



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE GRADO

**Estudio longitudinal y autopsia psicológica de los
pacientes ingresados entre 2019-2021 fallecidos por
suicidio tras el alta hospitalaria.**

Longitudinal study and psychological autopsy of patients admitted between
2019-2021 deceased by suicide after hospital discharge.

Autora

Marta Illescas García

Director

Ricardo Claudio Campos Ródenas

Facultad de Medicina.

Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología.

Curso 2021-2022.

Índice

Agradecimientos	3
Resumen.....	4
Introducción:	4
Material y métodos:	4
Resultados:.....	4
Conclusiones:	4
Palabras clave.....	4
Justificación	6
Introducción	7
Metodología	11
Objetivos	11
Material y método.....	11
Tipo de estudio.....	12
Consideraciones éticas.....	13
Resultados.....	14
Revisión bibliográfica	14
Análisis cuantitativo de la muestra	14
Datos sociodemográficos	14
Diagnóstico psiquiátrico principal.....	15
Franja temporal de máxima vulnerabilidad	15
Historia previa de estresores	15
Circunstancias que rodean al fallecimiento	15
Análisis de incidente crítico de los casos	16
Caso clínico uno:.....	16
Caso clínico dos:	17
Caso clínico tres:.....	18
Caso clínico cuatro:	19
Caso clínico cinco:	19
Caso clínico seis:.....	19
Discusión	21
Limitaciones	21
Comparación con los resultados de estudios previos.....	21
Conclusiones	32
Bibliografía	33
ANEXO	36

Diagramas.....	36
Diagrama 1. Secuencia de búsqueda sistematizada.	36
Tablas	37
Tabla 1. Resultados de Búsqueda bibliográfica.....	37
Tabla 2. Pacientes fallecidos por causas naturales	37
Tabla 3. Pacientes fallecidos por causas desconocidas.....	38
Tabla 4. Resultados revisión bibliográfica.....	39
Tabla 5. Resultados cuantitativos de nuestra muestra.....	40
Tabla 6. Comparación de los resultados de la revisión bibliográfica respecto a nuestra muestra.	41
Gráficos	42
Gráfico 1. Resultados de género en nuestra muestra.....	42
Gráfico 2. Resultados de estado civil en nuestra muestra.....	42
Gráfico 3. Resultados de diagnóstico psiquiátrico principal en nuestra muestra.....	43
Gráfico 4. Resultados de franjas temporales en nuestra muestra.....	43
Gráfico 5. Resultados de métodos de suicidio en nuestra muestra.	44
Documentos.....	45
Documento 1. Dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA).....	45

Agradecimientos

El Trabajo de Fin de Grado ha supuesto para mí un paso hacia mi futuro profesional. Ha sido un reto y una ilusión al mismo tiempo. En primer lugar, agradecer a mi tutor Ricardo Campos por su dedicación a la docencia y acoger con vocación los proyectos de los alumnos que llegamos a su puerta año tras año. En especial, agradecer que aceptase mi propuesta para realizar mi proyecto en esta área, proponerme un estudio tan interesante.

También quisiera mencionar a Andrea Jiménez, autora del Trabajo de Fin de Grado al que nos propusimos darle continuidad, por sus consejos y disposición a ayudarme.

Más allá, en el proceso largo y complejo del último año de Medicina del que forma parte este estudio, ha habido muy buenos momentos y otros, quizás, no tan dulces, pero para todos ellos le estoy muy agradecida al azar propio de la vida por haberme puesto a personas excepcionales que han compartido el camino conmigo, haciéndolo aún más valioso.

Agradecer a mis padres y a mi hermana que son siempre inspiración y motivación, por aceptar el reto de mi vocación conmigo. Sois mi mayor apoyo y el valor del amor incondicional sobre el que construir también mi profesión. En especial agradecer a mi madre, por la escucha, la paciencia, los consejos y el amor infinito que lo hacen todo posible.

Dar las gracias también a mi grupo de amigos, que nada tienen que ver con este ámbito académico, pero están siempre presentes, gracias por ser mi otra familia, motivarme, cuidarme, enseñarme, hacerme la vida más divertida, crecer y mejorar juntos.

Por último, volver a agradecer al azar de la vida por haberme dejado encontrar a mi persona favorita, que me inspira a crecer y a realizarme en todos mis proyectos mientras me acompaña, confluyendo conmigo en ellos.

Resumen

Introducción: El suicidio es una de las causas de muerte más prevalente en el mundo, la mayoría vinculados con una patología mental, siendo el alta tras una hospitalización de una Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) un periodo de alta vulnerabilidad. El objetivo de este trabajo es obtener un perfil epidemiológico de los pacientes fallecidos por suicidio dados de alta en la UHA de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, comparándolo con las variables estudiadas para dicho perfil en la bibliografía previa, estableciendo aquellas más frecuentes y de mayor riesgo.

Material y métodos: Se realiza un estudio de forma descriptiva y retrospectiva de la muestra de pacientes fallecidos por suicidio tras un ingreso en la UHA entre los años 2019 y 2021, incluidos. Se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo (a través del incidente crítico) de la muestra y se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática.

