*. 2006;114:151-8.
11. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:646-59.
12. Gómez-Durán EL, Forti-Buratti MA, Gutiérrez-López B, Belmonte-Ibáñez A, Martín-Fumadó C. Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2016;9:31-8.
13. Commission E. The state of mental health in the European Union. Bruxelles: European Commission; 2004 [consultado 13 Mar 2017]. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:The+State+of+Mental+Health+in+the+European+Union#2>.
14. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe?: A consensus position paper. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2017;27:418-21.
15. Instituto Nacional de Estadística. Cifras oficiales de población resultante de la revisión del padrón municipal [consultado 22 May 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2885>.
16. Reijas T, Ferrer E, González A, Iglesias F. Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013;41:279-86.
17. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: A framework. Geneva: World Health Organization; 2012 [consultado 21 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/75166>.
18. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. En: *Clasificación Internacional de Enfermedades*. 10ª edición. Ginebra: OMS; 1992.
19. Beck AT, Weissman A, Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42:861-5.
20. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
21. Conde López C, Usero Serrano E. Escala de depresión de Beck. *Rev Psiquiatr y Psicolog Med*. 1975;12:218-36.
22. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí 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;147:269-76.
23. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Långström N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: National long term cohort study. *Br Med J*. 2010;341:c3222.
24. Barroso Martínez AA. Repensar el suicidio en los espacios urbanos y rurales. Un posicionamiento crítico a la investigación del suicidio en Castellón. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2018; [10.1016/j.rpsm.2018.04.001](http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.04.001).
25. Hawton K, Bergen H, Cooper J, Turnbull P, Waters K, Ness J, et al. Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *J Affect Disord*. 2015;175:147-51.
26. López-Goní JJ, Goñi-Sarriés A, Azcárate-Jiménez L, Sabater-Maestro P. Repetición de conductas suicidas en urgencias psiquiátricas en pacientes sin intentos previos, index y repetidores: un estudio prospectivo. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2018; <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.07.003>.
27. Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatry*. 2004;161:437-43.
28. Fernández Pelaez AD, Rodríguez Revuelta J, Abad I, Velasco Á, Burón P, García-Portilla MP, et al. A propósito de la utilidad de la Escala Abreviada de Personalidad y Acontecimientos Vitales (S-PILE) en la detección de las tentativas de suicidio. *Rev Psiquiatr y salud Ment (Barc.)*. 2017;10:218-9.
29. Wang L-J, Huang Y-C, Lee S-Y, Wu Y-W, Chen C-K. Switching suicide methods as a predictor of completed suicide in individuals with repeated self-harm: A community cohort study in northern Taiwan. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49:65-73.
30. Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Guía de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. 2012.
31. 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.
32. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, et al. Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *Am J Psychiatry*. 2005;162:297-303.
33. World report on violence and health. Geneva: WHO. 2002 [consultado 18 May 2017]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7_eng.
34. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobs J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2012;5:8-23.
35. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients?: A 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:371-7.
36. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan Med Bull*. 2007;54:306-69.
37. Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2015;175:66-78.

Cómo citar este artículo: Espandian A, et al. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.003>



Publicación en formato de póster en el Congreso Europeo de Psiquiatría (The 28th European Congress of Psychiatry, which was held on 4-7 July 2020)

Suicide impulse and repeated attempts in patients with ideation or suicidal attempt after an intensive intervention.

Ashkan Espandian^a, Gerardo Florez^b, Pilar A. Saiz^c

^aServicio de psiquiatría. Hospital Universitario del Bierzo. Ponferrada. ^bUnidad de Adicciones, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM), España. ^cUniversidad de Oviedo, Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Oviedo, España.

Introduction: Currently, suicide is a serious public health problem due to its elevated prevalence, and the lack of adequate preventive strategies implementation. Nowadays, there is intense work on the search of suicide predictors^{1,2}.

Objectives: To evaluate the suicidal impulse (SI) score (item 9 of the Beck Depression Inventory) and the percentage of repeated attempts (RA) in a sample of patients with ideation or suicidal attempt (SA), who are followed up in an intensive intervention program (IIP).

Methods: Implemented in the city of Ourense, the IIP is an assistance and preventive program for suicidal behavior. The sample is made up of patients included in the IIP due to SA or ideation. The following variables were registered during the 12-month follow-up: socio-demographic and clinical, RA and the Beck Depression Inventory and Hopelessness Scale (baseline, 6 months and 12 months)

Results: Of the 448 patients included in the program, 319 were due to SA and 129 to ideation. RA during the program was 29 (9%) and 6 (4.65%) respectively. SI changed from a 100% of the patients with clear plans to commit suicide at the beginning of the program, to 50%, in the SA group, and 66.67%, in the ideation group, with no plans to commit suicide after a 12-month follow-up.

| | Suicidal Ideation | | | P-value |
|--|----------------------|-------------------|--|---------|
| | No repeated attempts | Repeated attempts | | |
| Age | 46.57 ± 16.3 | 41.88 ± 11.9 | | |
| Sex (female) | 67 (54.47%) | 5 (83.33%) | | |
| Family history of suicide | 10 (8.13%) | 2 (33.33%) | | 0.0967 |
| Previous suicide attempt | 41 (33.61%) | 4 (66.67%) | | |
| Non-attendance of medical appointments | 37 (40.22%) | 1 (20%) | | |
| Number of missed appointments | 0.85 ± 1.41 | 1.4 ± 3.13 | | |

| | Suicidal Attempt | | | P-value |
|--|----------------------|-------------------|--|---------|
| | No repeated attempts | Repeated attempts | | |
| Age | 41.79 ± 14.95 | 39.38 ± 11.23 | | |
| Sex (female) | 213 (73.96%) | 23 (79.31%) | | |
| Family history of suicide | 25 (8.68%) | 3 (10.34%) | | |
| Previous suicide attempt | 139 (49.29%) | 17 (60.71%) | | |
| Non-attendance of medical appointments | 76 (37.25%) | 17 (62.96%) | | |
| Number of missed appointments | 0.87 ± 1.44 | 1.67 ± 1.75 | | 0.0055 |

| | Suicidal impulse (Item 9 of the Beck Depression Inventory) | | | | | |
|---|--|-------------|------------|------------|------------|--|
| | Suicidal Ideation | | | | | |
| | 6 months | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | P-value | |
| Baseline | 1 | 5 (83.33%) | 0 (0%) | 1 (16.67%) | 0 (0%) | |
| | 2 | 19 (86.36%) | 3 (13.64%) | 0 (0%) | 0 (0%) | |
| | 3 | 24 (60%) | 4 (10%) | 11 (27.5%) | 1 (2.5%) | |
| | 4 | 4 (57.14%) | 1 (14.29%) | 1 (14.29%) | 1 (14.29%) | |
| 6 months | 1 | 4 (100%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | |
| | 2 | 13 (72.22%) | 3 (16.67%) | 2 (11.11%) | 0 (0%) | |
| | 3 | 14 (46.67%) | 6 (20%) | 10 (33.3%) | 0 (0%) | |
| | 4 | 4 (66.67%) | 0 (0%) | 2 (33.3%) | 0 (0%) | |
| 1. I don't have any thoughts of killing myself 2. I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out. 3. I would like to kill myself 4. I would kill myself if I had the chance | | | | | | |

| | Suicidal impulse (Item 9 of the Beck Depression Inventory) | | | | | |
|---|--|-------------|-------------|------------|----------|--------|
| | Suicidal Attempt | | | | | |
| | 6 months | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | P-value | |
| Baseline | 1 | 53 (85.5%) | 4 (6.5%) | 5 (8.1%) | 0 (0%) | |
| | 2 | 22 (84.6%) | 3 (11.5%) | 1 (3.8%) | 0 (0%) | |
| | 3 | 50 (57.5%) | 15 (17.2%) | 21 (24.1%) | 1 (1.1%) | ≤0,001 |
| | 4 | 3 (60%) | 0 (0%) | 2 (40%) | 0 (%) | |
| 6 months | 1 | 38 (92.68%) | 2 (4.88%) | 1 (2.44%) | 0 (0%) | |
| | 2 | 11 (64.71%) | 4 (23.53%) | 2 (11.76%) | 0 (0%) | ≤0,001 |
| | 3 | 31 (48.44%) | 17 (26.56%) | 16 (25%) | 0 (0%) | |
| | 4 | 2 (50%) | 1 (25%) | 1 (25%) | 0 (%) | |
| 1. I don't have any thoughts of killing myself 2. I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out. 3. I would like to kill myself 4. I would kill myself if I had the chance | | | | | | |

Conclusions: The IIP shows strong effectiveness in patients with ideation or suicidal attempts. The percentage of RA is reduced parallel to the SI punctuation reduction during the intervention period^{3,4,5}. After the intervention period of the program, in the following 6 months we observe that low levels of suicidal impulse persist, from which we can conclude that the effect of the intervention persists over the time.

