



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Estudio longitudinal y autopsia psicológica de los pacientes ingresados entre 2015-2018 fallecidos por suicidio tras el alta hospitalaria.

Longitudinal study and psychological autopsy of patients admitted between 2015-2018 who died by suicide after hospital discharge.

Autor

Andrea Jiménez Mayoral

Director

Ricardo Claudio Campos Ródenas

Facultad de Medicina.
Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología.
Curso 2019 - 2020

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi tutor, Ricardo Campos, por la paciencia y el saber estar, por el respeto mostrado a sus alumnas. Agradecerle la motivación y el buen humor, las ganas de seguir aprendiendo sobre su campo de trabajo y el tacto con el que nos ha tratado a pesar de las circunstancias en las que se ha desarrollado este estudio.

También a Nora Yárnoz, residente de primer año de Psiquiatría, por su ilusión con este trabajo y por trabajar siempre de forma rápida, eficaz y positiva. Gracias por responder siempre mis dudas y motivarme a elegir esta especialidad en un futuro.

Gracias también a todas las compañeras y amigas de la carrera, por vernos mutuamente crecer, aprender, fallar, seguir adelante. Por mantener la ilusión con la que empezamos este camino hace ya seis años y por todos momentos que este nos ha aportado.

Por último, me gustaría hablar de alguien que entró en mi vida con un agradecimiento de Trabajo de Fin de Prácticas similar a este y se convirtió en amigo, confidente, compañero de proyectos y en mi mayor modelo a seguir como médico y como persona.

Emilio, representas todo lo que siempre busqué a mi lado y has resultado una de las mejores decisiones de mi vida; gracias por llegar, por agarrarme fuerte la mano, y, en definitiva, por tus primeros pasos.

Sin embargo, este trabajo se lo dedico a mis padres, Sofía y Cipriano, puesto que ellos han sido la base sobre la que ha nacido y crecido todo este proyecto de Medicina. Ellos son el motivo por el que elegí esta carrera y han sabido estar a la altura de las circunstancias que me ha supuesto y mucho más.

Gracias por aportarme los medios, las ganas, el coraje, el consuelo y las anécdotas. Gracias por la comprensión y la empatía que siempre habéis demostrado hacia los demás, como enfermeros y como padres. Ojalá algún día esté a la altura de todos los valores que representáis para mí, ojalá algún día alguien me mire con la misma admiración con la que yo os miro y escribo estas palabras ahora.

Espero que este trabajo abra puertas y enlace caminos, que sea un paso hacia delante y que ayude para que otros no den marcha atrás. Por luchar juntos contra esta situación y poder seguir cuidando a los demás.

ÍNDICE

1. Resumen / Abstract.....	Página 3
2. Justificación del estudio.....	Página 5
3. Introducción.....	Página 6
4. Metodología.....	Página 10
- Objetivos	
- Material y métodos	
- Tipo de estudio	
5. Resultados: revisión bibliográfica.....	Página 13
- Perfil de paciente suicida	
- Diagnóstico psiquiátrico principal	
- Franja temporal de máxima vulnerabilidad	
- Historia previa de estresores	
- Circunstancias que rodean al fallecimiento	
6. Resultados: estudio	Página 23
- Perfil de paciente suicida	
- Diagnóstico psiquiátrico principal	
- Franja temporal de máxima vulnerabilidad	
- Historia previa de estresores	
- Circunstancias que rodean al fallecimiento	
7. Discusión	Página 26
8. Conclusiones.....	Página 32

Bibliografía

Anexo: Tablas y gráficas

RESUMEN

Introducción: El suicidio del paciente dado de alta de un servicio psiquiátrico hospitalario es uno de los eventos que más preocupa a los profesionales de Salud Mental. Se realiza una revisión bibliográfica sobre el perfil clínico de mayor riesgo, comparando los resultados con la serie de pacientes fallecidos por suicidio que han sido dados de alta en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Material y métodos: Búsqueda bibliográfica utilizando distintos motores de búsqueda con palabras clave y revisión de los artículos más destacados. Estudio descriptivo y retrospectivo, para el que se seleccionaron aquellos pacientes fallecidos por suicidio que fueron dados de alta en la UHA entre los años 2015 y 2018, ambos incluidos. Se seleccionó una muestra de 25 pacientes y se elaboró una base de datos con las variables de mayor relevancia de cara a la autopsia psicológica.

Resultados y discusión: De los 25 pacientes (1,6% de altas totales), el 72% eran varones, la edad media fue 49 años y el 32% eran desempleados. El trastorno afectivo fue el diagnóstico más frecuente (48%), y la franja de máximo riesgo fue el primer mes tras el alta hospitalaria (28,6%), aunque el riesgo para las mujeres fue el mismo a partir del primer año. En un 66,7% se hallaron intentos autolíticos previos, siendo el motivo del último ingreso para el 38,9%. El 12% solicitó alta voluntaria. El principal método de suicidio fue la sobreingesta de medicamentos (16%) y 46 días fue la media de último contacto con un servicio sanitario.

Conclusiones: Pese a que el porcentaje de suicidios tras el alta hospitalaria es bajo, estos pacientes presentan un perfil clínico muy característico: trastorno afectivo en varones con edades comprendidas entre 40 y 50 años, en situación de desempleo y antecedentes autolíticos con ingreso hospitalario. Mediante una mayor dotación de recursos y la elaboración de un plan de mejora asistencial basado en el registro de casos y análisis crítico de estos pacientes, podrían mejorarse ciertos indicadores de calidad asistencial relacionados con el suicidio.

Palabras clave: alta hospitalaria, factores de riesgo, perfil clínico, suicidio.

ABSTRACT

Introduction: Suicide of patients after an hospital discharge from a psychiatric service is a main cause of concern for Mental Health caregivers. We have made a review of the available literature about the clinical profile of higher risk of suicide, comparing the results with the characteristics of the patients who committed suicide after being discharged from the Hospitalization Unit (AHU) of Psychiatry of the Lozano Blesa University Clinical Hospital.

Material and methods: Literature search using different search engines with key words and review of the most prominent articles. Descriptive and retrospective study, for those patients deceased by suicide who were discharged of AHU between 2015 and 2018, both included. A sample of 25 patients was selected and a database with the most relevant variables for psychological autopsy was developed.

Results and discussion: Of the 25 patients (1.6% of total discharges), 72% were male, the average age was 49 years and 32% were unemployed. Affective disorder was the most common diagnosis (48%), and the maximum risk range of time to commit suicide was the first month after hospital discharge (28.6%), although the risk in women gender was not different up to the first year. 66.7% of the sample had autolytic attempts, which was the cause of the last admission for 38.9% of them. 12% applied for voluntary discharge. The main method of suicide was drug overdose (16%) and 46 days was the mean time from last contact with the Health System.

Conclusions: Although the percentage of suicides after hospital discharge is low, these patients have a very characteristic clinical profile: affective disorder in males between the ages of 40 and 50, unemployment and an autolytic background with hospital admission. By means of a greater allocation of resources and the elaboration of a care improvement plan based on the registration of cases and critical analysis of these patients, certain indicators of quality of care related to suicide could be improved.

Key words: hospital discharge, risk factors, clinical profile, suicide.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El suicidio es una de las 15 primeras causas de fallecimiento a nivel global, alcanzando el primer puesto como causa de éxitus entre los 15 y los 30 años en los países desarrollados. También es la primera causa de fallecimiento no natural para todas las edades. En España, se suicidan alrededor de 10 personas al día. (1) A día de hoy se considera un problema de salud mundial, estimándose un promedio de 10 - 20 tentativas de suicidio previas a cada fallecimiento.

La mayoría del total de casos de suicidio son efectuados por individuos con algún diagnóstico de enfermedad psiquiátrica, de larga evolución clínica y ampliamente conocidos por los servicios de Psiquiatría. (2) Además, las características socio-demográficas de estos pacientes se repiten con frecuencia, lo que permite cribar a los pacientes de mayor riesgo de suicidio tras ser dados de alta de un servicio psiquiátrico hospitalario.

En la bibliografía disponible se establecen, entre otras variables, los periodos de máxima vulnerabilidad para cometer suicidio en los pacientes dados de alta de un servicio de psiquiatría hospitalaria, el perfil clínico de alto riesgo según el diagnóstico psiquiátrico, los factores estresantes previos y la situación de apoyo sociofamiliar más prevalente para esta población. Sin embargo, en los últimos años los casos de suicidio no han disminuido con el estudio de estas variables.

El presente estudio pretende mejorar la calidad en la prevención del suicidio en estos pacientes mediante la optimización en su cribado posthospitalario y en su vinculación ambulatoria. Para ello se hace necesario revisar los principales factores de riesgo que se asocian al suicidio tanto en la bibliografía más actualizada como en nuestra propia población.

Para este fin se empleará la autopsia psicológica como herramienta de evaluación del riesgo de suicidio, ya que permite estudiar y evaluar las variables más importantes que rodean al fallecimiento de la manera más objetiva y estandarizada posible.

De esta manera se podrá elaborar un plan de mejora en la atención sanitaria posthospitalaria del HCU Lozano Blesa en los pacientes que cumplen criterios de alto riesgo de suicidio.

INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende el “suicidio” como un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener cambios en la actividad consciente y en el medio social.

El suicidio (*del latín: ‘sui’: así mismo, ‘occidere’: matar*) es la complicación más grave en la evolución de un trastorno psiquiátrico, y la tentativa suicida se considera una emergencia psiquiátrica. El riesgo de suicidio aumenta de forma proporcional al número de factores de riesgo presentes, siendo paradigmáticos algunos de los siguientes:

- Salud física. Presencia de dolor en enfermedad crónica, pérdida de movilidad, desfiguración, discapacidad o enfermedad de mal pronóstico.
- Antecedentes familiares de suicidio. Antecedente de suicidio en familiar de primer grado, en familiar suicida femenino, en malos tratos, agresión sexual o acoso por parte de iguales.
- Otros. Fácil acceso a armas y medicamentos o tóxicos, dificultades para acceder al sistema sanitario, estigmas en torno a la enfermedad mental y el suicidio, guerras o desastres naturales, inmigración y marginación en la comunidad.