Resultados:

Documentamos 6 pacientes que se suicidaron tras el ingreso en UHA. El 83% fueron hombres, con una edad media de 57 años, la mayoría divorciados o solteros (67%). El desempleo obtuvo el 33.3%. Los trastornos psicóticos fueron los de mayor prevalencia, un 50% de la muestra. Acumulativamente, un 50% de los suicidios ocurrieron en la primera semana tras el alta, el 83% dentro de los tres meses siguientes, el 17% en fechas posteriores. La media de tiempo transcurrido entre el alta hospitalaria y el deceso fue de 38.3 días. El método de suicidio más prevalente fue la precipitación (50%).

Conclusiones:

El perfil clínico de los pacientes que fallecen por suicidio tras el alta hospitalaria es predominantemente masculino entre los 40 y 50 años, asociado a los trastornos psicóticos y afectivos, en personas desempleadas o incapacitadas laboralmente, con un estado civil diferente a casado e ideación autolítica al ingreso. La primera semana tras el alta es el periodo de mayor vulnerabilidad. Estas variables son indicadores de mejora de la asistencia tras el alta, siendo fundamental el estudio caso a caso y con muestras amplias. Todo ello sería deseable que se produjese en un contexto multidisciplinar (profesionales de Salud Mental, Atención Primaria e Instituto de Medicina Legal) que permitan una autopsia psicológica para la detección de signos de riesgo elevado y la instauración de intervenciones efectivas.

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

Abstract

Introduction: Suicide is currently one of the most prevalent causes of death in the world. Most of these acts are committed by people with mental illness being the hospital discharge a period of high vulnerability. The aim of this work is to obtain the epidemiological characteristics of the patients who died by suicide discharged from the Psychiatric Hospitalization Unit for Adults (UHA) of the Lozano Blesa University Clinical Hospital in the years 2019-2021. Comparing it with the previous literature and clarifying the most repeated variables that imply greater risk to establish more effective measures.

Materials and methods: A descriptive and retrospective study of the sample of patients died by suicide after hospitalization to the UHA between the years 2019-2021, both included. A series of six patients was obtained, performing a quantitative and qualitative analysis of it. Systematized bibliographic search was carried out in different sources, making use of different keywords and descriptors, analyzing the most outstanding articles.

Results: In our sample, 83% of suicide deaths after hospital discharge were men and 17% women, with a mean age of 57 years, mostly divorced or single (67%) and 33% unemployed. Psychotic disorders were the most prevalent, 50% of the sample. Cumulatively and without differentiation by sex, 50% of suicides occurred in the first week after hospital discharge, 83% within three months after discharge and only 16% in later periods. The mean time elapsed between hospital discharge and death was 38.3 days. The most prevalent method of suicide was by fall (50%).

Conclusion: The clinical profile of patients who die by suicide after hospital discharge is predominantly male, between the fourth and fifth decade of life, associated with psychotic and affective disorders, in a job situation of unemployment or occupationally disabled, with a marital status different from married and with suicidal ideation at the time of admission. The first week after discharge is the period of greatest vulnerability. These variables are the indicators for improving care after discharge, it is essential to continue their study in patients at higher risk.

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

Justificación

El suicidio es una de las causas más prevalentes de muerte en el mundo y, por tanto, uno de los mayores problemas de salud en la actualidad. Se considera que es responsable del 0.5-1.4% de las muertes a nivel global, lo que supone alrededor de 800.000 personas al año fallecidas por este motivo. ⁽¹⁾ En 2019 se situó como la cuarta causa de muerte en jóvenes de entre 15 y 29 años. ⁽²⁾

En 2020 encontramos en España tasas de suicidio de 8.32 suicidios por cada 100.000 personas. ⁽³⁾ Estos datos suponen que 11 personas se suicidan cada día en nuestro país.

Sabemos que la mayoría de los suicidios se vinculan a enfermedades mentales, alrededor de un 90% de las personas que se suicidan han sido diagnosticadas de uno o más trastornos psiquiátricos. Prácticamente todas las patologías mentales están asociadas con un aumento de la mortalidad por esta causa. Por tanto, es fundamental analizar el suicidio en la población que recibe asistencia psiquiátrica, establecido como el grupo poblacional de mayor vulnerabilidad.

⁽⁴⁾

Por otra parte, los estudios realizados hasta el momento establecen el periodo posterior al alta de una hospitalización psiquiátrica como el momento de mayor riesgo para la consumación del suicidio. Encontramos que su proporción en los primeros meses tras el ingreso puede llegar a ser casi 100 veces más elevada que en la población general, con especial aumento en los periodos inmediatamente posteriores. ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾ Esta elevación se mantiene también al compararlo con la población de pacientes en asistencia psiquiátrica que no presenta un ingreso. Así, el ingreso constituye un marcador de riesgo y de gravedad.

Encontramos variables que se repiten en los pacientes que se suicidan tras una hospitalización. Consideramos fundamental el avance en esta línea de conocimiento, ya que su análisis y comprensión nos ayudará a definir pacientes de alto riesgo y nos dirigirá hacia mejores intervenciones en su prevención a través de la creación de un perfil clínico y de intervenciones más concretas. Entre ellas, la ventana temporal de mayor vulnerabilidad para cometer suicidio tras el ingreso, un perfil socio demográfico que identifique diferencias entre edad y género, así como las circunstancias clínicas (las máscaras) y los diagnósticos psiquiátricos con mayores tasas.