References:

- Sáiz P, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc). 2014;7:1-4.
- Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van den Heeren K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe?: A consensus position paper. EurNeuropsychopharmacol. 2017;27:418-21.
- Cebriá AI, Parra J, Pámiás M, Escayola A, García-Parés G, Puntí 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;147:269-76.
- Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. Am J Psychiatry. 2004; 161:437-43.
- Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients?: A 20-year prospective study. J Consult Clin Psychol. 2000; 68:371-7.

Ashkan Espandian. Servicio de psiquiatría. Hospital Universitario del Bierzo. Ponferrada. Correo electrónico: aespandian@yahoo.es. Copyright © 2020



10.2 ANEXO 2. NIVEL DE GRAVEDAD DEL FACTOR DE RIESGO

| Factores de riesgo | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Riesgo severo | | Riesgo moderado | |
| Sexo, edad y residencia | | Sexo, edad y residencia | |
| Hombre | | Mujer | |
| Medio rural | | Medio urbano | |
| > 65 años | | > 65 años | |
| Trastorno mental | | Trastorno mental | |
| Depresión mayor | Grave | Depresión mayor | Moderado |
| | Elevada ansiedad | Trast. bipolar | Episodio depresivo moderado |
| | Escasa inhibición conductual | | Episodio maniaco/hipomaniaco |
| | Sin retardo psicomotor | | Otros |
| Con características psicóticas | Trast. psicótico | | |
| Trast. bipolar | Episodio de depresión mayor | Trast. de la personalidad | Límite |
| | Con características psicóticas | | Antisocial |
| | Características mixtas | Trast. ansiedad | Fobias |
| Trast. psicótico | Episodio agudo | Trast. conducta alimentaria | Ataques de pánico |
| | Asociado a depresión | | Anorexia nerviosa |
| | Primeros años de diagnóstico | Trast. obsesivo-compulsivo | |
| Mala adherencia terapéutica | | | |
| Consumo de sustancias | | Otros trast. mentales | |
| Trast. por consumo de alcohol | Grave | Consumo de sustancias | |
| | Actualmente activo | Trastorno por consumo grave | Cannabis |
| | Asociado a enfermedad mental | | Alucinógenos |
| Asociado al consumo de otros tóxicos | Opiáceos | | |
| | | | Estimulantes (cocaína, anfeta.) |
| | | | Sedantes/hipnóticos/ansiolítico |
| | | | Asociado a enfermedad mental |

| Factores de riesgo | | | |
|--------------------------------------|-----------------|--|-----------------|
| Riesgo severo | | Riesgo moderado | |
| Intento autolítico previo | | Intento autolítico previo | |
| Número | 3 o más | Tiempo | 6 a 12 meses |
| Tiempo | Últimos 6 meses | Método | Letalidad media |
| Método | Alta letalidad | Ideación autolítica | |
| Planificación | Sí | Frecuencia semanal | |
| Ideación autolítica | | Socioeconómico/laboral/educativo | |
| Frecuencia diaria | | Desempleado/jubilación | |
| Asociación a intento autolítico | | Bajo nivel educativo y cultural | |
| Intento autolítico actual | | Nivel social deprimido | |
| Método de alta letalidad | | Estado civil | |
| Planificado | | Divorciado | |
| Carta de despedida | | Viudo | |
| Medidas de evitación de rescate | | Acontecimientos vitales (Factores precipitantes) | |
| Enfermedad física incapacitante | | Pérdida de seres queridos | |
| Dolor crónico | | Enfermedades somáticas | |
| Enfermedad de mal pronóstico | | Violencia de género | |
| Pérdida de movilidad | | Abusos sexuales | |
| Antecedentes | | Problemas con la justicia | |
| Suicidio en familiar de primer grado | | Factores psicológicos | |
| | | Desesperanza | |
| | | Impulsividad | |
| | | Antecedentes | |
| | | Suicidio en familiar de segundo grado | |

10.3 ANEXO 3. FACTORES DE PROTECCIÓN

| <i>Personales o propios del individuo</i> | | Sociales y medioambientales |
|--|--|--|
| Actitudes y valores del propio individuo | | Tener un buen apoyo familiar y social |
| Habilidades en la resolución de conflictos o problemas | | Integración social |
| Presencia flexibilidad cognitiva | | Accesibilidad a los dispositivos de salud |
| Tener confianza en uno mismo | | Tratamiento integral, permanente y a largo plazo a pacientes con trastornos mentales |
| Habilidades para las relaciones personales e interpersonales | | |
| Creencias religiosas que desapruében el suicidio | | Control a la hora de adquirir armas o medicaciones potencialmente letales |
| Autocontrol de la impulsividad y manejo de la ira | | |





10.4 ANEXO 4 CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INTENSIVA

Criterios Positivos:

1. Criterios generales de inclusión: Pacientes derivados desde Atención Primaria, Urgencias Psiquiátricas o Unidades de Agudos que hayan realizado un intento de suicidio o que tengan ideas de suicidio de riesgo.
2. Qué pacientes: (Para los pacientes derivados desde la Unidad de Agudos y Urgencias de Psiquiatría, serán aquellos cuyo problema principal sea la conducta suicida):
 - a. Pacientes que hayan realizado un intento de suicidio previo.
 - i. Cualquier intento de suicidio realizado en el último mes.
 - ii. Pacientes con ideación suicida persistente al menos durante la última semana.
 - b. Valorar derivación en aquellos que no cumplan los anteriores: Menos de una semana con ideas de suicidio, sin antecedentes de intentos de suicidio o sospecha de que tenga ideas de suicidio sin explicitarlas, las siguientes posibilidades:
 - i. Diagnóstico psiquiátrico presente (especialmente depresión mayor, o esquizofrenia).
 - ii. Acontecimiento vital percibido por el paciente como severo, prolongado y/o de difícil solución. Desesperanza como marcador de alto riesgo.
 - iii. Edad alta (> 60 años)
 - iv. Varón.
 - v. Escaso apoyo social (soledad).
 - vi. Pensar en haber utilizado medios físicos. O tener otra idea o intento de suicidio de alto riesgo.

- vii. Dolor-discapacidad-cronicidad. Sobre todo en pacientes diagnosticados recientemente de enfermedad que perciban como una pérdida de funcionalidad o empeoramiento de calidad de vida.
3. Solo serán derivados a esta unidad pacientes candidatos a tratamiento ambulatorio que tras entrevista inicial acepten medidas de seguridad de situación de riesgo de suicidio y que expresen intención de controlar impulsos suicidas.

Medidas de seguridad:

- Acompañamiento por allegado.
- Retirada de medio empleado o planeado.
- Toma de medicación supervisada.
- Acepta tratamiento ambulatorio.

- En caso de duda, la derivación se realizará para valoración de su inclusión en el programa, siendo entonces aconsejable contacto telefónico: **690604132** de 9.00 a 15.00 h.

Criterios Negativos:

- Para los derivados desde Atención Primaria: Pacientes ya a tratamiento en Unidades de Salud Mental.
- Aquellos que cumplan criterios de urgencia. Deberán ser remitidos a urgencias:

Criterios de urgencia:

- Rechazo de medidas de control y tratamiento ambulatorio.
- Presencia de clínica psicótica activa.
- Agitación psicomotriz.
- Depresión inhibida con deterioro de estado general.

- Los pacientes con intento de suicidio en las 24 horas previas deberán ser remitidos a Urgencias Hospitalarias.
- Pacientes con diagnóstico de síndrome de dependencia.