La prevalencia de suicidio tras el alta hospitalaria es elevada, principalmente en el primer año después de ésta. Algunos autores apuntan que alrededor de una tercera parte de los suicidios ocurren en el primer trimestre tras la salida del hospital, principalmente en varones con edad comprendida entre 18 y 35 años y alguno de los siguientes diagnósticos psiquiátricos: trastorno depresivo, bipolar, esquizofrenia y abuso de sustancias. En lo que respecta a las mujeres que cometen suicidio con mayor frecuencia, estas presentarían diagnóstico de trastornos psicóticos y el riesgo de suicidio se mantendría elevado durante una media de 36 meses tras la hospitalización, más tiempo que en varones. (1, 7) A este respecto, algunos autores como Chung señalan que los tres primeros meses tras el alta hospitalaria serían los de mayor riesgo para cometer suicidio, siendo más frecuente en aquellos pacientes con ideas o comportamientos suicidas previos. (7)

Otra variable de interés en la valoración del riesgo suicida tras la salida del hospital es la adhesión al tratamiento médico. Burstein incidió en que el incumplimiento de las pautas terapéuticas aumenta de forma exponencial su tasa con el tiempo y que es más alta para los pacientes en psicoterapia y la falta de adherencia del tratamiento farmacológico, lo que

podría ser causa de inestabilidad clínica y actuar como uno de los estresores para cometer suicidio. (5)

Siguiendo con la intervención sanitaria en el paciente psiquiátrico, Appleby señala que una reducción de la atención continuada (sin contacto con Salud Mental en los últimos tres meses o más) aumentaría la tasa de suicidios tras el alta hospitalaria. (4)

También se ha observado como factor de riesgo en los pacientes fallecidos por causas somáticas pero con comorbilidad psiquiátrica, el antecedente de gestos autolíticos; los gestos autolesivos confieren mayor riesgo de fallecer prematuramente respecto a la población general, siendo mayor esta tasa en hombres y las patologías del sistema circulatorio y digestivo las más relacionadas con el fallecimiento. Por último, las muertes por causas naturales son entre 2 y 7,5 veces más frecuentes que la población general. (6)

Emplearemos como herramienta en nuestro trabajo la 'Autopsia psicológica', uno de los recursos que evalúa los fallecimientos de causa violenta y detecta entre ellos los suicidios consumados, incidiendo con carácter retrospectivo en las características de personalidad y condiciones de vida que tuvo el individuo antes de fallecer. (24,25) Este método de estudio psicológico parte del principio de intercambio de Locard - dos objetos que entran en contacto transfieren parte de su material al otro objeto, es decir, que todo contacto deja un rastro - y entre sus utilidades se encuentran aclarar hasta qué punto el sujeto provocó las circunstancias de su muerte (muerte natural, accidental, suicidio y homicidio), averiguar el momento y el tiempo en el que se produjo, recoger información para evaluar los intentos de suicidio y, en última instancia, ser un mecanismo terapéutico para familia y allegados, ya que permite comunicar pensamientos y sentimientos sobre el fallecido. (25) También proporciona información de la relación entre los factores de riesgo del sujeto y el suicidio, estimando las variables más frecuentes en los aspectos socio-demográficos y psicopatológicos. (27)

Para llevar a cabo la reconstrucción de los hechos, la autopsia psicológica se sirve de los documentos de la historia clínica del paciente y las entrevistas a sus allegados, que de forma óptima, deberían ser recogidas entre los dos y seis primeros meses tras el suicidio. (24-28) Sin embargo, la estructura de la entrevista no está estandarizada y existe debate a este respecto.

Werlang y Botega publicaron un primer modelo de interés en 2003 constituido por 69 ítems divididos en cuatro módulos de precipitantes y estresores, motivación, letalidad e

intencionalidad. Autores como García-Caballero validaron un modelo español (28), si bien el más conocido actualmente es el modelo de autopsia psicológica integrado (MAPI). (27)

Por tanto, es importante recalcar su falta de estandarización y el debate en torno a su eficacia como técnica de evaluación, además de la subjetividad de los resultados en dependencia del entrevistador y del modelo de autopsia empleado. (25,26) Por esta razón, sus resultados deberán ser reflejados en términos de probabilística y las conclusiones elaboradas serán especulativas. (25) No obstante, los autores coinciden en que, independientemente del modelo empleado, siempre se debería incluir las siguientes variables de forma general:

- Datos sociodemográficos. Fecha de la muerte y edad en el momento de fallecimiento, lugar de residencia, ocupación laboral, estado civil.
 - Circunstancias del deceso. Información de las fuentes oficiales disponibles, informes, grabaciones o cartas, si las hubiera.
 - Reconstrucción de la vida de la persona. Estilo de vida y rasgos de la personalidad, estresores previos al acontecimiento, alteraciones adaptativas del sujeto.
 - Historia del núcleo familiar. Vínculos e interacciones con los convivientes y personas más cercanas.
 - Circunstancias laborales y económicas en el momento del deceso.
 - Revisión de antecedentes médicos y psicopatológicos que recojan factores de riesgo de suicidio previo, diagnósticos psiquiátricos y antecedentes judiciales, si los hubiera.
- (24-28)

PROBLEMÁTICA SOCIAL GRAVE Y PATOLOGÍA AGUDA PSIQUIÁTRICA

El porcentaje de suicidios consumados oscila entre el 60% y el 98% de los gestos autolíticos totales. (2) Según la autopsia psicológica, alrededor del 90% de las personas que se suicidan presentan algún trastorno mental, siendo los más frecuentes la depresión, el abuso de sustancias y los trastornos psicóticos. (24-28)

Un metanálisis de 2015 halló una tasa general de suicidio de 147 por cada 100.000 pacientes hospitalizados, ocurriendo en un 45% de los casos en pacientes diagnosticados de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, mientras que el suicidio de los pacientes ambulatorios ocurrió en un 32% de los pacientes con diagnóstico de depresión y abuso de sustancias, trastornos somatomorfos, ansiedad y trastornos de adaptación. (2) El riesgo de

suicidio para pacientes psiquiátricos hospitalizados es aproximadamente 50 veces mayor que para la población general, alcanzando su punto máximo en los períodos inmediatamente posteriores al ingreso y al alta. El estudio danés de Qin objetivó dos picos de riesgo para cometer suicidio en torno a la hospitalización psiquiátrica, uno en la primera semana después del ingreso y otro en la primera semana después del alta. (3)

Uno de los principales enfoques de este trabajo es estudiar las características de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría que tras ser dados de alta, fallecen por suicidio. Otro de los objetivos fundamentales es la evaluación de las variables que componen en su conjunto la autopsia psicológica y que permiten un manejo óptimo y basado en la evidencia científica de los pacientes suicidas. Esta evaluación se realiza a través de la entrevista clínica y las distintas escalas de evaluación. Según la APA (Asociación para la Prevención de Accidentes), la conducta suicida siempre debería ser evaluada en estas situaciones:

- Atención en Urgencias (situaciones de crisis) y evaluación en Salud mental (ambulatoria/hospitalaria).
- Empeoramiento brusco. Ausencia de mejoría o empeoramiento progresivo a pesar del tratamiento. Cambio en el tratamiento que provoque mejoría súbita.
- Detección de los estresores (divorcio, pérdida económica, problema judicial, vergüenza o humillación personal...) o diagnóstico reciente de una enfermedad física importante (grave/mortal, causa de desfiguración o de dolor intenso).
- Interrupción de la observación individual y alta hospitalaria.

METODOLOGIA

OBJETIVOS

Los principales objetivos de este trabajo son:

- Realizar una revisión bibliográfica acerca de los casos de éxitus por suicidio en los pacientes que han sido dados de alta de un servicio psiquiátrico hospitalario.
- Describir el perfil clínico de estos pacientes, los principales diagnósticos psiquiátricos asociados, los periodos tras el alta de máxima mortalidad, y otros estresores previos al fallecimiento.
- Efectuar un análisis descriptivo de la evolución natural de los pacientes dados de alta entre los años 2015 y 2018 de la Unidad de Hospitalización de Adultos del Servicio de Psiquiatría del HCU Lozano Blesa, comparándolos con los datos obtenidos de la revisión bibliográfica.
- Elaborar un plan de mejora de la calidad asistencial en cuanto al seguimiento de estos pacientes, sobre todo de aquellos que ingresaron por tentativa suicida o con antecedentes de la misma, en base a los datos obtenidos de la muestra y la revisión.

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo presentado a continuación es, en primer lugar, una revisión bibliográfica que trata sobre el suicidio tras el alta hospitalaria de una Unidad de Hospitalización del servicio de psiquiatría y los factores de riesgo que rodean este acto. Para su elaboración, se investigó material disponible en revistas y libros de gran relevancia médica con el objetivo de obtener la mejor evidencia científica. Se dispuso de material físico (Hospitalización Psiquiátrica Breve, manual clínico) y de artículos provistos por el tutor. (5, 8, 20) Asimismo, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en PUBMED tras determinar las palabras clave: suicidio (en su traducción al inglés: *Suicide*) y pacientes psiquiátricos (en su traducción *Psychiatric patients*). También se realizó la búsqueda en este servidor con las palabras clave muerte prematura (en inglés: *Premature death*), autolesión (en inglés: *Self-harm*), estudio (en inglés: *study*) y epidemiología (en inglés: *Epidemiology*).

Con el propósito de disponer de las publicaciones más recientes, se acotó la búsqueda a las publicaciones de los últimos 10 años. Además, se restringieron los resultados a revisiones sistemáticas cuyos artículos se encontrasen disponibles de forma completa y gratuita.

También se llevó a cabo la búsqueda bibliográfica en SCIENCE DIRECT. En este caso, se acotó por orden de relevancia, artículos de investigación y acceso libre al artículo completo. Como palabras clave, se emplearon: factores de riesgo y protección en suicidios (*Protective and risk factors in suicide*) y suicidio tras tratamiento (en inglés: *aftercare suicide*).

Entre otras bases, también se realizó una búsqueda en GOOGLE ACADÉMICO, ordenando los resultados por relevancia y acotando la búsqueda entre los años 2015 y 2020. En este caso, las palabras claves empleadas fueron suicidio tras el alta (*Suicide after discharge*).

La **tabla 1** recoge el número total de resultados obtenidos en estos buscadores bibliográficos, de los cuales se escogieron aquellos que cumplían mejor los objetivos propuestos para el trabajo.

TIPO DE ESTUDIO

En lo referente a la elaboración de esta parte del trabajo de estudio poblacional, sus características son de estudio descriptivo de carácter retrospectivo, llevándose a cabo la recogida de nuestra muestra a partir de una base de datos donde constaban todos los pacientes que fueron ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza), producidos entre los años 2015 y 2018.

Para determinar aquellos que pasarían a formar parte de nuestra serie, se realizó una revisión de los informes de alta de aquellos pacientes que, habiendo permanecido ingresados en la UHA del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa en los años comprendidos entre 2015 y 2018 y apareciendo como fallecidos, el éxitus constaba como suicidio.

De esta forma, se obtuvo la muestra a partir de estos criterios:

- Criterios de inclusión en estudio: Pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza). Pacientes fallecidos por suicidio tras el alta de la Unidad.
- Criterios de exclusión de la muestra: Pacientes no fallecidos hasta el presente momento. Pacientes fallecidos por causas ajenas a suicidio.