En la actualidad, a pesar de que la implantación de medidas preventivas logró un descenso en el número de suicidios en las últimas dos décadas del S. XX. Europa presenta la tasa de suicidios absoluta más alta del mundo. De la misma manera, los datos sugieren que las tasas de suicidio entre los pacientes dados de alta no han disminuido en los últimos 50 años. ⁽⁶⁾ Es un hallazgo poco alentador considerando el aumento de la psiquiatría comunitaria, la disponibilidad de nuevos tratamientos y el avance en el estudio de dichas variables.

Este trabajo pretende mejorar la prevención del suicidio mediante la actualización de los datos en este campo, gracias a la revisión bibliográfica de los estudios más actuales en este ámbito, así como el análisis de los resultados de nuestra muestra.

A su vez, se plantearán las posibles influencias y cambios en la tendencia de estas variables tras la pandemia que comenzó en 2019, ya que modificó todos los aspectos de nuestras vidas, con un gran impacto en el ámbito social y, por supuesto, sanitario.

Introducción

El suicidio es una de las diez principales causas de muerte a nivel mundial, supone un 1.4% del total de las muertes prematuras en el mundo y en España constituye la primera causa de muerte no natural en personas de entre 15 y 30 años. Esto supone un grave problema de salud pública, tanto a nivel mundial como nacional. ⁽⁷⁾⁽⁸⁾

La definición de suicidio más usada a nivel operativo es la dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el suicidio es un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. A pesar de la existencia de otras definiciones todas coinciden en afirmar que lo nuclear del suicidio es que la persona que lo realiza tenía la intención de auto provocarse la muerte. ⁽⁹⁾

En la elaboración de un perfil clínico de pacientes con riesgo potencial de cometer un suicidio la bibliografía ha establecido que el riesgo aumenta de forma proporcional al número de factores de riesgo, identificando también algunos factores protectores.

En este segundo grupo encontramos características propias del individuo como la capacidad en la resolución de conflictos o tener confianza en uno mismo. Otros factores protectores de carácter social serían el apoyo familiar y social, así como en el grupo de pacientes con trastornos mentales o enfermedad física, con un tratamiento integral, permanente y a largo plazo.

Los factores de riesgo vinculados típicamente con el suicidio son, en primer lugar, aquellos no subsidiarios de modificación, tales como antecedentes familiares de suicidio o antecedentes de malos tratos, agresión sexual o acoso; fácil acceso a armas o medicamentos tóxicos, guerras o desastres naturales, además de estigmas en torno a la enfermedad mental y el suicidio. De forma individual la salud física se establece como uno de los factores de riesgo más importantes. Entre ellas sobresale el dolor en las enfermedades crónicas, la pérdida de movilidad, la desfiguración, la discapacidad o los pronósticos sombríos.

Se propone también la influencia del factor genético, los estudios muestran mayor riesgo de intento y consumación de suicidio en pacientes con parientes que habían muerto por esta causa, obteniéndose concordancia entre pacientes relacionados biológicamente pero no en aquellos en los que el vínculo familiar procedía de adopciones. Se estima la heredabilidad en un 30–50%. Si a esto le sumamos la agregación de los trastornos psicopatológicos y la heredabilidad específica del suicidio, se estima en 17,4% para intentos de suicidio y 36% para la ideación suicida. Además, se vincula con la genética de un perfil de impulsividad.

Otras definiciones relacionadas con el suicidio son los gestos suicidas, definidos como conductas autolíticas donde el paciente se autolesiona sin comprometer su vida y, tentativa de suicidio, que es aquella conducta suicida sin resultado fatal, pero en la que se buscaba la muerte. Estos términos son fundamentales en el estudio del suicidio, ya que se posicionan como el factor de riesgo de mayor asociación con su consumación. Por cada suicidio llevado a cabo, se estima que previamente han existido de 10 a 20 tentativas de suicidio, así como que el 20-50% las repiten, un 1% se suicida en el siguiente año y el 10% en los 10 años siguientes.

Haglund et al. ⁽¹⁰⁾ sugiere que este riesgo es prominentemente elevado inmediatamente después de la tentativa. Los datos publicados en el mismo estudio lo confirman: el 4.3% de los pacientes dados de alta tenían un intento de suicidio registrado en los 30 días anteriores al ingreso, cifra que se eleva hasta el 16.5% en pacientes que tras el alta consumaron el suicidio.

En este sentido la mayoría de los suicidios que se cometen están en relación con trastornos psiquiátricos, entre ellos la depresión, psicosis y el abuso de sustancias aparecen constantemente como factores de riesgo. En el estudio de Turecki et al. ⁽¹¹⁾ se expone que las autopsias psicológicas usadas para analizar la asociación entre la psicopatología y el suicidio muestran consistentemente que aproximadamente el 90% de las personas que mueren por suicidio padecían un trastorno psiquiátrico. Una revisión sistemática mostró proporciones de hasta un 87,3% de personas con un diagnóstico de patología mental previo a la muerte. ⁽¹²⁾

Estos números son aún más elevados tras el alta de un ingreso en una Unidad de Hospitalización de Adultos en Psiquiatría. El estudio longitudinal de Olfson et al. ⁽¹³⁾ concluye que, en los 90 “fatídicos” días posteriores al alta, las tasas de suicidio para la cohorte de trastornos mentales fueron 178.3 personas por 100000 años-persona, lo cual fue 15.4 veces mayor que la tasa general de suicidio en EEUU (12.5 por 100000 personas-año).