10.5 ANEXO 5. PLANTILLA DE REGISTRO

| | | | | | |
|------------------|---|--------------------|--|-------------------|--|
| Centro de Salud: | | Médico de familia: | | Fecha derivación: | |
| | | | | Fecha consulta: | |
| Procedencia | 1.- Urgencias 2.- Atención Primaria 3.- USM 4.- Agudos 5.- Interconsulta hospitalaria 6.- Otra procedencia | Conducta Suicidio | 1.- Riesgo de suicidio 2.- Ideas de suicidio 3.- Intento de suicidio 4.- Otro | | |

Datos sociodemográficos

| Fecha de nacimiento: | Sexo | Estado civil | Estudios | Situación laboral |
|---|------------------------|---|--|--|
| __ / __ / ____ | 1.- Mujer 2.- Varón | 1.- Soltero 2.- Casado 3.- Separado/ Divorciado 4.- Viudo 5.- Otro | 1.- Analfabeto 2.- Lee y escribe 3.- EGB- primarios-FP 4.- Bachiller-ESO 5.- Diplomado- Superior 6.- Otro | 1.- Activo 2.- Jubilado- pensionista 3.- Parado 4.- ILT 5.- Ama de casa 6.- Estudiante 7.- Otro |
| Número de convivientes: _____ personas | | Estructura familiar | | |
| | | 1.- Vive solo 2.- Pareja 3.- Familia nuclear 4.- Familia ampliada 5.- Institución 6.- Otro | | |

Antecedentes personales

| | |
|---------------------------|---|
| Consumo de alcohol | 1.- Sí 2.- No 3.- Desconocido |
| Intentos suicidio previos | 1.- Sí 2.- No. 3.- Desconocido Número: _____ Fechas: __ / __ / ____ ; __ / __ / ____ ; __ / __ / ____ ; __ / __ / ____ ; __ / __ / ____ ; __ / __ / ____ ; __ / __ / ____ ; __ / __ / ____ ; __ / __ / ____ ; __ / __ / ____ ; __ / __ / ____ |
| Tratamiento al inicio | 1.- Sí 2.- No 3.- No procede 4.- Desconocido Especificar: 1.- Antidepresivos 2.- Benzodicepinas 3.- Eutimizantes 4.- Antipsicóticos 5.- Otros Dosis equivalentes (DE) Benzodicepinas: _____ DE antipsicóticos _____ mgr/d |

Conducta suicida índice

Intento de suicidio:

- Fecha intento: __ / __ / ____

- Tipo: **1.** Gesto-amenaza **2.** Autolesión **3.** Suicidio frustrado.

- Método:

A. Fármacos

B. Violentos

(especificar) _____

- Ingesta de alcohol en torno al intento

- Gravedad: **1.** Leve **2.** Moderado **3.** Grave

- Intención letal (autoinforme del paciente): **1.** Leve **2.** Moderado **3.** Grave

Ideación Suicida:

- Tiempo ideación suicida previa: _____ (días)

- Planificación:

○ Método: sí no _____

○ Plan: sí no _____

○ Letal: sí no _____

- Detección:

○ Verbalización espontánea.

○ Exploración médico cabecera o psiquiatra.

○ Familiar.

- Intencionalidad-impulso suicida:

○ Clara.

○ Ambivalente.

○ Nula.

Registro de conducta SUICIDA

Cubrir una copia cada vez que se recaiga en intento o ideación durante el tratamiento.

Intento de suicidio:

- Fecha intento: __ / __ / ____

- Tipo: **1.** Gesto-amenaza **2.** Suicidio frustrado **3.** Autolesión

- Método:

A. Fármacos

B. Violentos

(Especificar) _____

- Ingesta de alcohol

- Tiempo entre ideación suicida y acto: **1.** < 1 hora. **2.** 1-24 horas. **3.** > 24 horas. Especificar _____ (días)

- Gravedad: **1.** Leve **2.** Moderado **3.** Grave

Faltas a consulta:

***** (remitir copia al final del programa)

____/____/____; _____
____/____/____; _____
____/____/____; _____
____/____/____; _____
____/____/____; _____
____/____/____; _____
____/____/____; _____
____/____/____; _____
____/____/____; _____

Cierre del caso: (remitir copia al final del programa)

Alta:

Fecha: ____/____/____

Causa:

- 1.- Traslado a otra área sanitaria.
- 2.- Ingreso agudos.
- 3.- Exitus.
- 4.- Iniciativa del paciente.
- 5.- Indicación médica. Especificar: _____
- 6.- Fin del programa.

10.6 ANEXO 6. ESCALAS DE VALORACIÓN PSICOMÉTRICAS

Las escalas se han escogido por ser autoadministradas y de uso generalizado en salud mental.

Escala de depresión de Beck:

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación

- No creo ser peor que otros
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- Tengo planes decididos de suicidarme
- Me mataría si pudiera
- No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Periodos de llanto

- No lloro más de lo habitual
- Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo
- Ahora lloro continuamente.
No puedo evitarlo
- Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad

- No estoy más irritable que normalmente
- Me irrito con más facilidad que antes
- Me siento irritado todo el tiempo
- Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

12. Aislamiento social

- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- Me intereso por la gente menos que antes
- No he perdido mi interés por los demás
- He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

13. Indecisión

- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- Tomo mis decisiones como siempre
- Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14. Imagen corporal

- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- Me siento feo y repulsivo
- No me siento con peor aspecto que antes
- Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

15. Capacidad laboral

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en nada
- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. Trastornos del sueño

- Duermo tan bien como antes
- Me despierto más cansado por la mañana
- Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17. Cansancio

- Me canso más fácilmente que antes
- Cualquier cosa que hago me fatiga
- No me canso más de lo normal
- Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. Pérdida de apetito

- He perdido totalmente el apetito
- Mi apetito no es tan bueno como antes
- Mi apetito es ahora mucho menor
- Tengo el mismo apetito de siempre

19. Pérdida de peso

- No he perdido peso últimamente
- He perdido más de 2,5 kg
- He perdido más de 5 kg
- He perdido más de 7,5 kg

20. Hipocondría

- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- Estoy preocupado por dolores y trastornos
- No me preocupa mi salud más de lo normal
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. Libido

- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- He perdido todo mi interés por el sexo
- Apenas me siento atraído sexualmente
- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

Autores: A. T. Beck, C.H.Ward, M.Mendelson, J.Mock, J. Erbaugh.

Referencia: *An inventory for measuring depression.* Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-571.

Evalúa: La gravedad del cuadro depresivo.

N.º de ítems: 21 (versión abreviada, 13).

Administración: Autoaplicada.

DESCRIPCIÓN:

El BDI consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

Es, dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck.

Otro elemento distintivo en cuanto a síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad.

Autoaplicada, aunque inicialmente había sido diseñada para administrar mediante entrevista.

Existen varias versiones de diferente extensión:

Una versión más extensa de 42 ítems, en la que el orden de los ítems ha sido modificado de tal forma que empieza por los ítems más neutros, como dolores de cabeza y apetito.

Una versión más breve de 13 ítems.

El BDI ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Useros.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

En la versión de 21 ítems el valor de cada una de las respuestas a cada uno de los ítems es distinto y se refiere a continuación (el valor de cada una de las opciones de respuesta sigue el orden en que aparecen en el cuestionario).

- _ Ítem 1: 2 (esta tristeza me produce...); 0 (no me encuentro triste); 1 (me siento algo triste y deprimido); 3 (ya no puedo soportar esta pena); 2 (tengo siempre como una pena encima...).
- _ Ítem 2: 1-2-0-2-3.
- _ Ítem 3: 3-1-2-0-2.
- _ Ítem 4: 2-1-1-0-3.
- _ Ítem 5: 1-2-2-3-0.
- _ Ítem 6: 1-3-0-2-3.
- _ Ítem 7: 1-1-2-2-0.
- _ Ítem 8: 0-2-3-2-1.
- _ Ítem 9: 1-2-2-3-2-0.
- _ Ítem 10: 0-3-2-1.
- _ Ítem 11: 0-1-2-3.
- _ Ítem 12: 3-1-0-2.
- _ Ítem 13: 1-0-3-2.
- _ Ítem 14: 1-3-0-2.
- _ Ítem 15: 0-1-3-2-1.
- _ Ítem 16: 0-1-2-2-2-3-3-3.
- _ Ítem 17: 1-2-0-3.
- _ Ítem 18: 3-1-2-0.
- _ Ítem 19: 0-1-2-3.
- _ Ítem 20: 2-1-0-3.
- _ Ítem 21: 1-3-2-0.

En la versión abreviada (13 ítems) los valores de las 4 opciones de respuesta son iguales en todos los ítems: la primera respuesta vale 0 puntos; la segunda vale 1 punto; la tercera vale 2, y la cuarta vale 3 puntos.

Proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems.

La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

- _ Depresión ausente o mínima: puntuación media en el BDI de 10,9 puntos.

- _ Depresión leve: puntuación media de 18,7.
- _ Depresión moderada: puntuación media de 25,4.
- _ Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.

En la versión de 13 ítems los puntos de corte propuestos son:

- 0-4: Depresión ausente o mínima.
- 5-7: Depresión leve.
- 8-15: Depresión moderada.
- 15: Depresión grave.