En la obtención de las variables posteriores, hemos seguido un modelo de autopsia psicológica con los pacientes de nuestra serie adaptando la información disponible a nuestro alcance y recogiendo las siguientes variables:

- Datos sociodemográficos:
 1. Fecha de nacimiento.
 2. Fecha de ingreso y fecha de alta hospitalaria.
 3. Fecha de fallecimiento.
 4. Fecha de último contacto con el Sistema sanitario.
 5. Edad del sujeto en el momento del deceso.
 6. Estado civil.
 7. Ocupación laboral.
- Diagnóstico psiquiátrico principal.
- Historia previa de estresores: ruptura sentimental, relación conflictiva con familiares, situación de duelo, diagnóstico de patología orgánica, pérdida de trabajo, deudas económicas, accidentes.
- Circunstancias que rodean al fallecimiento:
 1. Alta voluntaria de la Unidad de hospitalización.
 2. Método de suicidio: ahorcamiento, defenestración, ahogamiento, intoxicación por sustancias.
 3. Grabaciones, cartas (si las hubiera).

Por último, antes de poner en marcha el proceso de elaboración de la base de datos a partir de la muestra elegida para nuestro estudio, fue solicitada la aprobación por parte del Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA), que nos transmitió su conformidad, así como un compromiso de confidencialidad respecto al trato de la información que a continuación se maneja acerca de los pacientes incluidos en la serie.

El **Documento 1** muestra el certificado de aprobación del CEICA.

RESULTADOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE SUICIDA

Una de las primeras cuestiones que nos planteamos al realizar esta revisión fue elaborar un perfil clínico-epidemiológico del paciente suicida en aquellos actos consumados en el periodo posterior al alta de un servicio de Psiquiatría hospitalario.

El estudio de Ribet del año 2017, tomó una muestra 141 casos suicidas en el transcurso de 2002 a 2015. Identificó que el 80% de los casos eran hombres, y que el 53% tenían 35 años o más, si bien resaltó que también la mayoría de los pacientes dados de alta fueron hombres (92%) cuya edad era de 35 años o más (88%). (8) En el trabajo sueco de Reutfors, se llevó a cabo una recogida de datos acerca de cuántas personas habían fallecido por suicidio tras el alta hospitalaria durante un periodo de 13 años. Los autores también hallaron un predominio de sexo masculino (70%). (16)

Resaltar el trabajo de Drake, publicado un año antes, cuyo objetivo fue realizar una descripción de los pacientes de un servicio de psiquiatría (Texas, Estados Unidos) que se había suicidado tras las primeras 72 horas del alta. Contando con una muestra de 30 pacientes, los fallecidos de fueron, también predominantemente masculinos (76%), y la edad promedio de suicidio de 43 años y medio. Del total de la muestra, un 20% estaban en seguimiento por servicios ambulatorios, mientras que el 80% habían sido pacientes recientemente hospitalizados. (11)

Por otro lado, en su estudio publicado en 2005, Qin reflejó que algunos de los factores que contribuyen al aumento de riesgo de suicidio se comportan de manera diferente según el sexo. De esta forma, los antecedentes de ingresos previos hospitalarios aumentarían más el riesgo relativo de cometer suicidio en mujeres que en hombres; y la recurrencia de los ingresos al hospital psiquiátrico agregaría un riesgo adicional únicamente en mujeres. Sin embargo, estos datos no significan que las mujeres tengan de forma general una tasa más alta de suicidio que los hombres. (14)

El trabajo de 2009 de Hunt tuvo como objetivo describir las tasas de suicidio de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el cantón de Zúrich (Suiza) entre 1992 y 2004, así como determinar los distintos factores de riesgo que se asociaban al mismo. Determinó que en el perfil clínico del paciente que comete suicidio fueron estadísticamente significativos algunos signos recogidos por los profesionales durante la etapa final de la hospitalización,

como son, la verbalización de la ideación suicida, el sentimiento de desesperanza y el bajo estado de ánimo. Estos hallazgos apoyarían la teoría de que una disminución en la atención sanitaria o su retirada prematura pueden contribuir al riesgo de suicidio (Appleby, 1999), si bien Hunt asoció el riesgo de acto suicida con no acudir a las revisiones de los servicios sanitarios, pero no encontró asociación estadística con el incumplimiento del tratamiento farmacológico. (15)

En otros trabajos como el de Deisenhammer los porcentajes epidemiológicos fueron similares, halló un 12,5% de fallecimientos por suicidio tras el alta hospitalaria y una tasa tres veces mayor de suicidio entre los hombres. (13)

El riesgo general de cometer suicidio en el trabajo de Ajdacic-Gross fue mayor en hombres que en mujeres y recogió que los pacientes casados tenían mayor riesgo de suicidio intrahospitalario que los solteros, separados o divorciados. (19)

Large encontró relación entre el riesgo de suicidio tras el alta y algunas variables demográficas: estar casado (OR=1,21), vivir solo (OR= 1,38), estar desempleado (OR=1,16) o bajo nivel cultural (OR=1,25). (17) En cambio, Hunt no encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables de vivir solo o estar soltero y el riesgo de suicidio post-hospitalario. Los eventos vitales adversos en los tres meses tras el alta fueron más habituales en los pacientes que más tarde fallecieron por suicidio, siendo el más frecuente la ruptura de pareja (16%). (15)

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO PRINCIPAL

La morbilidad psiquiátrica está reconocida como factor de riesgo para el suicidio temprano tras el alta hospitalaria, sin embargo no se dispone de evidencia precisa acerca de la medida varía el riesgo según cada trastorno psiquiátrico. (9) Por tanto, otro objetivo de nuestro trabajo, consistió en realizar una revisión bibliográfica para dilucidar este aspecto.

Una publicación del JAMA del año 2016 presentó un estudio retrospectivo de cohorte longitudinal que analizó los casos de suicidio precoz tras el alta hospitalaria en pacientes con diferentes diagnósticos psiquiátricos y empleó como controles otros casos de suicidio con patología no psiquiátrica de características por lo demás comparables. La tasa de suicidio a corto plazo en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo fue de 235,1/100.000 años-persona, seguida por los pacientes con trastorno bipolar con una tasa de 216,0/100.000 y una tasa de 168,3/100.000 años-persona en aquellos casos de

esquizofrenia, encontrándose los pacientes con trastornos no mentales muy por detrás de todos los grupos (11,6/100.000 años-persona). Es así como exponen en su trabajo que, entre los pacientes tratados por trastornos psiquiátricos, el riesgo más alto a corto plazo de suicidio fue para los pacientes con trastornos depresivos, seguidos de cerca por aquellos con trastorno bipolar. Los pacientes con trastornos psicopatológicos complejos o que se combinaban con síntomas depresivos, y aquellos sin continuidad asistencial por parte de unidad salud mental, presentaron un riesgo mayor de suicidio a corto plazo. (9)

Haglund publicó en 2019 los resultados de una cohorte prospectiva de 2.883.088 pacientes dados de alta de psiquiatría hospitalaria entre 1973 y 2009, y en su seguimiento encontró 3.695 suicidios. Analizó cómo influyen las tentativas de suicidio previas al ingreso en el riesgo posterior de suicidio tras el alta hospitalaria en los pacientes según los diferentes diagnósticos psiquiátricos. Así, apoyando los datos de estudios anteriores, la depresión fue el diagnóstico asociado a mayor riesgo de suicidio (31,8%); con un mayor predominio en hombres. Por otro lado, se concluyó que el riesgo inmediato de suicidio tras el alta no se correlacionó de forma estadísticamente significativa con la conducta suicida previa. En cambio, los pacientes diagnosticados de trastorno psicótico con antecedente autolítico (4,3%) se suicidaron tras el alta un porcentaje particularmente alto (16,5%), en cambio, entre los pacientes con diagnóstico de depresión este antecedente confirió un riesgo menor. (12)

El trabajo de Qin observó que los trastornos afectivos presentaban el mayor riesgo de suicidio y que, junto con los trastornos del espectro de la esquizofrenia, presentaron una rápida disminución del riesgo tras la estabilidad clínica, sin embargo, en los trastornos relacionados con el abuso de sustancias el riesgo disminuyó más lentamente. El riesgo de suicidio asociado a los trastornos afectivos fue mayor (1,9 veces en hombres y 1,6 en mujeres) al de los pacientes con esquizofrenia; mientras que el aumento del riesgo por abuso de sustancias en mujeres fue 1,6 veces mayor. (14)

En el estudio de Hunt, de una muestra de 238 pacientes psiquiátricos que fallecieron por suicidio en los tres primeros meses tras el alta hospitalaria, los diagnósticos más comunes fueron trastorno afectivo mayor (40%), esquizofrenia, (18%), abuso del alcohol (12%) y trastorno de la personalidad (10%). Un 24% de los pacientes tenía enfermedad depresiva asociada. (15)

En un metaanálisis del año 2011, Large estudió los factores de riesgo de suicidio durante el primer año tras el alta hospitalaria de Psiquiatría. Se obtuvo una Odds Ratio (OR) de 3,15 para los antecedentes de autolesión y una OR de 2,70 para los síntomas depresivos. Fueron también factores de riesgo la ideación suicida (OR=2,47), el alta voluntaria (OR=2,44), la exclusión social reciente (OR=2,23), el diagnóstico de depresión mayor (OR=1,91) y el sexo masculino (OR=1,58). Ser diagnosticado de esquizofrenia durante el ingreso se relacionó con un incremento del riesgo de suicidio, pero este incremento no aumentó tras el año del alta. Los pacientes clasificados como de “alto riesgo” tuvieron un mayor índice de suicidio intrahospitalario, pero este exceso de riesgo no se mantuvo tras el alta. (17)

El riesgo general de cometer suicidio en el trabajo de Ajdacic-Gross fue mayor en hombres que en mujeres y el riesgo fue más alto para los pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad. También fue alto para los trastornos afectivos, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos. (19)

Estudios de autopsia psicológica han demostrado que más del 90% de las víctimas de suicidio padecen trastornos mentales, principalmente trastorno depresivo. (23-28) El estudio de Reutfors apuntó que en los casos de suicidio femenino el diagnóstico más prevalente fue el trastorno del estado de ánimo (14%); en los hombres, los trastornos del estado de ánimo y el alcoholismo fueron igual de frecuentes (7%). (16)

Finalmente, el estudio de Forte sobre el tiempo transcurrido desde haber sido dado de alta de un servicio de hospitalización psiquiátrico hasta el fallecimiento por suicidio, encontró una tasa de 484 suicidios/100.000 años-persona, con riesgos similares asociados al diagnóstico de trastornos del estado de ánimo y psicóticos. (10)

FRANJA TEMPORAL DE MÁXIMA VULNERABILIDAD

Sabemos que en los pacientes psiquiátricos el riesgo de suicidio es particularmente alto tras el alta hospitalaria (19), uno de nuestros objetivos consiste en revisar la bibliografía acerca de los momentos de mayor riesgo.