Forte et al. ⁽⁴⁾ en su revisión indica que en Europa y Estados Unidos los suicidios aparecen hasta 30 veces con más frecuencia en pacientes tras el alta de un ingreso psiquiátrico, comparado con las cifras de la población general en los mismos países. En la misma línea el metaanálisis publicado por Chung et al. ⁽⁶⁾ muestra cifras de tasas de suicidio hasta 15 veces más elevadas en el estrato de pacientes que habían finalizado un ingreso por patología mental que en la población general. Esto se explica porque una hospitalización es un estresor, independientemente de la población que analicemos o de la patología, que implica un trastorno agudo y grave. Bachman et al. ⁽¹²⁾ en su estudio publicado en 2018 apuntó que la hospitalización por sí sola puede ser un factor de riesgo para el suicidio incluso en la población general, informando de cifras mucho mayores del mismo en estos individuos que en pacientes ambulatorios nunca hospitalizados.

Asimismo, se puede esperar que el 0,28% de todos los pacientes dados de alta se suiciden durante los primeros 3 meses después de la misma. La modesta fortaleza estadística de la evaluación del riesgo de suicidio significa que incluso los pacientes clasificados como de alto riesgo debido a sus factores de riesgo de suicidio tendrán una baja probabilidad absoluta de suicidio en períodos de tiempo clínicamente significativos, mientras que los pacientes con un bajo riesgo de suicidio todavía tendrán una probabilidad de suicidio que es muchas veces mayor que en la población general. ⁽⁶⁾

Por otra parte, hay estudios que vinculan el ingreso psiquiátrico con mayores tasas de fallecimiento independientemente de la causa, Walter et al. ⁽¹⁴⁾ extrajo que los pacientes dados de alta tenían un riesgo más elevado de mortalidad para todas las causas dentro del año posterior a la fecha de alta, siendo mayor el riesgo relativo de las muertes no naturales. El estudio indicó que los riesgos relativos de suicidio, y todas las demás causas específicas examinadas, disminuyeron con el tiempo, pero permanecieron elevados, no obstante, en comparación con las personas que no ingresaron.

Por todo ello el periodo tras el alta psiquiátrica se considera como un factor de vulnerabilidad para el suicidio. Hay consenso entre los autores en indicar que tiene su mayor pico de incidencia en el periodo inmediatamente posterior al alta, pero se mantiene elevado por meses tras esta fecha. Riblet et al. ⁽⁵⁾ indica que el riesgo es elevado durante el primer año, con mayor riesgo los tres primeros meses. Otros estudios también concluyen que dicho riesgo es hasta 100 veces más elevado si estudiamos esta ventana temporal de tres meses. ⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽¹⁰⁾

En este sentido es importante plantearnos el papel protector de las intervenciones post-alta. Asumiendo el gran componente impulsivo de los suicidios, la vigilancia/acompañamiento y

restricción del acceso a métodos letales podría prevenir la consumación de una crisis suicida. Según el estudio Turecki et al. ⁽¹¹⁾ un acompañamiento intensificado (ej. en forma de comunicación escrita) puede reducir su repetición en los siguientes 12 meses, añadiendo recursos al método clásico de visitas ambulatorias. Con ello se consigue una disminución de la tasa de suicidio en los dos primeros años de la intervención.

Como se expone en el metaanálisis de ensayos de fármacos de dicha revisión, el tratamiento con antidepresivos tras un tiempo de su administración disminuye la ideación suicida. De esta manera conseguir el correcto uso y adherencia farmacológica es importante para reducir las tasas de suicidio. Además, hay que tener en cuenta el uso de la terapia cognitivo-conductual, consistente en mejorar la autoestima, apoyando la creencia en la propia capacidad para tener éxito, efectividad interpersonal y regulación emocional, que muestra resultados de reducción en la recurrencia de la conducta suicida en comparación con el tratamiento exclusivamente farmacológico. Consideramos, que la vinculación con profesionales que genere un espacio terapéutico de escucha y elaboración es siempre el pilar básico de cualquier intervención.

Otras variables a considerar en el estudio, independientemente del estrato poblacional que estudiemos, son la edad y el sexo. En la población general las tasas más altas de suicidio se encuentran en jóvenes de entre 18 y 35 años. Globalmente, los suicidios son más frecuentes en hombres que en mujeres, algunos estudios estiman una proporción de 1.7, lo que supone que los hombres se suicidan hasta casi dos veces más frecuentemente que las mujeres. Esta proporción es variable en los diferentes países del mundo, pero sólo es contraria en algunas regiones del sudeste asiático.⁽¹²⁾

Este perfil masculino no es constante en el grupo de pacientes que se suicidan tras el alta, ya que no hay consenso sobre el predominio de un género sobre otro. En general, la tendencia está en el mantenimiento del predominio masculino, sin embargo, hay estudios que indican que las tasas de suicidio de hombres y mujeres en el estrato de pacientes post alta se acercan significativamente.

Es inevitable mencionar la pandemia que aún continuamos atravesando como factor previsiblemente influyente en la incidencia de suicidio. En la actualidad, los estudios no son concluyentes sobre las consecuencias que ha tenido sobre las tasas de suicidio y todavía no hemos encontrado estudios que analicen directamente su influencia en un estrato tan concreto como lo es la población de personas en asistencia psiquiátrica tras el alta hospitalaria. ⁽¹⁵⁾

Son mencionables los efectos encontrados de las medidas de distanciamiento social y las órdenes de quedarse en casa, ya que aparecen asociados a una mayor ideación suicida. Del mismo modo, se refleja que las puntuaciones de soledad se correlacionan positivamente con la ideación suicida en diferentes momentos a lo largo de la pandemia.