Escala de desesperanza de Beck

| | | |
|---|---|---|
| 1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo | V | F |
| 2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo | V | F |
| 3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así | V | F |
| 4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años | V | F |
| 5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer | V | F |
| 6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar | V | F |
| 7. Mi futuro me parece oscuro | V | F |
| 8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio | V | F |
| 9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro | V | F |
| 10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro | V | F |
| 11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable | V | F |
| 12. No espero conseguir lo que realmente deseo | V | F |
| 13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora | V | F |
| 14. Las cosas no marchan como yo quisiera | V | F |
| 15. Tengo una gran confianza en el futuro | V | F |
| 16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa | V | F |
| 17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro | V | F |
| 18. El futuro me parece vago e incierto | V | F |
| 19. Espero más bien épocas buenas que malas | V | F |
| 20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré | V | F |

Autores: A. T. Beck, A. Weissman, D. Lester, L. Trexler.

Referencia: *The measurement of pessimism: The hopelessness scale.*
J Consult Clin Psychol 1974; 42: 861-865.

Evalúa: Expectativas de la persona sobre su futuro.

N.º de ítems: 20.

Administración: Autoaplicada.

DESCRIPCIÓN:

La HS es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.

Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.

Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.

Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen un 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.

Es un instrumento autoaplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

Proporciona una puntuación total y puntuaciones en tres factores diferentes:

Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro).

Factor motivacional (pérdida de motivación).

Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20.

La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1, 6, 13, 15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.

La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.

La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8, 14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.

En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:

0-8: riesgo bajo de cometer suicidio.

- 0-3: ninguno o mínimo.
- 4-8: leve.

9-20: riesgo alto de cometer suicidio.

- 9-14: moderado.
- 15-20: alto.





10.7 ANEXO 7 LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE PREVENCIÓN TRAS UN INTENTO AUTOLÍTICO

Intervenciones

Intervención de seguimiento estrecho

Morthorst et al. 2012 ¹³⁶

| | |
|------------------------|---|
| <u>Objetivo</u> | Demostrar que una intervención asertiva tras un intento autolítico reduce la frecuencia de reintentos en comparación con la intervención estándar. |
| <u>Diseño</u> | <p>Randomización. La aleatorización se realiza teniendo en cuenta ítems en la historia previa del paciente como intentos autolíticos previos, seguimiento por psiquiatría u hospitalización psiquiátrica y el consumo de alcohol en el momento del intento índice.</p> <p>Criterios de exclusión: Paciente con un tiempo de ingreso mayor de 14 días tras el intento índice. Menores de 12 años. Diagnósticos de esquizofrenia, cuadros severos de depresión, trastorno bipolar y demencia. Pacientes que residan en instituciones y aquellos que estén a cargo de servicios sociales.</p> <p>Fuente: Pacientes admitidos en el servicio de Urgencias Hospitalarias, Urgencias Pediátricas y Urgencias Psiquiátricas tras un intento autolítico, en 6 hospitales de Copenhague (Dinamarca).</p> <p>Muestra: Una n total de 243 pacientes que firmaron el consentimiento de participación, se procede a la aleatorización en 123 pacientes en el grupo de intervención y 120 en el grupo control.</p> <p><i>Perfil basal:</i> 184 (75,7%) mujeres, 130 (53,5%) historia previa de reintento.</p> <p><i>Número de pacientes con reintentos:</i> Intervención: 20/123, Control: 13/120</p> <p><i>Periodo de seguimiento:</i> Seguimiento de 1 año.</p> |

| | |
|--------------------------------------|---|
| <u>Intervención</u> | <p>Experimental: La intervención intensiva es llevada a cabo por enfermeras especialistas con formación en la prevención de intentos autolíticos, con la supervisión de un psiquiatra. La duración es de 6 meses en los que se realizan de 8 a 20 entrevistas, enfocadas principalmente en la intervención en crisis, terapia de resolución de problemas, apoyo motivacional y mejorar la adherencia al tratamiento.</p> <p>Estándar: La intervención está condicionada por el diagnóstico, la clínica y factores sociales del paciente. Se ofrece tratamiento psiquiátrico, psicológico y derivación al médico de Atención Primaria según las necesidades que se consideren.</p> |
| <u>Resultados</u> | No se han visto diferencias en los reintentos entre ambos grupos. Sí se ha visto una ligera diferencia en los registros de los reintentos, según registro de asistencia hospitalaria por reintento y los reportados por los pacientes mismos. |
| Kawanishi et al. 2014 ¹⁴⁶ | |
| <u>Objetivo</u> | Demostrar que un seguimiento estrecho y asertivo de pacientes con enfermedades mentales que realizan un intento autolítico reduce la incidencia de los nuevos intentos autolíticos en comparación con la intervención estándar. |
| <u>Diseño</u> | <p>Randomización. La aleatorización se realiza teniendo en cuenta variables como sitio de procedencia, sexo, edad e historia previa de intento autolítico previo al intento índice.</p> <p>Criterios de exclusión: Menor de 20 años y la falta de diagnóstico primario de trastorno mental del eje I acorde con los criterios diagnósticos del DSM-IV TR.</p> <p>Fuente: Pacientes admitidos en el servicio de Urgencias Hospitalarias tras un intento autolítico, en 17 hospitales de Japón y con diagnóstico primario de trastorno mental del eje I acorde con los criterios diagnósticos del DSM-IV TR.</p> <p>Muestra: Una n total de 914 pacientes que firmaron el consentimiento de participación, se procede a la aleatorización en 460 pacientes en el grupo de intervención y 454 en el grupo control.</p> |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | <p><i>Perfil basal:</i> 514 (56,2%) mujeres, 450 (49,2%) historia previa de reintento.</p> <p><i>Número de pacientes con reintentos:</i></p> <p>Intervención: 7/430, Control: 32/440 (3 meses) Intervención: 25/417, Control: 51/428 (6 meses) Intervención: 43/397, Control: 60/399 (12 meses) Intervención: 55/380, Control: 71/385 (18 meses)</p> <p><i>Periodo de seguimiento:</i> Seguimiento de 18 meses a 5 años.</p> |
| <p><u>Intervención</u></p> | <p><i>Experimental:</i> Seguimiento estrecho y continuo por parte de profesionales expertos de salud mental formado por psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogas clínicas. El seguimiento se produce durante 18 meses (en la semana 1 y en los meses 1, 2, 3, 6, 12 y 18), se procede a las entrevistas personales y, si no es factible, por contacto telefónico como segunda opción.</p> <p><i>Estándar:</i> Seguimiento habitual</p> |
| <p><u>Resultados</u></p> | <p>No se han observado diferencias en el riesgo de reintentos en ambos grupos en la curva de supervivencia, aunque sí se observa en el análisis <i>ad hoc</i> una diferencia significativa entre ambos grupos hasta los 6 meses.</p> <p>En el análisis de subgrupos se han observado diferencias significativas en relación con variables como ser mujer, tener menos de 40 años y la historia previa de intentos de suicidio, mostrando eficacia pero manteniendo el patrón de los primeros 6 meses.</p> <p>Por lo que se concluye que la eficacia de la intervención intensiva es óptima en los primeros 6 meses, perdiendo eficacia con el paso del tiempo y teniendo un efecto más debilitado. Aunque se recalca que el número de intervenciones es menor tras haber cumplido los 6 meses, por lo que podría estar en relación con un menor efecto protector.</p> |

| Hatcher et al. 2015 ¹⁴⁷ | |
|------------------------------------|--|
| <u>Objetivo</u> | Demostrar la eficacia de la aplicación de un paquete de intervención intensiva basado principalmente en el envío de cartas y la terapia de resolución de problemas en comparación con la intervención estándar. |
| <u>Diseño</u> | <p>Randomización. El proceso de aleatorización se realiza antes de la solicitud del consentimiento informado. Para garantizar el equilibrio a nivel basal se tuvo en consideración el sitio de procedencia, la historia de intento previo y el método del intento.</p> <p>Criterios de exclusión: Menor de 17 años, asistencia al colegio a tiempo completo y la incapacidad para firmar el consentimiento informado.</p> <p>Fuente: Pacientes admitidos en el servicio de Urgencias Hospitalarias tras un intento autolítico, en cinco hospitales de cuatro distritos (Waitemata, Manukau, Northland y Waikato) de Nueva Zelanda.</p> <p>Muestra: Una n total de 684 pacientes que firmaron el consentimiento de participación, se procede a la aleatorización en 327 pacientes en el grupo de intervención y 357 en el grupo control.</p> <p><i>Perfil basal:</i> 464 (67,8%) mujeres, 370 (54,1%) historia previa de reintento.</p> <p><i>Número de pacientes con reintentos:</i> Intervención: 47/327, Control: 42/357 (3 meses) Intervención: 66/327, Control: 73/357 (6 meses)</p> <p><i>Periodo de seguimiento:</i> Seguimiento de 1 año.</p> |
| <u>Intervención</u> | <p><i>Experimental:</i> Soporte al paciente durante las primeras 2 semanas tras el alta hospitalaria mediante entrevistas clínicas directas o llamadas por teléfono según la preferencia del paciente. Se procede al envío de una tarjeta postal en los meses 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10 y 12 tras el intento índice. Desarrollo de estrategias de Gestión del riesgo. Se le adjunta un vale de acceso gratuito al médico de Atención Primaria para un chequeo de la salud física prestando especial atención a los factores de riesgo cardiovasculares, a la ingesta de alcohol y al tabaco y asesoramiento cultural.</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| | <i>Estándar:</i> Intervención multidisciplinar con la participación de psiquiatra o psicólogo, equipo de crisis y posterior derivación al médico de Atención Primaria. |
| <u>Resultados</u> | Los resultados mostraron que no ha habido diferencias en el riesgo de reintento en ambos grupos, aunque se observa un menor número de reintentos respecto al número de intervenciones PST (problem solving therapy), sin que haya una estadística significativa. |