El estudio danés de Qin halló que existen dos picos de incidencia alrededor de la hospitalización psiquiátrica, durante la primera semana del ingreso y durante la primera semana tras el alta. Se evidenció que el riesgo disminuye de forma gradual y se sugiere

que un aumento en los esfuerzos de prevención en estos períodos podría ser eficiente en la prevención del suicidio. (14)

En el mismo año, Hunt publicó un trabajo en el que identificó los factores de riesgo para el suicidio en los tres primeros meses tras el alta. Se recogieron 238 casos de suicidio y halló que el 43% ocurrieron durante el primer mes tras finalizar la hospitalización (47% antes de la primera revisión médica). Durante la primera semana tras ser dados de alta, el mayor número de muertes se produjeron el primer día. (15)

Qin también encontró que los trastornos que más aumentaban el riesgo inmediato de suicidio tras el alta eran los afectivos y la esquizofrenia, si bien el riesgo disminuyó rápidamente tras su estabilización. En contraposición, los trastornos por abuso de sustancias aumentaron el riesgo de suicidio de forma rápida y se mantuvo tras el tratamiento y la recuperación, coincidiendo con la salida hospitalaria. Asimismo, el riesgo de suicidio fue mayor para los pacientes con estancias medias hospitalarias más cortas y para los que presentaron más hospitalizaciones previas. (14)

Reutfors estimó el riesgo de suicidio durante la hospitalización y el primer año tras el alta en pacientes psiquiátricos. Encontró que en ambos casos el riesgo de suicidio fue mayor en los diagnosticados de trastorno del estado de ánimo y el riesgo fue máximo durante la primera semana tras el alta, si bien la mayoría ocurrieron en los siguientes 11 meses. En cuanto al riesgo de los pacientes con trastorno esquizofrénico y por abuso del alcohol, este riesgo fue de la mitad pero se mantuvo más constante en el tiempo. Reutfors resaltó que el 5% de los casos habían sido dados de alta una media de siete días antes, mientras que el 9% lo habían hecho entre dos y cuatro semanas antes. (16)

Deisenhammer clasificó a los pacientes ingresados entre 2004 y 2011 que habían fallecido por suicidio en tres grupos, los que cometieron suicidio durante el ingreso, los que se suicidaron en las primeras 12 semanas tras el alta hospitalaria y los que cometieron suicidio más allá de ese periodo o en los que no constaban ingresos previos. El 12,5% de suicidios ocurrieron durante las 12 primeras semanas tras el alta, con tasa media de suicidio de 15,93/100.000 habitantes (13).

Drake también apoyó en su estudio que un alto porcentaje de suicidios ocurren dentro de las primeras 24 horas tras el alta. (11)

El estudio de Riblet comparó todos los informes de éxitus por suicidio en los siete días posteriores al alta de las Unidad de Salud Mental (USM) entre los años 2001 y 2015, identificando 141 casos y arrojando una tasa acumulativa de fallecimientos durante el primer día tras el alta del 40%, así como una tasa del 67% dentro de las primeras 72 horas y alcanzando un 80% a los cuatro días tras el alta hospitalaria. Entre los casos de suicidio que tenían programada una revisión posthospitalaria el 50% falleció antes del encuentro y un 20% vivían, pero no acudieron a la cita. (8)

La actualización de Forte de 2019 sobre los periodos de máxima vulnerabilidad para cometer suicidio tras el alta hospitalaria destacó que, pese a que los riesgos de intento autolítico y suicidio son más altos inmediatamente después del alta, pueden permanecer elevados durante meses. Forte también recogió información acerca de las tasas de suicidio en los tres primeros meses posteriores al alta de distintos estudios, y encontró una tasa de 822/100.000 años-persona en los hospitales psiquiátricos escoceses, una tasa británica de 166/100.000 años-persona, 204/100.000 años-persona en un estudio danés y una tasa estadounidense de 178/100.000 años-persona. Las tasas de estos informes obtuvieron un promedio de 342 ± 320 muertes por suicidio/100.000 años-persona, lo que equivale a 2,41 suicidios por cada 1.000 altas y lo que supone una tasa casi 23 veces mayor que la obtenida para la población general en estos países. (10)

Respecto al tiempo transcurrido hasta el suicidio en su trabajo, Forte halló una distribución temporal acumulativa que recogió un mayor riesgo de suicidio en el primer mes (26.4%), que aumentó hasta el 40.8% en los tres primeros meses, y que alcanzó el 73,2% tras los 12 meses. (10)

Drake también identificó algunas características respecto al tiempo transcurrido desde el alta hospitalaria hasta el acto suicida. En su muestra de 30 pacientes un 80% se suicidó en las primeras 24 horas tras el alta hospitalaria. (11)

En el pasado año, Haglund realizó un estudio evaluando el antecedente de eventos autolíticos previos y encontró poca relación con el riesgo de suicidio en los primeros 90 días tras el alta. Encontró 3.695 casos en los primeros 30 días tras el alta y la tasa de suicidios de toda la muestra fue de 181/100.000 personas-años. (12)

HISTORIA PREVIA DE ESTRESORES:

Las tentativas previas de suicidio son un factor de riesgo importante para el suicidio tras el alta hospitalaria. (13) Entre los casos recogidos por Reutfors, la tasa de pacientes fallecidos por suicidio que habían sido hospitalizados previamente por intento autolítico fue del 17% en hombres y del 31% en mujeres. (16) Olfson también constató en su trabajo que el antecedente de autolesión se asoció al riesgo de suicidio a corto plazo. (9)

En el estudio de Deisenhammer los pacientes que se suicidaron durante la hospitalización o en las primeras 12 semanas tras el alta presentaron mayor número de tentativas previas respecto a los pacientes que se suicidaron sin ingresos previos. (13)

El trabajo de Walter mostró que un 19,1% de los pacientes dados de alta tenían antecedentes de autolesiones previos al primer ingreso hospitalario. Tras haber sido dados de alta, el riesgo de suicidio o autolesión fue especialmente elevado (10 veces más que el grupo control) durante los tres primeros meses, disminuyendo con el tiempo pero siempre con tasas superiores al grupo control. En cambio, el riesgo fue hasta un 50% menor otros eventos como muerte accidental, criminalidad u hospitalización por violencia. No obstante, el riesgo de suicidio y de autolesión fue menor para la mortalidad general por otras causas. (20)

El estudio de Kuo identificó que un 59% de los pacientes que se suicidaron tras el alta hospitalaria habían sido ingresados por conducta suicida, y que un 58% tuvo al menos una tentativa previa de suicidio a lo largo de su vida. Asimismo el 90% de los suicidios habían sido clasificados como “bajo riesgo” o “ningún riesgo” de suicidio en una evaluación clínica en los últimos 7 días de ingreso. (18)

El estudio de Qin apuntó que los ingresos previos en servicios de hospitalización por intento autolítico estaban muy asociados con el riesgo de suicidio. (14) Asimismo, un 59% de los pacientes que se suicidaron en el estudio de Ajdacic-Gross habían sido ingresados previamente por conducta suicida y un 58% había presentado un intento autolítico previo. (19)

Los factores recogidos por Hunt que mostraron estar relacionados con un aumento de riesgo de suicidio fueron el sexo masculino, el antecedente de autolesión, el diagnóstico de

trastorno afectivo, las comorbilidades psiquiátricas, la ideación suicida, el contacto reciente con personal sanitario, el alta voluntaria, y la pérdida del contacto en el seguimiento post-hospitalario. Un 36% de los pacientes fallecidos tenían al menos cuatro de los siete factores de riesgo. (15)

Walter también encontró que los pacientes psiquiátricos dados de alta hospitalaria presentaron mayor riesgo de eventos adversos graves. Estos eventos incluyeron: autolesiones, suicidio, muerte accidental, homicidio, hospitalización tras altercados violentos y episodios de criminalidad. En el seguimiento de los 10 años tras el alta hospitalaria, la incidencia acumulada de estos eventos fue del 32% (37,1% en hombres y 27,2% en mujeres). Los hombres tuvieron valores de incidencia acumulativa más altos que las mujeres para todos los resultados, excepto para la autolesión no mortal. Un 2,8% de los pacientes habían sido hospitalizados por un episodio de violencia y un 8,8% tenían antecedentes de crímenes violentos antes de ser ingresados. (20)

En su trabajo, Fazel halló que un 10,7% de hombres y un 2,7% de las mujeres con diagnóstico de esquizofrenia durante el ingreso fueron condenados por un delito de violencia en los cinco años posteriores. De estos pacientes, un 3,3% de hombres y 2% de mujeres murieron de forma prematura por cualquier causa. (21) Así mismo, en la muestra de Doyle, en un seguimiento de las 24 primeras semanas tras del alta hospitalaria, un 9% de los pacientes fueron detenidos por cometer un acto violento. (22)

Fazel identificó tres factores previos al ingreso que conferían un mayor riesgo de suicidio, el consumo de drogas (10,3% de hombres y 4,2% de mujeres), el historial de criminalidad (23,3% de hombres y 5,1% de mujeres) y las autolesiones (9,7% de hombres y 14,9% de mujeres). Durante el estudio, el riesgo de protagonizar cualquier resultado adverso fue 7,5 veces mayor en hombres y 11,1 en mujeres respecto a la población general. (21)

Ajdacic-Gross halló que en un 74% de los pacientes que cometieron suicidio hubo al menos un evento estresante previo al ingreso (siendo los principales la separación, el duelo, los problemas o la pérdida de trabajo, grandes deudas y los accidentes). (19)

CIRCUNSTANCIAS QUE RODEAN AL FALLECIMIENTO

En cuanto a las circunstancias que rodean el fallecimiento, Hunt constató que el método de suicidio más prevalente fue el ahorcamiento (39%), seguido por la intoxicación por

sobreingesta medicamentosa (27%) y las defenestraciones o tráficos (11%). Por detrás, estuvieron los ahogamientos (8%) y la intoxicación por monóxido de carbono (7%). (15)

Respecto a la atención sanitaria como factor de riesgo para cometer suicidio tras el alta hospitalaria, Olfson indicó que el riesgo de suicidio fue 1,7 veces mayor en la población de su estudio que no había recibido atención médica ambulatoria en los últimos seis meses antes del ingreso hospitalario. Relacionó el riesgo de suicidio a corto plazo con un menor número de revisiones. También identificó que los pacientes psiquiátricos que no habían recibido atención ambulatoria en los seis meses previos al ingreso hospitalario presentaron mayor riesgo de suicidio a corto plazo. (9)

Por otro lado, Hunt recogió que un 45% de los casos de suicidio en el primer mes tras el alta hospitalaria tuvieron lugar antes de la primera cita ambulatoria. Señaló también que los pacientes tuvieron un riesgo 2,1 veces mayor de cometer suicidio si no habían acudido a su última cita en USM. Los pacientes en los que se identificaron síntomas depresivos, desesperanza o ideas suicidas en su último contacto sanitario, tuvieron mayor riesgo de suicidio. La autolesión reciente no se relacionó estadísticamente de manera significativa con el riesgo de suicidio. (15)