El estudio realizado en Reino Unido por Iob et al.⁽¹⁵⁾ sobre los pensamientos suicidas o autolesiones durante la pandemia documentan que, del total de participantes, un 18 % informaron haber tenido este tipo de pensamientos. Es interesante mencionar que de las personas que informaron haber pensado en autolesionarse o suicidarse, el 43,5% tenía un diagnóstico de trastorno psíquico.

En la misma línea un estudio realizado en China encontró que significativamente más pacientes atendidos en Salud Mental y Psiquiatría informaron de ideas suicidas de moderadas a graves que los controles sanos (11,8 % frente a 0,9 %, [$p < 0,05$]) cuando se aplicaron medidas estrictas de confinamiento. ⁽¹⁵⁾

Por otro lado, es importante definir el concepto y papel de autopsia psicológica en el estudio del suicidio. Dicho recurso pertenece al espectro de herramientas forenses en salud mental denominadas como evaluaciones psicológicas reconstructivas, creado para ser aplicado en casos de causa de muerte dudosa, tales como los suicidios. Su desarrollo comenzó en la segunda mitad del S.XX y se ha estandarizado y protocolizado en diferentes países, en donde los estudios han demostrado que puede ser aplicada como instrumento adicional a la hora de aclarar los hechos por los cuales la persona llegó a consumar el suicidio. Mayoritariamente se ha empleado bajo un enfoque cuantitativo en estudios epidemiológicos centrados en el suicidio. ⁽¹⁶⁾

En esencia la autopsia psicológica constituye un método de investigación retrospectiva de las características de la personalidad y las condiciones que en vida tuvo un individuo, teniendo como objetivo acercarse a la comprensión de las circunstancias de su muerte. Está compuesta por dos partes fundamentales, la primera es el análisis de las historias clínicas de la víctima, proceso judicial si lo hubiere, evidencias que éste contenga, escritos, grabaciones, notas suicidas o cartas de la víctima en los meses anteriores al evento.

La segunda es contar con un cuestionario o entrevista al círculo cercano del paciente, algunos autores establecen mínimo dos fuentes que incluyan familiares y allegados, en un periodo entre 30 días después del fallecimiento y hasta seis meses. ^{(16) (17) (18)}

En este sentido la entrevista semi estructurada para autopsia psicológica de Werlang y Botega (2003), es una herramienta establecida en cuatro módulos: precipitantes y estresores, motivación, letalidad e intencionalidad. Está adaptada al español y validada por García-Caballero et al. ⁽¹⁷⁾. Otra metodología de uso extendido es el Modelo de Autopsia Psicológica Integrado (MAPI) de García-Pérez (2007), ⁽¹⁷⁾ que se establece como base para la realización de la autopsia psicológica debido a que es un modelo cuantitativo, estructurado y sistematizado.

En esta parte quizás uno de los pocos aspectos en que diversos autores coinciden es que no existe un modelo universal, único y consensuado, sino una tendencia a crear protocolos según las condiciones, posibilidades e intenciones de cada investigación particular. Sin embargo, encontramos unas variables comunes a todos ellos:

- Datos sociodemográficos. Fecha de la muerte y edad en el momento de fallecimiento, lugar de residencia, ocupación laboral y estado civil.
- Circunstancias del deceso. Información de las fuentes oficiales disponibles, informes y 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.

No obstante, el objetivo de nuestro 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. Haciendo uso de algunas de las variables que componen la autopsia psicológica, tales como el correcto análisis de los documentos disponibles para el manejo óptimo y basado en la evidencia científica de los pacientes suicidas.

Metodología

Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- Realizar una revisión bibliográfica sistematizada acerca de los fallecimientos por suicidio en los pacientes que han sido dados de alta de una Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría.
- Describir el perfil clínico y epidemiológico de estos pacientes, analizando sus distintas variables (edad, sexo, perfil socioeconómico, principales diagnósticos psiquiátricos asociados, periodos tras el alta de máxima mortalidad).
- Recoger las variables de información sobre los pacientes dados de alta entre los años 2019 y 2021 de la Unidad de Hospitalización de Adultos del Servicio de Psiquiatría del HCU Lozano Blesa, analizando aquellos que fallecieron por suicidio, su marco psiquiátrico con las variables ya mencionadas anteriormente, así como efectuar un análisis descriptivo del perfil clínico obtenido de nuestra muestra.
- Analizar las posibles influencias de la pandemia provocada por el SARS COV 2 en el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes.
- Plantear las claves de un plan de mejora de la calidad asistencial en cuanto a la continuidad terapéutica de estos pacientes, sobre todo de aquellos que ingresaron por tentativa suicida o con antecedentes de la misma.

Material y método

La primera parte de este trabajo es una revisión sistemática de la bibliografía disponible sobre la epidemiología del suicidio tras el alta de una hospitalización en un servicio de psiquiatría, así como las variables de riesgo asociadas a este.

Para poder llevarla a cabo con mayor evidencia científica, se ha revisado el material disponible en libros y revistas de gran relevancia médica tras hacer una formulación estructurada de la búsqueda mediante la pregunta PICO. Así, nuestra revisión quedó definida por la población de estudio: pacientes tras alta hospitalaria en Psiquiatría; la intervención a estudio: los factores de riesgo en el suicidio; la comparación con los resultados previos en la bibliografía del perfil epidemiológico de estos pacientes y, por último, la obtención de dicho perfil en nuestra muestra. A partir de esta formulación se realizó la revisión sistematizada.