Intervención de seguimiento breve

| | |
|--|---|
| Fleischmann et al. 2008 ¹⁴⁸ | |
| <u>Objetivo</u> | Demostrar la eficacia de la intervención breve y el seguimiento en la reducción de la tasa de suicidio, en población con intentos autolíticos en países con ingresos medios y bajos. |
| <u>Diseño</u> | <p>Randomización. El proceso de aleatorización se realiza mediante tabla de números aleatorizados utilizando sobre sellados opacos.</p> <p>Criterios de exclusión: Imposibilidad de realizar la entrevista por la situación clínica, residencia en un área diferente a la cobertura del estudio y dificultad en el lenguaje.</p> <p>Fuente: Pacientes admitidos en el servicio de Urgencias Hospitalarias tras un intento autolítico, en 8 hospitales de cinco países de contextos culturales diferentes (China, Irán, Brasil, India, Sri Lanka).</p> <p>Muestra: Una n total de 1867 pacientes, se procede a la aleatorización en: 922 pacientes en el grupo de intervención y 945 en el grupo control.</p> <p><i>Perfil basal:</i> 1086 (58%) mujeres.</p> <p><i>Número de pacientes con reintentos:</i> Intervención: 66/863, Control: 60/800</p> <p><i>Periodo de seguimiento:</i> Seguimiento de 18 meses.</p> |

| | |
|------------------------------------|--|
| <u>Intervención</u> | <p><i>Experimental:</i> Se incluye una Intervención Cognitivo - Conductual breve que comprende: información sobre el comportamiento autolítico y signos sociales y psicológicos de estrés, factores de riesgo y protección, epidemiología básica, alternativas al comportamiento autolítico y opciones. Se realiza con la mayor brevedad posible tras el alta. Posteriormente 9 contactos de seguimiento (telefónico o visita domiciliaria) en las semanas 1-2-4-7 y 11 y posteriormente en los meses 4-6-12 y 18, todo esto llevado a cabo por un equipo de expertos en el tema (médicos, enfermeros y psicólogos). Esta intervención se aplica a mayores de la intervención estándar.</p> <p><i>Estándar:</i> Se aplica el protocolo de intervención vigente.</p> |
| <u>Resultados</u> | <p>Queda evidencia de una menor tasa de suicidio en el grupo de intervención en comparación con el grupo estándar, lo que refleja el efecto positivo de la intervención en prevención. Destacando la falta de sofisticación en la intervención, sin empleo de técnicas psicoterapéuticas complejas y con un empleo de recursos y gasto económico modesto.</p> |
| Mousavi et al. 2014 ¹⁴⁹ | |
| <u>Objetivo</u> | Evaluación del seguimiento telefónico de los pacientes tras un intento autolítico. |
| <u>Diseño</u> | <p>Randomización. Ensayo clínico aleatorizado controlado.</p> <p>Criterios de exclusión: Menor de 15 años, no tener posibilidad de contacto telefónico tras el alta, padecer enfermedad que necesite intervención urgente y discontinuidad en la participación después del consentimiento primario.</p> <p>Fuente: Pacientes admitidos en el servicio de Urgencias tras un intento autolítico por intoxicación en el Hospital Noor (Isfahan- Iran).</p> <p>Muestra: Una n total de 139 pacientes que firmaron el consentimiento de participación, se procede a la aleatorización en: 69 pacientes en el grupo de intervención y 70 en el grupo control.</p> <p><i>Perfil basal:</i> 88 (63.3%) mujeres, 69 (49.6%) historia previa de reintento.</p> <p><i>Número de pacientes con reintentos:</i></p> |

| | |
|----------------------------|---|
| | Intervención: 1/69, Control: 4/70 <i>Periodo de seguimiento:</i> Seguimiento de 6 meses. |
| <u>Intervención</u> | <i>Experimental:</i> La intervención se realiza bajo el seguimiento telefónico tras el alta, en la segunda y cuarta semana y en el 2-3-4-5-6 mes. También se le facilitará un número de contacto al paciente en caso de tener pensamientos suicidas o necesite ayuda. <i>Estándar:</i> Se aplica el protocolo de intervención vigente. |
| <u>Resultados</u> | Los resultados reflejan que no ha habido diferencias en el riesgo de reintento en ambos grupos, aunque se observa un descenso en la ideación suicida. |

Intervención de seguimiento por cartas

| | |
|-----------------------------------|---|
| Carter et al. 2013 ¹⁵⁰ | |
| Objetivo | Demostrar la eficacia de la aplicación de un programa de intervención de envío de cartas en pacientes que reciben tratamiento hospitalario tras envenenamiento o intoxicación medicamentosa. |
| Diseño | <p>Randomización. El proceso de aleatorización se realiza antes de la solicitud del consentimiento informado.</p> <p>Criterios de exclusión: Menor de 16 años, no tener un nivel adecuado de la lengua inglesa, sin dirección fija y no poder firmar el consentimiento informado.</p> <p>Fuente: Pacientes admitidos en el servicio de toxicología hospitalaria tras un intento autolítico por intoxicación medicamentosa o envenenamiento, en Hunter Valley, New South Wales. Australia.</p> <p>Muestra: Una n total de 772 pacientes que firmaron el consentimiento de participación, se procede a la aleatorización en: 378 pacientes en el grupo de intervención y 394 en el grupo control.</p> <p><i>Perfil basal:</i> 525 (68%) mujeres, 131 (17%) historia previa de reintento. <i>Número de pacientes con reintentos:</i></p> |

| | |
|--------------------------------------|---|
| | <p>Intervención: 57/378, Control: 68/394 (12 meses) Intervención: 80/378, Control: 90/394 (24 meses) Intervención: 94/378, Control: 107/394 (60meses)</p> <p><i>Periodo de seguimiento:</i> Seguimiento de 5 años.</p> |
| <u>Intervención</u> | <p><i>Experimental:</i> Al tratamiento estándar se asocia el envío de 8 cartas, en los meses 1,2,3,4,6,8,10 y 12 tras el alta hospitalaria.</p> <p><i>Estándar:</i> Se aplica el protocolo de intervención vigente.</p> |
| <u>Resultados</u> | <p>Los resultados mostraron que la intervención del envío de cartas es efectiva en la reducción de los reintentos por intoxicación medicamentosa o envenenamiento tras un periodo de 5 años de seguimiento.</p> |
| Beautrais et al. 2010 ¹⁵¹ | |
| <u>Objetivo</u> | <p>Demostrar la eficacia de la aplicación de un paquete de intervención basada principalmente en el envío de cartas en la reducción de los reintentos en comparación con la intervención estándar.</p> |
| <u>Diseño</u> | <p>Randomización. Ensayo clínico aleatorizado controlado.</p> <p>Criterios de exclusión: Menor de 16 años, residente fuera de Nueva Zelanda, no haber pasado por el servicio de Urgencias tras el intento y la incapacidad para entender el inglés lo suficiente para firmar el consentimiento informado.</p> <p>Fuente: Pacientes admitidos en el servicio de Urgencias Hospitalarias tras un intento autolítico, en Christchurch, Nueva Zelanda.</p> <p>Muestra: Una n total de 327 pacientes que firmaron el consentimiento de participación, se procede a la aleatorización en: 153 pacientes en el grupo de intervención y 174 en el grupo control.</p> <p><i>Perfil basal:</i> 216 (66%) mujeres, 58 (17.7%) historia previa de reintento.</p> <p><i>Número de pacientes con reintentos:</i> Intervención: 39/153, Control: 49/174</p> <p><i>Periodo de seguimiento:</i> Seguimiento de 1 año.</p> |