En cuanto a la estancia media hospitalaria como factor de riesgo, Qin encontró que el riesgo de suicidio fue significativamente mayor en pacientes cuya duración media de ingreso hospitalario había sido menor, independientemente del diagnóstico. El antecedente de ingreso previo hospitalario aumentó el riesgo de suicidio, y la tasa fue mayor en mujeres (56,9%) que en hombres (37%). (14)

En la muestra de Riblet la duración media de la estancia hospitalaria fue de 10,5 días (10% ingresaron menos de 24 horas). En este caso, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la duración de la estancia y el de suicidio. (8) Hunt tampoco encontró diferencias significativas entre los ingresos previos, la duración del último ingreso, el historial de violencia o abuso de sustancias, o el incumplimiento del tratamiento médico con un aumento del riesgo de suicidio. (15)

Reutfors obtuvo un 25% de pacientes que fueron ingresados con diagnóstico de trastorno mental en el año previo al suicidio (23% en hombres y 31% en mujeres). (16)

Por último, estudiamos la solicitud de alta voluntaria como factor de riesgo para cometer suicidio en estos pacientes. Kuo publicó una tasa de entre 3% y 51% de altas voluntarias, así como su asociación a un peor pronóstico a largo plazo, mayores tasas de re-hospitalización, y un aumento del uso de recursos sanitarios. (18) Deisenhammer concluyó que solicitar el alta voluntaria constituye un factor de riesgo para cometer suicidio alcanzando el máximo riesgo cuando se solicita en la primera semana tras el ingreso. (13) Kuo apuntó el alta voluntaria no era sin embargo un factor de riesgo para otras causas de muerte no suicidas en estos pacientes, como son el fallecimiento por causas cardiovasculares, endocrinas/metabólicas, respiratorias, neurológicas u oncológicas. (18)

Drake identificó un 16% de casos que interrumpieron la atención sanitaria de forma voluntaria. (9) Esto es consistente con los hallazgos de Bickley, que encontró en su estudio que los pacientes que se suicidaron habían iniciado con más frecuencia un proceso de solicitud de alta voluntaria respecto al grupo control. (11) También en el trabajo de Hunt se describió que los pacientes que habían pedido alta voluntaria tenían un riesgo 2,5 veces mayor de cometer suicidio que los que no lo habían hecho. (15)

Drake constató que 17 de los 30 pacientes de su muestra fueron dados de alta sin constancia de apoyo familiar o social, y apuntó que el aislamiento social o la falta de apoyo familiar son importantes factores de riesgo para el suicidio. (11)

RESULTADOS: ESTUDIO

Llevamos a cabo la recogida de la muestra a partir de una base de datos en la que constaban todos los pacientes dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Universitario Lozano Blesa (Zaragoza), producidos entre los años 2015 (N=400), 2016 (N=416), 2017 (N=402) y 2018 (N=360) para así hacer una selección de aquellos pacientes que, en el momento de la recogida de datos, aparecieron como fallecidos. En este primer cribado para determinar el número total de pacientes fallecidos se obtuvo un total de 91 individuos.

A partir de este primer cribado, se investigó el número de pacientes cuyo éxitus constaba como suicidio. La muestra final tras esta clasificación fue de N=25 y a partir de ella se obtuvieron los siguientes resultados respecto al perfil de paciente suicida:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Un 72% de los pacientes que cometieron suicidio fueron hombres, frente a un 28% de mujeres (**Gráfica 1**). A propósito de la edad en el momento de éxitus, la edad media en hombres fue de 48,89 años y de 50,43 años en mujeres.

El tiempo entre el último contacto con el SNS y el fallecimiento fue, de media, 43 días.

En lo que respecta al estado civil, un 32% de los pacientes estaba separado o divorciado en el momento del éxitus, aunque encontramos ese mismo porcentaje para pacientes casados. Por otro lado, un 28% de los fallecidos estaban solteros.

En lo relativo a la ocupación laboral de la muestra, un 32% de los pacientes se encontraban en desempleo en el momento del deceso, siendo la ocupación más prevalente, mientras que un 24% eran trabajadores en activo. En tercer lugar en cuanto a prevalencias, un 12% se encontraban en situación de baja laboral por enfermedad y, por último, un 8% estaban jubilados.

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO PRINCIPAL

A propósito de los antecedentes médicos y diagnósticos psiquiátricos relacionados con el fallecido: el diagnóstico psiquiátrico principal más prevalente para nuestra muestra fue el trastorno afectivo (48% de los pacientes), seguido por la psicosis (20%) y, en tercer lugar, abuso de sustancias y trastorno de la personalidad, ambos con un 16% de prevalencia. (**Gráfica 2**). Desglosado por sexo, en hombres el diagnóstico psiquiátrico más prevalente fue el trastorno afectivo con un 44,4%; seguido por psicosis y abuso de sustancias (ambas

con 22,2%) y trastorno de personalidad en último lugar (11,1%). En mujeres, un 57,1% tenían diagnóstico de trastorno afectivo, un 28,6% trastorno de la personalidad y un 14,3%, psicosis.

FRANJA TEMPORAL DE MÁXIMA VULNERABILIDAD

Sin hacer diferenciación por sexos, encontramos estos resultados en cuanto a franja temporal de suicidio: un 28,6% de los pacientes se suicidaron en los primeros siete días tras haber sido dados de alta hospitalaria, y en ese mismo porcentaje se suicidaron una vez transcurrido el primer año tras la hospitalización. En el resto de franjas temporales, el porcentaje de suicidios fue el mismo: 14,3%.

No obstante, y respecto a la franja de máxima vulnerabilidad (**Gráfica 3**) para cometer suicidio, estudiamos el tiempo transcurrido desde el alta hospitalaria hasta el éxitus, y encontramos estos resultados una vez diferenciados por sexos: un 16,7% de hombres y un 28,6% de mujeres fallecieron durante los primeros siete días tras el alta; un 16,7% de hombres y un 14,3% de mujeres fallecieron a partir de la segunda semana hasta el primer mes; un 16,7% de hombres y un 14,3% de mujeres fallecieron a partir del primer mes hasta el tercer mes, un 38,9% de hombres y un 14,3% de mujeres fallecieron entre el tercer mes y el primer año tras el alta hospitalaria y un 11,1% de los hombres y un 28,6% de las mujeres fallecieron a partir del primer año tras haber sido dados de alta de nuestro servicio.

HISTORIA PREVIA DE ESTRESORES

En lo que respecta a la historia previa de nuestro estudio, un 66,7% de los fallecidos presentaron ideas e intentos autolíticos previamente. Sin embargo, fueron ingresados en un servicio hospitalario por intento autolítico un 38,9%.

Según sexo, un 66,7% de los varones presentó intentos autolítico previos e ideas suicidas. Ingresaron un 38,9%. Por otra parte, las ideas o intentos autolíticos previos estuvieron presentes en el 100% de las mujeres, si bien ingresaron en un servicio hospitalario por intento autolítico un 57,1%.

CIRCUNSTANCIAS QUE RODEAN AL FALLECIMIENTO

En lo que respecta a la solicitud de alta voluntaria, un 11,11% de los hombres y un 14,29% de las mujeres que fallecieron por suicidio, habían solicitado alta voluntaria. La duración del último ingreso hospitalario previo al deceso fue, como media, de 16 días.

En cuanto al método de suicidio (**gráfica 4**), el más prevalente fue la sobredosis de medicamentos (16%), seguido por ahorcamientos (12%) y accidentes de tráfico (12%). Por detrás, la defenestración (8%) y el ahogamiento (7%).

En cuanto a los factores de riesgo para cometer suicidio, consideramos como factores: historial previo de tentativas suicidas o autolesiones, último ingreso hospitalario por tentativa, consumo de drogas/alcohol, petición de alta voluntaria, ausencia de atención sanitaria en los últimos seis meses, e historia previa de criminalidad. Un 64% de los pacientes tenían múltiples factores de riesgo para cometer suicidio.

En cuanto a la presencia de eventos estresantes previos al ingreso, cabe destacar que un 32% de la muestra no tenía constancia de haber pasado por ninguno. En contraposición, un 28% presentaba dos o más eventos en el momento del fallecimiento. Cabe destacar que un 8% estaba superando un duelo reciente y un 8% acababan de ser diagnosticados de enfermedad orgánica.

DISCUSION

Antes de comenzar la discusión, nos gustaría tener en cuenta las limitaciones del trabajo. Detectamos una primera limitación al tratarse de un estudio observacional y de carácter retrospectivo. Pese a generar nuevas hipótesis, no existe grupo control y cualquier factor de riesgo estudiado puede ser resultado de un hallazgo casual. Por tanto, sería interesante emplear las conclusiones como de base de un estudio analítico y prospectivo posterior con un grupo control definido, dada la gravedad de la patología y las implicaciones socio-económicas que esta conlleva.

Otra limitación al respecto es la realización de la autopsia psicológica, ya que su periodo óptimo de desarrollo alrededor de los seis primeros meses tras el fallecimiento. Manejando pacientes fallecidos desde el año 2015, no nos ha sido posible realizar la entrevista en este periodo de tiempo óptimo, de la misma forma que no hemos tenido acceso a la entrevista con los profesionales sanitarios (fundamentalmente los profesionales de Salud Mental); toda la información aquí presente ha sido obtenida a partir de la historia clínica disponible en el HCU Lozano Blesa. Así surge una tercera limitación, que radica en las dificultades intrínsecas al periodo epidémico en el que se ha desarrollado este trabajo. La situación de emergencia sanitaria ha dificultado la obtención de los datos del estudio, por la restricción en el acceso hospitalario a los estudiantes.

En lo que respecta al perfil socio-demográfico del paciente suicida (**Tabla 2**), nuestro estudio coincide con los trabajos de otros autores en cuanto al predominio del sexo masculino. (8, 11- 13, 16, 17, 19)

La edad promedio para cometer suicidio en lo relativo a nuestra muestra fue de 49 años en varones y 50 en mujeres. Mientras que algunos estudios coinciden en una edad promedio de 50 años (8, 13), la mayoría de artículos establecen una edad ligeramente más precoz, entre los 35 y 50 años, con una media de 41 años. (10, 11, 15, 16)

Igualmente, algunos autores relacionaban una disminución de la atención sanitaria o su retirada prematura con el riesgo de suicidio (15). En el curso asistencial normal, la atención muchas veces se reduce al considerar que existe una mejoría clínica, lo que nos sugiere que algunos suicidios podrían prevenirse si se mantuviera un seguimiento estrecho a pesar de que el facultativo perciba mejoría clínica. Consideramos de gran importancia planificar y

coordinar adecuadamente los distintos recursos sanitarios entre los servicios de Salud mental hospitalarios, los centros de especialidades ambulatorios, los centros de media y larga estancia y los servicios de Atención primaria, para conseguir una más adecuada y segura continuidad en la atención sanitaria en los pacientes más vulnerables. (1)

En nuestro trabajo, el último contacto con los servicios de atención sanitaria fue, de media, 46 días. Además, este último contacto no fue necesariamente con un especialista en Salud Mental, ni tampoco una cita concertada o revisión. Este dato apoyaría la necesidad de elaborar un plan de mejora en el seguimiento post-hospitalario de los pacientes con mayor riesgo de suicidio, ya que es una de las variables de mayor riesgo.