Se definieron las palabras clave para la búsqueda bibliográfica: suicidio (con su traducción en inglés: suicide); pacientes psiquiátricos (en inglés: psychiatric patients) y alta hospitalaria (en inglés: post discharge).

Los recursos usados constan de material físico aportado por el tutor en forma de artículos ⁽¹⁻⁴⁾. Publicaciones enviadas por Andrea Jiménez, autora del Trabajo Fin de Grado del que es continuación este estudio ⁽¹⁹⁾. Complementariamente se realizó la búsqueda de artículos y libros en diferentes fuentes (Tabla 1):

-PUBMED: base de datos consultada en primer lugar, de acceso libre y especializada en ciencias de la salud.

Se usaron como descriptores: riesgo de suicidio (en inglés: suicide risk), psiquiatría (en inglés: psychiatric) y tras alta hospitalaria (en inglés: after discharge). La misma búsqueda fue realizada añadiendo España (en inglés: Spain) con el fin de obtener bibliografía previa nacional.

Así mismo, en este servidor se buscaron las palabras intento de suicidio (en inglés: self-harm), definición (en inglés: definition), además de epidemiología (en inglés: epidemiology).

Con el propósito de disponer de las publicaciones más recientes, se acotó la búsqueda a aquellas realizadas en los últimos 5 años. Se restringieron los resultados a \neq artículos se encontrasen disponibles de forma completa y gratuita. En la búsqueda para artículos en España, no se acotó por años, con el objetivo de revisar en profundidad la bibliografía nacional.

Science Direct: base de datos consultada en segundo lugar. En esta base de datos contamos con la ventaja del acceso a través de la biblioteca de la Universidad de Zaragoza, que nos permite obtener un número mayor de textos completos.

Usando los descriptores: riesgo de suicidio (en inglés: suicide risk) y alta psiquiátrica (en inglés: psychiatric discharge). Acotado también por publicaciones recientes, en los últimos 5 años y acceso gratuito al texto completo.

Google académico: tercera base de datos consultada. Se ordenaron los resultados por relevancia, se acotó la búsqueda entre los años 2016 y 2021. Las palabras claves empleadas fueron autopsia psicológica (en inglés: psychological autopsy), limitada a su aparición en el título; también se buscó covid 19, suicidio (en inglés: suicide) y alta psiquiátrica (en inglés: psychiatric discharge).

Scielo España: biblioteca virtual formada por una colección de revistas científicas españolas de ciencias de la salud, se utilizó con el objetivo de encontrar literatura sobre el suicidio post alta psiquiátrica en nuestro país, usando los descriptores, en castellano, suicidio, hospitalización y psiquiátrica. Sin acotaciones.

Cuiden Plus: base de datos de la fundación Index que incluye la producción científica sobre cuidados de la salud de Iberoamérica. Se usaron los descriptores en castellano: suicidio, ingreso y psiquiatría. Sin acotaciones.

Editorial Médica Panamericana: realizado a través de los recursos ofrecidos por la biblioteca la Universidad de Zaragoza.

Tipo de estudio

La segunda parte de este trabajo es la elaboración de un estudio descriptivo de carácter retrospectivo a partir de la muestra de todos los pacientes que fueron ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza), entre los años 2019 y 2021. De esta muestra fue necesario revisar los informes de alta de todos ellos e identificar aquellos que aparecían como fallecidos y, posteriormente, identificar aquellos en los que la causa había sido el suicidio.

Por tanto, se definen:

- Criterios de inclusión en estudio: Pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza) en el periodo del 01/01/2019 hasta el 31/12/2021. Pacientes fallecidos por suicidio tras el alta de la Unidad.

- Criterios de exclusión de la muestra: Pacientes ingresados fuera del periodo establecido. Pacientes no fallecidos hasta el presente momento. Pacientes fallecidos por causas ajenas a suicidio.

Hicimos uso del concepto de autopsia psicológica establecido hasta el momento, adaptándolo a nuestro interés e información disponible para las siguientes variables:

- Datos sociodemográficos:

1. Fecha de nacimiento.
2. Sexo
3. Fecha de ingreso y fecha de alta hospitalaria.
4. Fecha de fallecimiento.
5. Fecha de último contacto con el Sistema Sanitario.
6. Contactos con el sistema entre fecha de alta y fecha de fallecimiento
7. Edad del sujeto en el momento del deceso.
8. Estado civil.
9. Ocupación laboral.
10. Convivencia.

- 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. Carácter voluntario del ingreso
2. Alta voluntaria de la Unidad de hospitalización.
3. Método de suicidio: ahorcamiento, defenestración, ahogamiento, intoxicación por sustancias, choque con vehículo motorizado u otras.

Consideraciones éticas

Con respecto a la segunda parte de este trabajo, fue necesario solicitar la conformidad por parte del Comité de Ética de Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA) para obtener nuestra muestra y resultados de la misma sobre los pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría del HCU, entre los años 2019-2021, quien nos dio su aprobación a nuestro estudio, procesamiento y custodia de los datos, así como compromiso de confidencialidad.