| | |
|---|---|
| <u>Intervención</u> | <p><i>Experimental:</i> Envío de cartas tras el intento índice, en la 2ª y 6ª semana y en los meses 3-6-9-y 12. Asociado a la intervención estándar.</p> <p><i>Estándar:</i> Se aplica el protocolo de intervención vigente.</p> |
| <u>Resultados</u> | <p>Los resultados mostraron que no ha habido diferencias significativas en ambos grupos, en el porcentaje de reintento que acuden a Urgencias Hospitalarias tras el intento índice.</p> |
| <p>Hassanian-Moghaddam et al. 2015 ¹⁵²</p> | |
| <u>Objetivo</u> | <p>Demostrar la eficacia de la aplicación de un programa de intervención de envío de cartas asociado al tratamiento estándar, en comparación con la intervención estándar.</p> |
| <u>Diseño</u> | <p>Randomización. Ensayo clínico aleatorizado controlado.</p> <p>Criterios de exclusión: Menor de 12 años, intoxicación con fines recreativos, accidental o iatrogénica, incapacidad para firmar el consentimiento informado, no dominar el idioma oficial (farsi), sin domicilio fijo, padecer clínica psicótica.</p> <p>Fuente: Pacientes admitidos en el servicio de Urgencias del hospital Loghman-Hakim de toxicología. Teherán. Irán.</p> <p>Muestra:</p> <p>Una n total de 2113 pacientes que firmaron el consentimiento de participación, se procede a la aleatorización en: 1043 pacientes en el grupo de intervención y 1070 en el grupo control.</p> <p><i>Perfil basal:</i> 1402 (66.4%) mujeres, 723 (34.2%) historia previa de reintento.</p> <p><i>Número de pacientes con reintentos:</i> Intervención: 31/1043, Control: 55/1070</p> <p><i>Periodo de seguimiento:</i> Seguimiento de 1 año.</p> |
| <u>Intervención</u> | <p><i>Experimental:</i> Al tratamiento estándar se asocia el envío de 8 cartas, en los meses 1,2,3,4,6,8,10 y 12 tras el alta hospitalaria. Un noveno se envía en su cumpleaños.</p> |

| | |
|-------------------|--|
| | <i>Estándar:</i> Se aplica el protocolo de intervención vigente. |
| Resultados | Los resultados mostraron que la intervención reduce los intentos autolíticos como el número de intentos por paciente en esta muestra de pacientes. |

Intervención de seguimiento por teléfono

| Cedereke et al. 2002 ¹⁵³ | |
|-------------------------------------|---|
| Objetivo | Demostrar la eficacia de la aplicación de un programa de intervención de llamadas de teléfono asociado al tratamiento estándar, en comparación con la intervención estándar. |
| Diseño | <p>Randomización. Se procede a la aleatorización en grupos de 2 o 4 pacientes, utilizando sobres cerrados.</p> <p>Fuente: Pacientes admitidos en el servicio de Urgencias del hospital universitario de Lund. Suecia.</p> <p>Muestra: Una n total de 216 pacientes que firmaron el consentimiento de participación, se procede a la aleatorización en: 107 pacientes en el grupo de intervención y 109 en el grupo control.</p> <p><i>Perfil basal:</i> 143 (66%) mujeres, 112 (52%) historia previa de reintento.</p> <p><i>Número de pacientes con reintentos:</i> Intervención: 14/83, Control: 15/89</p> <p><i>Periodo de seguimiento:</i> Seguimiento de 1 año.</p> |
| Intervención | <p><i>Experimental:</i> Al tratamiento estándar se le asocia la intervención telefónica (20 - 45 minutos), en el 4º y 8º mes con el fin de aumentar la motivación al tratamiento.</p> <p><i>Estándar:</i> Se aplica el protocolo de intervención vigente.</p> |

| | |
|---------------------|---|
| <u>Resultados</u> | No se observaron diferencias en los reintentos durante el periodo de seguimiento entre ambos grupos. Vaiva et al. 2006 ¹⁵⁴ |
| <u>Objetivo</u> | Demostrar la eficacia de la aplicación de un programa de intervención de llamada de teléfono (primer mes o tercer mes) en pacientes que reciben tratamiento hospitalario tras envenenamiento o intoxicación medicamentosa, en comparación con la intervención estándar. |
| <u>Diseño</u> | <p>Randomización. Ensayo aleatorizado controlado.</p> <p>Fuente: Pacientes admitidos en el servicio de Urgencias de 13 hospitales en el norte de Francia.</p> <p>Muestra: Una n total de 605 pacientes que firmaron el consentimiento de participación, se procede a la aleatorización en: 293 pacientes en el grupo de intervención (147 contacto telefónico en el primer mes - 146 contacto telefónico en el tercer mes) y 312 en el grupo control.</p> <p><i>Perfil basal:</i> 441 (73%) mujeres, 54 (9%) historia previa de reintento.</p> <p><i>Número de pacientes con reintentos:</i> Intervención 1: 24/147, Intervención 2: 20/146, Control: 59/312</p> <p><i>Periodo de seguimiento:</i> Seguimiento de 1 año.</p> |
| <u>Intervención</u> | <p>Experimental: Al tratamiento estándar se le asocia la intervención telefónica, en el primer mes o tercer mes tras el alta de Urgencias Hospitalarias.</p> <p>Estándar: Se aplica el protocolo de intervención vigente.</p> |
| <u>Resultados</u> | Se destaca la reducción del porcentaje de reintentos de la muestra de pacientes que reciben llamadas de teléfono en el primer mes en comparación con el grupo control. |

Intervención de seguimiento por cartas y teléfono

Kapur et al. 2013 ¹⁵⁵

| | |
|----------------------------------|--|
| Kapur et al. 2013 ¹⁵⁵ | |
| <u>Objetivo</u> | Determinar la fiabilidad y utilidad de las intervenciones de bajo coste (llamadas por teléfono o envíos de cartas postales) en la prevención de los reintentos autolíticos. |
| <u>Diseño</u> | <p>Randomización. Proceso de aleatorización por software.</p> <p>Criterios de exclusión: Menor de 18 años, residir fuera del área de estudio, estar ingresado por un periodo mayor a 7 días, no poseer teléfono, deterioro por síntomas psicóticos y negativa a participar en el estudio.</p> <p>Fuente: Pacientes admitidos en el servicio de Urgencias Hospitalarias tras un intento autolítico, en Manchester (Reino Unido).</p> <p>Muestra: Una n total de 66 pacientes, se procede a la aleatorización en 33 pacientes en el grupo de intervención y 33 en el grupo control.</p> <p>Perfil basal: Ambos grupos mantuvieron similitudes basales en las condiciones de edad, género y estado civil.</p> <p>Número de pacientes con reintentos: Intervención: 11/33, Control: 4/32</p> <p>Periodo de seguimiento: Seguimiento de 1 año.</p> |
| <u>Intervención</u> | <p>Experimental: La intervención consiste en dos llamadas por teléfono con la mayor antelación posible tras el alta en las dos primeras semanas y posteriormente una serie de envíos de cartas postales en los 12 meses de seguimiento (1, 2, 4, 6, 8 y 12).</p> <p>Estándar: Intervención a cargo de Salud Mental y Servicios Sociales.</p> |
| <u>Resultados</u> | Se observa una frecuencia de repetición de intentos, así como del número de episodios de reintentos, mayores en el grupo de intervención. Estos resultados pueden estar en relación con el pequeño tamaño de la muestra y las diferencias a nivel basal que había entre ambos grupos de estudio. |