Si bien en algunos trabajos se relaciona estar casado con un mayor riesgo de suicidio respecto a solteros, separados o divorciados (17, 19), en nuestro trabajo la proporción de pacientes casados que cometieron suicidio fue la misma que la obtenida para separados o divorciados. El trabajo de Hunt (15) tampoco encuentra diferencias significativas en estas variables para el riesgo de suicidio.

En referencia a la ocupación de los fallecidos, el estudio de Large (17) encontró mayor riesgo en aquellos pacientes desempleados. En nuestro trabajo también encontramos el desempleo como la situación más prevalente.

Existe unanimidad entre los principales autores respecto a que el trastorno afectivo es el más prevalente en la población que comete suicidio tras ser dados de alta del servicio de hospitalización. (9, 13-17, 19, 23) Este trastorno fue también el más asociado al acto suicida en nuestro estudio, sin diferencia entre ambos sexos. Un 48% de los pacientes fallecidos (44,4% de hombres y 57,1% de mujeres) presentaron trastorno afectivo como diagnóstico psiquiátrico principal, datos similares a los estudios de Haglund (31,8%) y Hunt (40%) (12, 15)

Respecto al resto de patologías existe más discrepancia entre autores, si bien la mayoría apunta a la psicosis como segundo diagnóstico más frecuente. Sin embargo, al analizar la muestra de nuestro trabajo, los datos difirieron al segregarla por sexos: en varones la frecuencia de psicosis fue de un 22,2% y el abuso de sustancias apareció en un mismo porcentaje de casos (22,2%). Reutfors halló un porcentaje similar en hombres entre el trastorno afectivo y el abuso de alcohol, lo que podría indicar que este último es el segundo diagnóstico más frecuente. (16)

Por otro lado, en mujeres el trastorno de la personalidad sería el segundo en orden de frecuencia, ocupando la psicosis el tercer lugar.

De forma global, hemos observado un pico de incidencia de suicidio en los primeros siete días tras el alta hospitalaria, lo que coincide con trabajos anteriores (11, 14, 16). Este riesgo disminuyó de forma gradual, aunque se encontró un segundo pico a partir del primer año. Así, se obtuvo un porcentaje total de éxitus durante el primer mes tras el alta hospitalaria de 42,9%, lo que apoya los estudios de Hunt (15) y que supondría el doble de la tasa calculada por Forte, que la estimó en un 26,4% (10)

No obstante, al realizar segregación por sexos, estos resultados cambiaron notablemente: en el caso de los varones, el porcentaje de fallecidos durante esta primera semana no fue mayor al resto de franjas temporales (siendo de un 16,7% en todas ellas) y disminuyó aún más a partir del primer año tras el alta hospitalaria. En cambio, sí que se encontró un pico de incidencia entre el tercer mes y el primer año tras el alta (38,9%). En el caso de las mujeres, encontramos dos picos de incidencia (28,6%): el primero en los siete días tras el alta, y el segundo a partir del primer año. En el resto de franjas esta incidencia es menor (14,8%). De estos resultados se desprende que, pese a que el porcentaje total de suicidios se concentra en torno al primer mes tras el alta hospitalaria, las mujeres presentan un mayor riesgo de suicidio a largo plazo. En lo que respecta a los varones, debería considerarse un periodo de mayor riesgo en los tres meses posteriores a ser dados de alta.

Walsh halló una tasa de suicidio de 147/100.000 pacientes hospitalizados, estudiando la hospitalización en sí misma como posible factor de riesgo. Obtuvo encontrado un 8,6% de exceso de riesgo de suicidio para estos pacientes respecto a los pacientes en tratamiento ambulatorio y sin ingresos previos, lo cual podría estar sesgado por la mayor gravedad de la patología del paciente hospitalizado. (2)

En cuanto al hallazgo previamente revisado de que un alto porcentaje de pacientes que fallecen por suicidio tras el alta hospitalaria habiendo presentan antecedentes de tentativas previas, y que estas conferirían un riesgo aumentado, (14, 15, 19-21) nuestra serie presenta un 66,7% de pacientes con ideas y tentativas de suicidio previas al éxitus, cifra muy similar a la de otras series como la de Kuo (18) o la de Adjaic-Gross (19), (en torno al 60%). Sin embargo, el porcentaje de ingresos previos de estos pacientes en nuestra muestra fue del 38,9%, por lo que aproximadamente la mitad de la población con este

antecedente no fue hospitalizada, de lo cual quizás se pueda inferir la necesidad de optimizar los medios y los criterios de ingreso de estos pacientes de mayor riesgo. **(Tabla 3)** Respecto a distribución por sexos de nuestra muestra, en hombres hallamos el antecedente de verbalización de ideas suicidas y gestos autolíticos en un 66,7% de casos, mientras que en mujeres fue del 100%. Sin embargo, la tasa de suicidio final en este grupo fue menor que la hallada en varones, lo que nos sugiere la prioridad del aumento de recursos en nuestro servicio en cuanto a disponibilidad de ingreso en los pacientes que presentan ideación autolítica en la entrevista de un servicio de urgencias, además establecer nuevos criterios de entrevista que realicen un cribado más específico de los pacientes dependiendo del sexo.

En nuestra muestra, el principal evento estresante previo al suicidio fue la ruptura sentimental, lo cual también aporta valor para perfilar el perfil de desencadenantes típicos en pacientes especialmente vulnerables.

A propósito del método de suicidio, los resultados difieren entre autores: para Deisenhammer y Hunt un porcentaje similar de éxitus por ahorcamiento (35-40%) lo convierte en el método más empleado de suicidio. (13, 15) En cambio, Drake apunta las heridas por armas de fuego (55%) como predominante, constatándolo en un porcentaje muy superior al ahorcamiento. (11) En nuestro trabajo, encontramos que la sobreingesta medicamentosa (16%) fue el método más empleado, con el ahorcamiento (12%) ocupando el segundo lugar en orden de frecuencia, si bien en un 45% de los casos desconocíamos el método empleado. Esta disparidad de resultados podría considerarse una consecuencia de los recursos disponibles para los pacientes del estudio; mientras que en el trabajo estadounidense las armas de fuego son el método más empleado (mayor accesibilidad a la compra de las mismas) en el estudio español encontramos los medicamentos, quizás debido en parte a su fácil acceso.

La estancia media hospitalaria para nuestra muestra fue de 16 días, una media ligeramente superior a la constatada por otros trabajos (8, 14). No obstante, los autores anteriormente citados no encontraron asociación estadísticamente significativa entre la duración del último ingreso y el riesgo de suicidio. En contraposición, sí fue significativo el aumento del riesgo de suicidio con respecto a la solicitud de alta voluntaria (8, 9, 11, 13, 15, 18) siendo que hasta un 15% de los casos presentaron esta variable. En nuestro trabajo, un 11,11% de varones y un 14,29% de mujeres solicitaron alta voluntaria, siendo

otra variable más a tener en cuenta a la hora de valorar el riesgo autolítico tras el alta hospitalaria y que quizás pueda inferir en la necesidad de asegurar la continuidad asistencial de estos pacientes mediante una citación más precoz en el periodo inmediatamente posterior a la salida del hospital por alta voluntaria.

Tras la presente revisión, podría establecerse el perfil clínico de mayor riesgo autolítico tras el alta hospitalaria, que en el caso del paciente varón, correspondería al de edad comprendida entre los 40 y 50 años, desempleado y con diagnóstico de trastorno afectivo de larga evolución. En la entrevista con el paciente, podríamos encontrar verbalización de la idea autolítica e ingresos previos por tentativa suicida, así como la posibilidad de que hubiera solicitado en estos últimos, el alta voluntaria. Como desencadenante del episodio que motiva el ingreso, una ruptura sentimental.

Ante este perfil clínico de pacientes, a la hora de dar de alta de un servicio de hospitalización, deberíamos tener en cuenta que las franjas post-hospitalarias de mayor riesgo para éxitus serían en el primer mes tras el alta hospitalaria y a los tres meses de la misma, por lo que debería priorizarse y garantizar el seguimiento en estas franjas temporales. Si finalmente este paciente terminara cometiendo suicidio, lo más probable sería encontrar como método la sobreingesta medicamentosa, más concretamente de benzodiazepinas. En lo que respecta a pacientes de sexo femenino, la principal diferencia radicaría en la necesidad de optimizar el seguimiento posthospitalario durante el primer mes y a partir del primer año. Consideramos la posibilidad de asegurar más estrechamente la dispensación del tratamiento farmacológico en los pacientes que son dados de alta de nuestro servicio, con el objetivo de dificultar estos episodios de sobreingesta medicamentosa. Sugerimos, por ejemplo, una ventana de notificación a la hora de dispensación de benzodiazepinas en las farmacias para estos grupos de mayor riesgo de suicidio.

Todo esto podría servir de base para establecer un plan de mejora asistencial que permitiera disminuir las muertes por suicidio en los pacientes que son dados de alta de un servicio psiquiátrico hospitalario, si bien sería necesario elaborar un nuevo estudio con carácter prospectivo y estableciendo un grupo control para comparar los resultados de ambas series y detectar los posibles factores de confusión o hallazgos casuales.



Por último, resaltar la importancia de mejorar y fluidificar la transmisión de información entre los equipos de UHA y los servicios de Salud Mental y Atención Primaria en el seguimiento asistencial de los pacientes. Para ello, sería interesante crear un registro de casos y más concretamente análisis críticos de los pacientes fallecidos por suicidio mediante la realización de autopsias psicológicas que quedaran reflejadas en la Historia Clínica Electrónica (HCE). Esto podría resultar de gran utilidad para aprender a identificar variables clínicas y asistenciales relevantes en cada caso.