Resultados

Revisión bibliográfica

Los resultados de la búsqueda bibliográfica sistematizada quedan recogidos en el diagrama de flujo (Diagrama 1) y en la tabla 2.

Análisis cuantitativo de la muestra

Para la obtención de nuestra muestra se utilizó la base de datos en la que se recogían todos los pacientes dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Universitario Lozano Blesa (Zaragoza) en los años 2019-2021: 2019 (N=346), 2020 (N=265), 2021 (N=282). De ahí realizamos el primer cribado seleccionando a los pacientes fallecidos, con un total de 28 individuos. Lo que supone un 3.1% de la muestra.

Posteriormente, de esta primera muestra se seleccionó a los pacientes cuyo deceso quedaba registrado como suicidio, obteniendo así otros dos grupos, pacientes fallecidos por causas naturales (Tabla 2), y aquellos que desconocemos la causa de su deceso (Tabla 3) y en donde nos haría falta más información para determinar si podrían entrar a formar parte de la muestra del estudio actual. Finalmente, la muestra final fue de 6 pacientes con muerte por suicidio, lo que supone un 0.6 % de la muestra total de pacientes ingresados. En esta cohorte, se obtuvieron los siguientes resultados respecto a las variables del perfil clínico y epidemiológico:

Datos sociodemográficos

Respecto al sexo en los pacientes de la muestra, un 83% de los que cometieron suicidio tras el alta hospitalaria fueron hombres y un 17% fueron mujeres. (Gráfico 1).

Analizando la variable edad en el momento del deceso, se obtuvo una media global de 57.2 años: estratificada por sexo, los hombres obtuvieron una media de 55.6 años, siendo para mujeres de 67 años.

En el perfil sociodemográfico obtuvimos los datos del tiempo transcurrido entre el último contacto con el sistema de salud y el fallecimiento de los pacientes de media, fue de 14 días.

También estudiamos el estado civil de los pacientes de nuestra muestra, un 33.3% estaba divorciado en el momento del fallecimiento, el mismo porcentaje fue encontrado para pacientes casados y solteros. Por sexos, el total de la muestra de mujeres está casada, para hombres un 40% divorciado, obteniendo la misma cifra para solteros y el 20% para los pacientes casados. (Gráfico 2).

Así mismo, como variable sociodemográfica se analizó la situación laboral de los pacientes, un 33.3% estaban desempleados, la prevalencia para la jubilación fue de 16.6%, con el mismo porcentaje se sitúa el estrato de pacientes en activo, que se encontraba en situación de baja laboral en el momento del fallecimiento. El porcentaje restante corresponde a prestación por minusvalía.

Por último, los resultados para la situación de vivienda en nuestra muestra son un 50% para aquellos que convivían con familiares en el momento del deceso, un 16.6% de pacientes en vivienda en solitario, un 16.6% se establecía en un piso tutelado y con el mismo porcentaje atravesaban un cambio de convivencia.

Diagnóstico psiquiátrico principal

Acerca de los diagnósticos psiquiátricos relacionados con el fallecimiento por suicidio tras el alta de un ingreso en la UHA, encontramos que la psicosis es la patología con mayor prevalencia (50%) en nuestra muestra, seguido de los trastornos afectivos (33.3%). (Gráfico 3). Como menos prevalente encontramos el trastorno adaptativo, con un 16.6%. Al desglosarlo por sexo, en varones el trastorno psiquiátrico más prevalente sigue siendo la psicosis. Sin embargo, en la muestra obtenida en mujeres, que es igual a uno, se corresponde con el diagnóstico de trastorno afectivo.

Franja temporal de máxima vulnerabilidad

Los resultados en nuestra muestra fueron de manera acumulativa y sin separación por sexos, que un 50% de los suicidios ocurrieron en la primera semana tras el alta hospitalaria, el 83% dentro de los tres primeros meses post alta, tan solo un 16% ocurrió en fechas posteriores. (Gráfico 4).

Estratificado por sexo, en el caso de los varones los porcentajes se establecen de la siguiente manera, el 40% de los hombres se suicidaron en la primera semana tras el alta hospitalaria, lo que coincide con el porcentaje de fallecimientos en los tres primeros meses, siendo el dato para ventanas temporales más amplias de un 20%. Para mujeres el suicidio queda establecido en su totalidad en la primera semana tras el alta psiquiátrica, concretamente en los tres primeros días.

Historia previa de estresores

Como historia previa de estresores aparecen establecidos por la literatura bibliografía las ideas o intentos autolíticos anteriores.

En nuestros resultados dos pacientes presentaban este antecedente, lo que se corresponde con un 33.3% de la muestra.

Analizando los ingresos anteriores por intento autolítico nos encontramos que el 16.6% presentó un ingreso por dicho motivo. Perteneciente al sexo varón en ambos casos para las dos variables expuestas.

Por otra parte, se han definido otros estresores desencadenantes de los actos autolíticos: enfermedad física crónica y/o secuelas, cambios vitales como despido, jubilación, ruptura sentimental, separación de familiares y duelo por pérdida de seres queridos. En nuestra muestra el 50% de los pacientes presentaba al menos uno de ellos en el momento del último ingreso.

Entre ellos, el 16.6% corresponde a ruptura sentimental, con el mismo porcentaje aparece la enfermedad orgánica reciente y con el porcentaje más alto, un 33.3%, el cambio de vivienda.