Intervenciones psicoterapéuticas

| Gibbons et al. 1978 ¹⁵⁶ | |
|------------------------------------|---|
| <u>Objetivo</u> | Determinar la fiabilidad y utilidad de una intervención psicoterapéutica de solución de problemas en pacientes que realizan un intento autolítico tras envenenamiento o intoxicación medicamentosa en comparación con la intervención estándar. |
| <u>Diseño</u> | <p>Randomización. Ensayo aleatorizado controlado, utilizando números secuenciales y sobres opacos.</p> <p>Criterios de exclusión: Menor de 17 años, riesgo de suicidio inmediato, sin enfermedad mental.</p> <p>Fuente: Pacientes admitidos en el departamento A&E tras un envenenamiento o intoxicación medicamentosa. Southampton (Reino Unido).</p> <p>Muestra: Una n total de 400 pacientes, se procede a la aleatorización en 200 pacientes en el grupo de intervención y 200 en el grupo control.</p> <p><i>Perfil basal:</i> 284 (71%) mujeres, 176 (44%) diagnóstico de depresión.</p> <p><i>Número de pacientes con reintentos:</i> Intervención: 27/200, Control: 29/200</p> <p><i>Periodo de seguimiento:</i> Seguimiento de 12 meses.</p> |
| <u>Intervención</u> | <p>Experimental: Terapia de resolución de problemas: relaciones interpersonales, estrés emocional, problemas prácticos, etc. Duración de 3 meses, a cargo de 2 trabajadores sociales.</p> <p>Estándar: 108 (54%) son derivados al médico de Atención Primaria, 66 (33%) son derivados al psiquiatra y 26 (13%), derivación inespecífica.</p> |
| <u>Resultados</u> | Los resultados no mostraron diferencias significativas en el porcentaje de reintentos por envenenamiento o intoxicación medicamentosa durante el periodo de seguimiento entre ambos grupos. |

| Guthrie et al. 2001 ¹⁵⁷ | |
|------------------------------------|---|
| <u>Objetivo</u> | Determinar la fiabilidad y utilidad de una intervención psicoterapéutica breve (Terapia Interpersonal Psicodinámica) en pacientes que realizan un intento autolítico tras envenenamiento o intoxicación medicamentosa en comparación con la intervención estándar, en cuanto a la ideación autolítica, los síntomas depresivos y el riesgo de reintento. |
| <u>Diseño</u> | <p>Randomización. Ensayo aleatorizado controlado.</p> <p>Criterios de exclusión: Menor de 18 años, residir fuera del área de estudio, necesitar tratamiento psiquiátrico, no saber leer o escribir inglés.</p> <p>Fuente: Pacientes admitidos en el servicio de Urgencias Hospitalarias tras un intento autolítico por envenenamiento o intoxicación medicamentosa, en Manchester (Reino Unido).</p> <p>Muestra: Una n total de 119 pacientes, se procede a la aleatorización en 58 pacientes en el grupo de intervención y 61 en el grupo control.</p> <p><i>Perfil basal:</i> 66 (55,5%) mujeres, 71 (60%) historia previa de reintento.</p> <p><i>Número de pacientes con reintentos:</i> Intervención: 5/58, Control: 17/61</p> <p><i>Periodo de seguimiento:</i> Seguimiento de 6 meses.</p> |
| <u>Intervención</u> | <p><i>Experimental:</i> La intervención consiste en 4 sesiones de Terapia Interpersonal Psicodinámica, de 50 minutos de duración, y con una frecuencia semanal. Impartida por enfermeras terapeutas.</p> <p><i>Estándar:</i> Se aplica el protocolo de intervención vigente. En la mayoría de los casos se deriva nuevamente al médico de Atención Primaria.</p> |
| <u>Resultados</u> | Los resultados mostraron que la intervención psicoterapéutica breve es efectiva en la reducción de los reintentos tras un periodo de 6 meses de seguimiento. |

| Liberman et al. 1981 ¹⁵⁸ | |
|-------------------------------------|--|
| <u>Objetivo</u> | Determinar la utilidad de la aplicación de un paquete de intervención psicoterapéutica de tipo conductual en comparación con la intervención orientada al Insight, en pacientes tras realizar un intento autolítico. |
| <u>Diseño</u> | <p>Randomización. Ensayo aleatorizado controlado.</p> <p>Criterios de exclusión: Menor de 18 años, diagnóstico de psicosis, adicto al alcohol u otras drogas, diagnóstico de patología orgánica cerebral.</p> <p>Fuente: Pacientes admitidos en el servicio de Urgencias Hospitalarias tras un intento autolítico. Los Ángeles (EE UU).</p> <p>Muestra: Una n total de 24 pacientes, se procede a la aleatorización en 12 pacientes en el grupo de intervención y 12 en el grupo control.</p> <p><i>Perfil basal:</i> 16 (67%) mujeres, 24 (100%) historia previa de reintento.</p> <p><i>Número de pacientes con reintentos:</i> Intervención: 3/12, Control: 2/12</p> <p><i>Periodo de seguimiento:</i> Seguimiento de 24 meses.</p> |
| <u>Intervención</u> | <p>Experimental: Terapia conductual: El tratamiento consistió en entrenamiento en habilidades sociales, manejo de la ansiedad y terapia familiar.</p> <p>Estándar: Terapia orientada al Insight: terapia individual, terapia grupal, psicodrama y terapia familiar.</p> |
| <u>Resultados</u> | Los resultados mostraron que la intervención psicoterapéutica breve, con un seguimiento regular y frecuente, reduce el riesgo de reintento. Mayor efectividad de la terapia conductual con relación a la terapia orientada al Insight. |

| McLeavey et al. 1994 ¹⁵⁹ | |
|-------------------------------------|---|
| <u>Objetivo</u> | Determinar la utilidad de la aplicación de un paquete de intervención psicoterapéutica de terapia de resolución de problema, en la prevención de reintentos en pacientes que realizan un intento autolítico tras envenenamiento o intoxicación medicamentosa. |
| <u>Diseño</u> | <p>Randomización. Ensayo aleatorizado controlado.</p> <p>Criterios de exclusión: Menor de 15 años, diagnóstico de psicosis, discapacidad intelectual o patología orgánica cerebral, necesidad de ingreso psiquiátrico.</p> <p>Fuente: Pacientes admitidos en el departamento A&E del hospital regional de Cork (Irlanda).</p> <p>Muestra: Una n total de 39 pacientes, se procede a la aleatorización en 19 pacientes en el grupo de intervención y 20 en el grupo control.</p> <p><i>Perfil basal:</i> 29 (74%) mujeres, 14 (35,6%) historia previa de reintento.</p> <p><i>Número de pacientes con reintentos:</i> Intervención: 2/19, Control: 5/20</p> <p><i>Periodo de seguimiento:</i> Seguimiento de 12 meses.</p> |
| <u>Intervención</u> | <p><i>Experimental:</i> Terapia de resolución de problemas interpersonal: capacitación en habilidades de resolución de problemas interpersonales que involucra un régimen de entrenamiento personalizado. Duración de 5 semanas.</p> <p><i>Estándar:</i> Terapia de resolución de problemas breve: Terapia centrada en la resolución del problema actual y la prevención.</p> |
| <u>Resultados</u> | Los resultados mostraron que la intervención psicoterapéutica de resolución de problemas interpersonal es eficaz en los pacientes que realizan un intento por envenenamiento o intoxicación medicamentosa, en la habilidad de resolución de problemas. |

| Brown et al. 2005 ¹⁴³ | |
|----------------------------------|--|
| <u>Objetivo</u> | Determinar la utilidad de la aplicación de un paquete de intervención psicoterapéutica de tipo cognitivo en la prevención de reintentos en pacientes que realizan un intento autolítico. |
| <u>Diseño</u> | <p>Randomización. Proceso de aleatorización por software.</p> <p>Criterios de exclusión: Menor de 16 años, intentos de suicidio sin asistencia médica o psiquiátrica en las 48 horas siguientes al acto, falta de capacidad de hablar inglés o rellenar el consentimiento informado, sin contactos verificables, padecer patología orgánica que impida la participación.</p> <p>Fuente: Pacientes admitidos en el servicio de Urgencias Hospitalarias tras un intento autolítico. Pennsylvania (EEUU).</p> <p>Muestra: Una n total de 120 pacientes, se procede a la aleatorización en 60 pacientes en el grupo de intervención y 60 en el grupo control.</p> <p><i>Perfil basal:</i> 73 (61%) mujeres, 89 (74%) historia previa de reintento.</p> <p><i>Número de pacientes con reintentos:</i></p> <p>Intervención: 13/45, Control: 23/40</p> <p><i>Periodo de seguimiento:</i> Seguimiento de 18 meses.</p> |
| <u>Intervención</u> | <p><i>Experimental:</i> 10 sesiones de terapia cognitiva de forma semanal o quincenal asociada al tratamiento estándar.</p> <p><i>Estándar:</i> Se aplica el protocolo de intervención vigente.</p> |
| <u>Resultados</u> | Los resultados mostraron que la intervención psicoterapéutica cognitiva breve es efectiva en la reducción de los reintentos en pacientes que realizan un intento. |