CONCLUSIONES

1. 1,6% de los pacientes dados de alta de la UHA en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa fallecen por suicidio, con un claro predominio masculino y una edad media de 49 años.
2. El último contacto con el servicio sanitario fue, de media, 46 días antes del fallecimiento, lo que implica la necesidad de establecer un plan de mejora en el seguimiento de los pacientes de alto riesgo.
3. El desempleo es la situación laboral más frecuente, el estado civil parece no influir en el riesgo de suicidio. El factor precipitante más común es la ruptura sentimental.
4. El trastorno psiquiátrico asociado más frecuentemente con el suicidio es el trastorno afectivo, seguido por el abuso de sustancias en varones y el trastorno de personalidad en mujeres. En tercer lugar están los trastornos psicóticos.
5. El riesgo de suicidio aumenta durante el primer mes tras el alta. Existe un segundo pico de incidencia para varones entre el sexto y duodécimo mes. En mujeres, el pico de incidencia se presenta tras el primer año del alta.
6. Un alto porcentaje de varones (66,7%) y el total de las mujeres que fallecen por suicidio presentaron gestos autolíticos previos, y la mitad fueron ingresados por este mismo motivo.
7. El método de suicidio principal fue la sobreingesta medicamentosa, si bien en un gran porcentaje de pacientes no tuvimos acceso a los datos con respecto a esta variable. La estancia media hospitalaria no supuso un factor de riesgo para suicidio, sí lo fue la solicitud de alta voluntaria.
8. Se hace necesario un seguimiento más exhaustivo adaptado a los recursos del sistema en aquellos pacientes que cumplen criterios de alto riesgo de suicidio tras la hospitalización, sobre todo en las franjas temporales de máxima vulnerabilidad en cada sexo.
9. Se hace necesario establecer un contacto estrecho y continuado con los servicios ambulatorios en aquellos pacientes considerados de alto riesgo, sobre todo en las franjas temporales de máxima vulnerabilidad en cada sexo, así como emplear de forma estandarizada el método de la autopsia psicológica realizada conjuntamente con los profesionales de Salud Mental o Atención Primaria y que pudiera quedar reflejada en algún apartado de la Historia Clínica Electrónica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barneda V, Ledesma G. Conducta suicida. En: Cuevas J, Serrano A. Hospitalización Psiquiátrica Breve Manual Clínico. Editorial Médica Panamericana; 2019. p. 245-257.
2. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1-23.
3. Lin SK, Hung TM, Liao YT, Lee WC, Tsai SY, Chen CC, et al. Protective and risk factors for inpatient suicides: A nested case-control study. *Psychiatry Res [Internet]*. 2014;217(1-2):54-9.
4. Appleby L, Dennehy JA, Thomas CS, Faragher EB, Lewis G. Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: A case-control study. *Lancet*. 1999;353(9162):1397-400.
5. Burstein A. Psychiatric consultations in a general hospital: Compliance to follow-up. *Gen Hosp Psychiatry*. 1984;6(2):139-41.
6. Bergen H, Hawton K, Waters K, Ness J, Cooper J, Steeg S, et al. Premature death after self-harm: A multicentre cohort study. *Lancet [Internet]*. 2012;380(9853):1568-74.
7. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(7):694-702.
8. Riblet N, Brian, Watts B V., Mills P, Rusch B, Hemphill RR. Death by suicide within 1 week of hospital discharge: A retrospective study of root cause analysis reports. *J Nerv Ment Dis*. 2017;205(6):436-42
9. Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Liu SM, Gerhard T, et al. Short-Term suicide risk after psychiatric hospital discharge. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(11):1119-26.
10. Forte A, Buscajoni A, Fiorillo A, Pompili M, Baldessarini RJ. Suicidal Risk Following Hospital Discharge: A Review. *Harv Rev Psychiatry*. 2019;27(4):209-16.
11. Drake SA, Garza B, Cron SG, Wolf DA. Suicide within 72 hours after discharge from health care settings decedent characteristics. *Am J Forensic Med Pathol*. 2016;37(1):32-4.
12. Haglund A, Lysell H, Larsson H, Lichtenstein P, Runeson B. Suicide immediately after discharge from psychiatric inpatient care: A cohort study of nearly 2.9 million discharges. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(2).

13. Deisenhammer EA, Behrndt EM, Kemmler G, Haring C, Miller C. A comparison of suicides in psychiatric in-patients, after discharge and in not recently hospitalized individuals. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2016;69:100-5.
14. Qin P, Nordentoft M. Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(4):42
15. Hunt IM, Kapur N, Webb R, Robinson J, Burns J, Shaw J, et al. Suicide in recently discharged psychiatric patients: A case-control study. *Psychol Med*. 2009;39(3):443-9.
16. Reutfors J, Brandt L, Ekblom A, Isacson G, Sparén P, Ösby U. Suicide and hospitalization for mental disorders in Sweden: A population-based case-control study. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2010;44(12):741-7.
17. Large M, Sharma S, Cannon E, Ryan C, Nielssen O. Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: A systematic meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45(8):619-28.
18. Kuo CJ, Tsai SY, Liao YT, Lee WC, Sung XW, Chen CC. Psychiatric discharge against medical advice is a risk factor for suicide but not for other causes of death. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(6):808-9.
19. Ajdacic-Gross V, Lauber C, Baumgartner M, Malti T, Rössler W. In-patient suicide - A 13-year assessment. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;120(1):71-5.
20. Walter F, Carr MJ, Mok PLH, Antonsen S, Pedersen CB, Appleby L, et al. Multiple adverse outcomes following first discharge from inpatient psychiatric care: a national cohort study. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2019;6(7):582-9.
21. Fazel S, Wolf A, Palm C, Lichtenstein P. Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: A 38-year total population study in Sweden. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2014;1(1):44-54.
22. Doyle M, Dolan M. (2006). Predicting community violence from patients discharged from mental health services. *British Journal of Psychiatry*. 2006;189(6), 520-526.
23. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *Am J Psychiatry*. 1996;153(8):1001-8.
24. Jiménez I. La autopsia psicológica como instrumento de investigación. *Rev colomb Psiquiatr*. 2001;271-6.
25. Ceballos-Espinoza, F. Aplicación de la autopsia psicológica en muertes de alta complejidad. *Anuario de Psicología Jurídica*. 2015; 25 (1) 65-74.



26. Blasco J.L et al. La Autopsia Psicológica En Medicina Legal Y Forense. Boletín Gallego de Medicina Legal y Forense. 2004;(13):7-13.
27. Cañón Buitrago SC, Garcés Palacios SG, Echeverri Díaz J, Bustos Gonzales E, Pérez Uribe V, López MA. Autopsia psicológica: una herramienta útil en la caracterización del suicidio. Arch Med. 2016;16(2):410-21.
28. García-Caballero A, et al. Adaptación y validación de la entrevista semiestructurada de Autopsia Psicológica en Español. Actas Esp Psiquiatr 2010;38(6): 332-9

ANEXO: TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Resultados de Búsqueda bibliográfica.

BASE DE DATOS	PALABRA CLAVE	CRITERIOS DE BUSQUEDA	RESULTADOS OBTENIDOS	RESULTADOS EMPLEADOS
PUBMED	Psychiatric patients AND suicide	Últimos 5 años. Revisiones sistemáticas. Free full text. Idiomas: inglés y castellano.	130	1 (7)
PUBMED	Suicide AND Epidemiology	Últimos 5 años Revisiones sistemáticas Free full text Idiomas: inglés y castellano.	148	1 (2)
PUBMED	(Suicide OR commit suicide) (Discharge)	Últimos 5 años. Idiomas: inglés y castellano	646	1 (11)
PUBMED	Premature death AND Self Harm AND Study	Últimos 10 años Idiomas: inglés y castellano.	126	1 (6)
SCIENCE DIRECT	Aftercare suicide	Relevancia. Research article. Full text access. The Lancet.	54	1 (4)
SCIENCE DIRECT	Protective and risk factors in suicides	Relevancia. Research article. Full text access.	6841	1 (3)
GOOGLE ACADÉMICO	Suicide after discharge	Ordenados por relevancia Últimos 3 años	5360	4 (9,10,12,13)

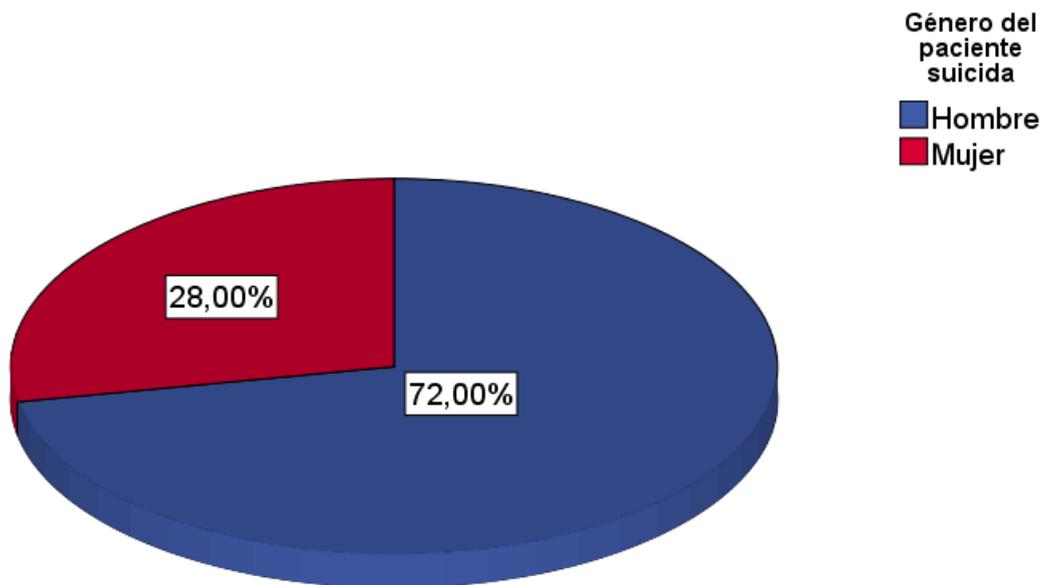
Tabla 2. Artículos de la revisión bibliográfica respecto a resultados de nuestro estudio. Todos los datos expresados en porcentajes (%)

RESULTADOS (MEDIDOS EN %)	HUNT (2005)	REUTFORS (2010)	DRAKE (2016)	RIBLET (2017)	DEISENHAMMER (2016)	FORTE (2019)	NUESTRO ESTUDIO
GÉNERO (H/M)	65 / 35	70 / 30	76 / 24	86 / 14	66,4 / 33,6	59 / 41	72 / 28
EDAD MEDIA DECESO	41	28,8 35-49 26,2 50-64	43,4	24 35-54 29 >55	50,7	38,6	49 / 50
MÉTODO DECESO	39 ahorcamiento 27 sobredosis 11 defenestración y tráfico	-	55 armas fuego 19 ahorcamiento 17 sobredosis	-	35,5 ahorcamiento 23,7 defenestración 7,4 arma fuego	-	16 sobredosis 12 ahorcamientos 12 tráfico
DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	40 afectivo 18 psicosis 12 sustancias	36,2 afectivos 24,7 sustancias 19,2 psicosis	-	-	-	-	48 afectivo 20 psicosis 16 personalidad 16 sustancias
TIEMPO DESDE ALTA HASTA SUICIDIO	Primera semana		80 primeras 24 horas	80	-	-	16,7
	Primera semana y primer mes	60	-	-	-	26,4	16,7
	Primer y tercer mes	-	-	-	12,5	-	16,7
	Tercer mes y primer año	-	-	-	-	32,4	38,9
	Más allá del primer año	-	-	-	-	26,8	11,1