| Wei et al. 2013 ¹⁶⁰ | |
|--------------------------------|--|
| <u>Objetivo</u> | Determinar la utilidad de la aplicación de una intervención y seguimiento, en la prevención de reintentos en pacientes que realizan un intento autolítico. |
| <u>Diseño</u> | <p>Randomización. Proceso de aleatorización por software.</p> <p>Criterios de exclusión: Menor de 15 años, sin contactos verificables, falta de capacidad para comprender el estudio o rellenar el consentimiento informado.</p> <p>Fuente: Pacientes admitidos en el servicio de Urgencias Hospitalarias tras un intento autolítico, en 4 hospitales de Shenyang, Liaoning (China).</p> <p>Muestra: Una n total de 239 pacientes, se procede a la aleatorización en 82 pacientes en el grupo de intervención cognitiva, 80 pacientes en el grupo de intervención telefónica y 77 en el grupo control.</p> <p><i>Perfil basal:</i> 182 (76%) mujeres. Ambos grupos mantuvieron similitudes basales en las condiciones de edad, educación, ocupación, diagnóstico de enfermedad mental y estado civil.</p> <p><i>Número de pacientes con reintentos:</i> Intervención 1: 1/25, Intervención 2: 1/36, Control: 5/27</p> <p><i>Periodo de seguimiento:</i> Seguimiento de 12 meses.</p> |
| <u>Intervención</u> | <p><i>Experimental:</i> 10 sesiones de terapia cognitiva de forma semanal o quincenal asociada al tratamiento estándar durante un periodo de 3 meses. 12 sesiones de llamadas por teléfono de forma semanal, asociadas al tratamiento estándar durante un periodo de 3 meses.</p> <p><i>Estándar:</i> Se aplica el protocolo de intervención vigente.</p> |
| <u>Resultados</u> | Los resultados no reflejan que la intervención psicoterapéutica cognitiva breve, o el seguimiento telefónico, sean efectivos en la reducción de los reintentos en pacientes que realizan un intento. |

10.8 ANEXO 8. PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PREVENCIÓN

No realizar una reseña del colectivo de los profesionales de **Atención Primaria**, en su labor en la prevención, supondría un gran error. Presentan un papel destacado y forman parte relevante como instrumento de prevención tanto los médicos como otros profesionales, como podrían ser los enfermeros y los trabajadores sociales.

En la mayoría de los países son considerados la puerta de entrada al sistema sanitario, denominados por muchos autores como los *gatekeepers*, por su contacto con una amplia parte de la población, similar a otros profesionales como policías, profesores, etc. Están en posición de ofrecer una continuidad en la atención, representan el eslabón de unión entre la población y el sistema sanitario. Su conocimiento de la comunidad permite valorar factores de índole socio-económica, circunstancias vitales negativas, situaciones de estrés y el apoyo social con los que cuenta la persona. En resumen, es un profesional que está disponible, accesible, informado y comprometido a proporcionar atención¹⁶¹.

Un gran porcentaje de individuos antes de pasar al acto suicida contactan con el médico de Atención Primaria (MAP) en los meses previos. Una revisión sistemática registra que un porcentaje del 75% durante el año previo y un 45% en el mes previo habían contactado con su MAP, aunque con variaciones según el sexo y la edad del individuo¹⁶².

La importancia de los profesionales de la AP en la prevención destaca aún más si los comparamos con los profesionales de la Salud Mental. En el año previo, 3 de cada 4 víctimas de suicidio habían contactado con su MAP previo al paso al acto mientras que solo 1 de cada 3 lo había hecho con Salud Mental. Si tomamos como tiempo el mes previo al paso al acto, solo 1 de cada 5 individuos contactan con el especialista mientras que la mitad lo había hecho con su MAP¹⁶².

Estos datos dejan en evidencia la extraordinaria importancia de los profesionales de AP en su labor de prevención, mediante la identificación, valoración y manejo de los pacientes de riesgo.



10.9 ANEXO 9. EXPOSICIÓN DE ÁREAS DE INTERÉS EN LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIONES

Se trabaja de forma intensa en la prevención del IS en la población general y en los pacientes de salud mental, pero escaso esfuerzo se promueve en la población con **trastornos adictivos**. Las evidencias dejan clara la elevada prevalencia de la conducta suicida en los pacientes adictos a tóxicos, siendo considerada la adicción una señal de alarma indirecta que conlleva a mantener un seguimiento del paciente.

Por ello debe valorarse este riesgo de forma rutinaria en estos pacientes, prestando especial atención a aquellos en situación de exclusión social, con comorbilidad psiquiátrica, y los que presentan niveles elevados de desesperanza. Dentro de las comorbilidades psiquiátricas cabe señalar su asociación con el trastorno depresivo y el trastorno límite de la personalidad, cuya agrupación provoca un aumento del riesgo, siendo considerado letal¹³⁷.

Las intervenciones terapéuticas generales para el tratamiento de la conducta suicida son aplicables en esta población, se recomienda que el personal sanitario que atiende a pacientes con trastornos por uso de sustancias esté familiarizado con ellas. Finalmente, debemos recalcar la especial importancia de incidir en el tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica como instrumento terapéutico para reducir el riesgo suicida en estos pacientes.

Con esto no se pretende quitar importancia a las Unidades de Intervención de las Conductas Suicidas, altamente necesarias, sino resaltar y destacar el aporte fundamental que desde las Unidades de Tratamiento de las Adicciones se puede realizar para reducir la prevalencia de las conductas suicidas.

Una variable que adquiere cada vez más peso y, por tanto, la necesidad de realizar una pequeña mención al respecto son los **abusos sexuales** en la infancia. Se estima que entre un 8-13% de las mujeres y un 3-7% de los hombres fueron víctimas de abusos sexuales. Se

sugiere que la puesta en marcha de un programa efectivo de prevención de abusos tendría repercusión en una reducción del porcentaje de pacientes con ideación o comportamiento suicida en la población general¹⁴⁰.



10.10 ANEXO 10. PROPUESTA DE MODELO DE INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE DE RIESGO

Proponemos un **modelo de intervención** en el paciente de riesgo basado en los siguientes principios psicoterapéuticos: empatía, colaboración y honestidad. Es decir, el profesional sanitario no se posiciona como guardián de la integridad física del paciente, sino como un profesional preocupado por su sufrimiento, que quiere que el paciente siga viviendo, pero entiende sus dificultades y respeta el punto de vista del paciente y sus decisiones, ofreciéndole su ayuda para mejorar la situación y superar las crisis. El profesional sanitario debe recordar que en la mayoría de los casos existirá una ambivalencia entre la vida y la muerte que hay que explorar para conocer y poder intervenir en los factores que determinan esa ambivalencia.

Es conveniente trabajar con periodos de tiempo claramente establecidos. Es fundamental que el terapeuta informe al paciente sobre el marco legal y asistencial en el que se desarrolla la intervención y cuáles son sus obligaciones en este marco.

A continuación, se exponen estrategias para utilizar durante la intervención psicoterapéutica:

Balance decisional

Una actividad de gran utilidad para realizar con el paciente es un balance decisional sobre las razones para vivir *versus* las razones para morir. Debe realizarse de forma colaborativa y honesta, sin que el terapeuta se posicione de forma evidente a favor de las razones para vivir.

Plan estabilización – intervención en crisis

El plan de estabilización – intervención en crisis se elabora en consulta con el paciente y este debe llevarlo siempre consigo, en forma de tarjeta o en el teléfono móvil. Los elementos del plan deben ser sencillos y de fácil aplicación. Por lo menos debe incluir los siguientes ingredientes:

- Señales de aviso para activar el plan.

- Maneras de reducir el acceso a métodos letales.
- Actividades de distracción y autorregulación para un momento de crisis.
- Personas con las que contactar durante un momento de crisis: deben estar disponibles y saber que se les ha asignado este papel para poder responder de forma empática a la demanda del paciente.
- Teléfonos de emergencia con los que contactar.

Incrementar las actividades que impliquen experimentar emociones positivas

Incrementar el nivel de actividad y orientarlo hacia experiencias emocionalmente positivas es una técnica conductual fundamental para realizar con este tipo de pacientes.

Mejorar las estrategias de regulación emocional

Entrenar al paciente en técnicas de relajación, meditación / mindfulness, imaginación, y promover estrategias positivas que el paciente ya utilice para autorregularse emocionalmente es una tarea de gran importancia.

Incrementar el apoyo social del paciente

Elaborar una lista de apoyos, mayores o menores, fuera del marco terapéutico es otra estrategia recomendable.

Incrementar el apoyo de otros servicios sanitarios y sociales mejorando la adherencia a ellos

Los factores de riesgo mencionados previamente pueden ser trabajados y atenuados por otros servicios sanitarios y sociales. Debe establecerse colaborativamente con el paciente una lista de posibles recursos de ayuda y plantear estrategias para mejorar la adherencia a dichos recursos.

Mejorar la capacidad de manejo de pensamientos o ideas problemáticas

Preparar notas o mensajes en el teléfono móvil con pensamientos que contrarresten la ideación suicida del paciente es de gran utilidad. Deben ser sencillos, de fácil acceso.