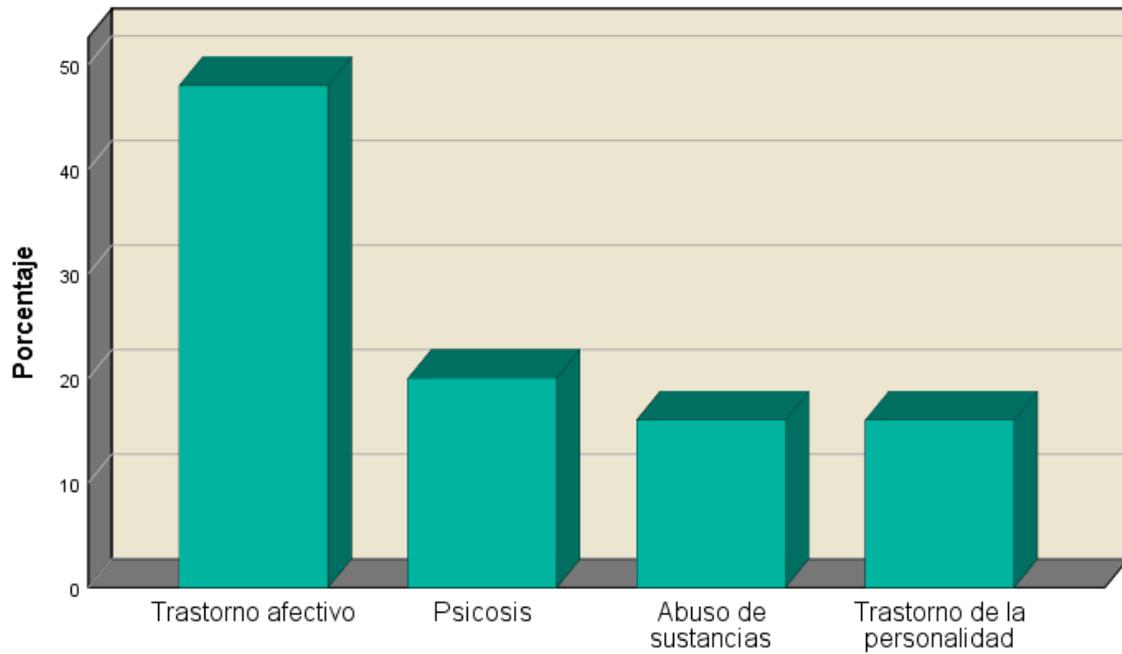
Tabla 3. Artículos de la revisión bibliográfica de historia previa respecto a nuestro estudio. Todos los datos expresados en porcentajes (%)

RESULTADOS (%)	REUTFORS	WALTER	AJDACIC-GROSS	NUESTRO ESTUDIO
IDEAS O INTENTOS	-	19,1	58	66,7 (66,7 / 100)
INGRESOS POR INTENTO	17 / 31	-	59	38,9 (38,9 / 57,1)
EVENTOS ESTRESANTES PREVIOS	-	-	74	64

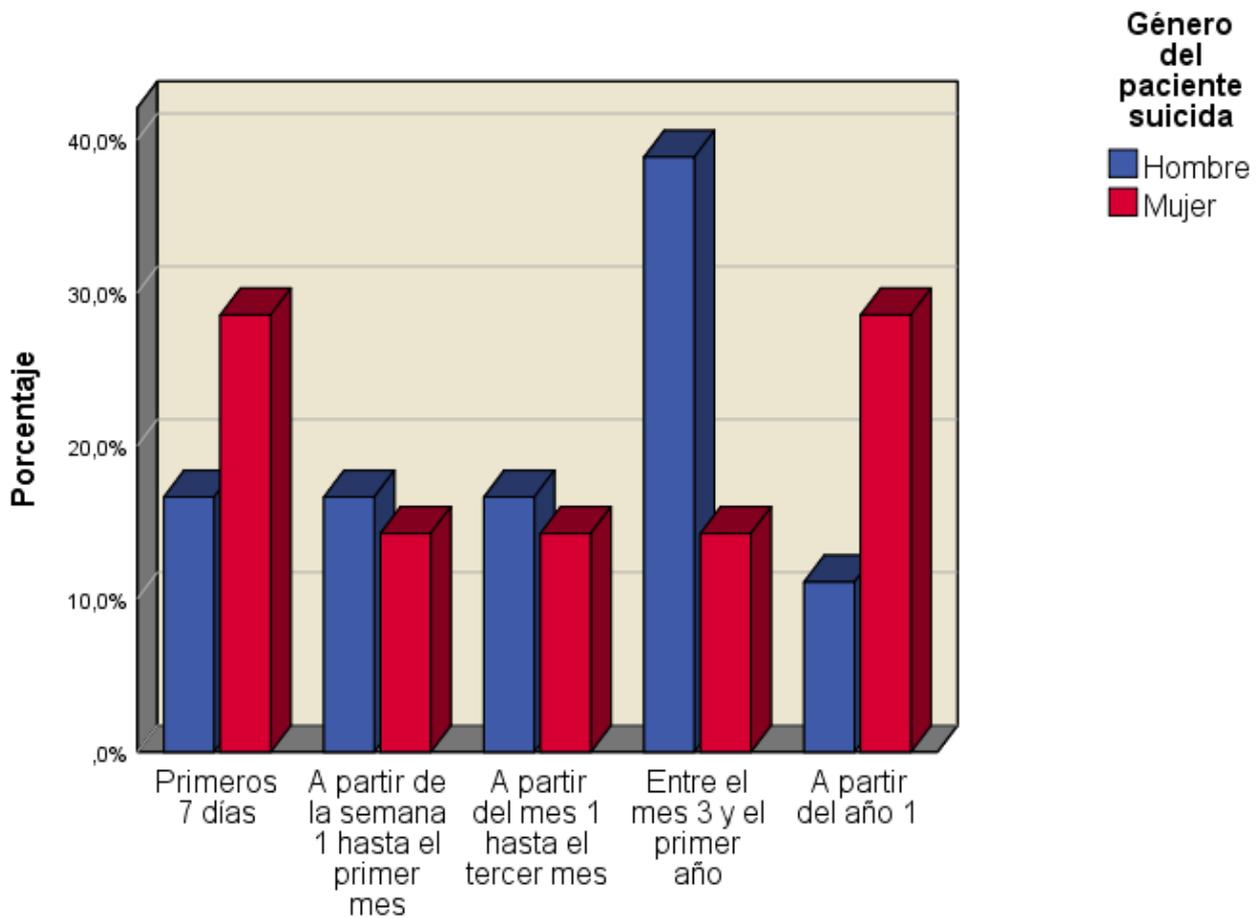
Gráfica 1. Sexo del paciente suicida.



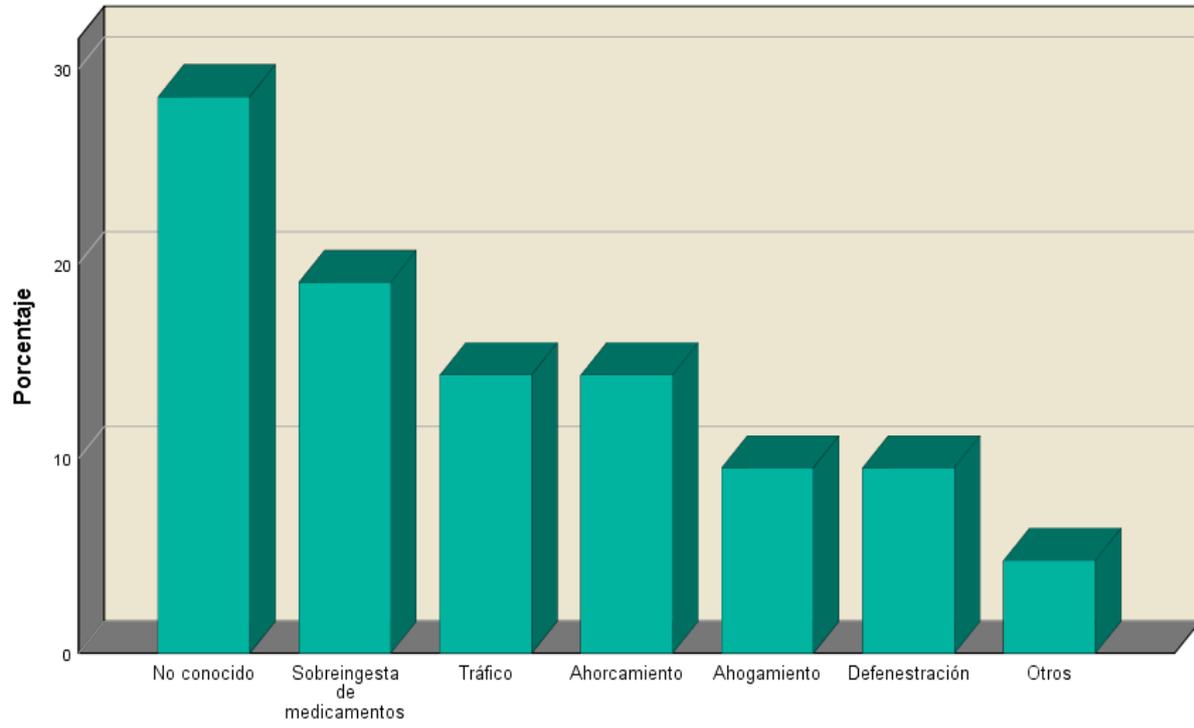
Gráfica 2. Diagnóstico psiquiátrico principal.



Gráfica 3. Tiempo transcurrido desde el alta hospitalaria hasta el suicidio, por sexos.



Gráfica 4. Método de suicidio



Documento 1. Aprobación del CEICA

Informe Favorable Trabajos académicos



Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) ha recibido y revisado la propuesta del Trabajo:

Título: Estudio catamnésico (longitudinal) de los pacientes ingresados entre 2015-2018 en relación a mortalidad por causas naturales o por suicidio.

Alumna: ANDREA JIMÉNEZ MAYORAL

Tutor: RICARDO CAMPOS RÓDENAS

2º. Considera que

- El proyecto no vulnera la legislación ni los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza el respeto a los principios éticos y legales, la confidencialidad de la información, la obtención del permiso para el acceso a los datos, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC **considera adecuada** la realización del trabajo en estas condiciones.

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA
- DNI
03857456B

Firmado digitalmente
por GONZALEZ HINJOS
MARIA - DNI 03857456B
Fecha: 2020.01.20
13:30:30 +01'00'

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)