Circunstancias que rodean al fallecimiento

Una de las circunstancias planteadas para crear el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes que se suicidan tras el alta hospitalaria fue el estudio de la petición de alta hospitalaria, ya que ésta se establece como un factor de riesgo. Sin embargo, en nuestros resultados, ningún paciente presenta este antecedente, siendo el motivo del alta la indicación médica en el 100% de los casos.

Otro de los factores a considerar en nuestra muestra fue la presencia de ideación suicida y el carácter de voluntariedad de la hospitalización, obteniendo que el 50% de los pacientes ingresados presentaban ideación suicida al momento del ingreso. De estos pacientes, el motivo del ingreso fue un intento autolítico en el 33%. Así mismo, respecto al carácter del ingreso, el 67% se llevaron a cabo de forma involuntaria.

Analizamos en conjunto la presencia o ausencia de alguno de los factores de riesgo considerado en el estudio para cometer suicidio. Estableciendo que estos son: haber presentado ideas o intentos autolíticos con anterioridad, motivo del último ingreso por tentativa de suicidio, consumo de tóxicos, atención sanitaria en los últimos seis meses previos al deceso y adherencia terapéutica al tratamiento. Todos los pacientes de nuestra muestra presentaban al menos un factor de riesgo de los establecidos.

Se ha estudiado también la duración del último ingreso hospitalario previo al deceso, obteniendo, de media, 17.5 días de ingreso.

Por último, en cuanto al método de suicidio, el más prevalente fue la precipitación, llevada a cabo por el 50% de los pacientes de nuestra muestra. El ahorcamiento, abuso de sustancias y chocar con un vehículo motorizado aparecen en segundo lugar con el mismo porcentaje para todos ellos, de un 16.6%. (Gráfico 5).

Estratificado por sexo, la precipitación sigue siendo el método más encontrado en nuestra muestra, con un 40% para varones y el 100% en el estrato femenino. El resto de porcentajes para varones fue de 20% para los métodos restantes contemplados, ahorcamiento, abuso de sustancias y chocar con un vehículo motorizado.

Análisis de incidente crítico de los casos

Caso clínico uno:

Mujer de 67 años que convivía con su marido y su hijo.

Ingresó de forma voluntaria en septiembre del 2020 a petición de su psiquiatra privado, que la atendía desde julio (en lista de espera para ser visitada en septiembre por Centro de Salud Mental por derivación en mayo por MAP). No había antecedentes de ingreso psiquiátrico, ni antecedentes familiares de patología mental. En su historia médica aparecen hipotiroidismo, HTA, dislipemia y diabetes mellitus no insulino dependiente.

El motivo de ingreso fue una clínica de depresión mayor grave de tres meses de evolución, que se inició en forma de síntomas somáticos mal definidos (mareos, elevación tensional, cefalalgias y subcrisis pánicas), por lo que acudió seis veces a urgencias entre mayo y julio. Posteriormente, se acompañó de sintomatología conversiva en forma de temblores y balanceo, estudiada a nivel ambulatorio por neurología.

La semana previa al ingreso la presión de sufrimiento se incrementó en forma de intensa: desesperanza, ideación suicida y ansiedad generalizada con manifestaciones conductuales (autoagresiones en forma de cabezazos) así como conversivas en un contexto de claudicación familiar. En este contexto, llegaron a consultar a un experto en hipnosis ante la falta de alivio con tratamiento antidepresivo y ansiolítico pautado.

Presentaba una personalidad premórbida neurótica, lo que la llevó a consulta de psicología hace 10 años por alopecia areata ante el fallecimiento de su padre.

La duración del ingreso fue de 13 días donde no se constató mejoría a pesar de la intensificación de tratamiento antidepresivo y ansiolítico. En la evolución predomina una actitud de queja, reclamo de atención y persistencia de cogniciones depresivas en forma de rumiaciones obsesivoides (temores sobre tener Alzheimer y “volverse dependiente”) sin que hubiera insight. Se propone el alta ante la no mejoría y el “peligro de desarrollar dependencia”.

El diagnóstico fue de distimia y trastorno conversivo con la recomendación de tratamiento ambulatorio por psiquiatra, realizado a los 3 días del alta hospitalaria, citada para la semana siguiente, no llegó a acudir por fallecimiento por precipitación, cinco días tras salir del hospital.

Caso clínico dos:

Hombre de 51 años, separado, padre de un hijo de dicho matrimonio, convivía con su pareja y las dos hijas de ella. Gerente de una pequeña empresa de automoción y que tenía con estudios universitarios.

Como antecedentes psiquiátricos contactó hace 11 años con su psiquiatra de referencia por malestar psicológico, sin llegar a existir continuidad. Tres años después consultó a un psiquiatra privado en relación con su separación matrimonial. Estuvo en tratamiento psicoterápico que discontinuó en poco tiempo. No hay historia previa de intentos autolíticos ni ingresos psiquiátricos. Seguía tratamiento antidepressivo en el momento del ingreso pautado por médico de atención primaria. Sin antecedentes médicos de interés ni consumo de tóxicos.

Ingresa voluntariamente en el primer trimestre del 2021 procedente de urgencias por crisis suicida. Traslado en UVI a este servicio al ser encontrado en su centro de trabajo donde el día anterior realizó una sobreingesta medicamentosa voluntaria asociada con alcohol de alta gradación.

El contexto de la crisis es un gran malestar emocional por la ruptura de su pareja, producida de manera inesperada y no deseada por él. Describe una tristeza grande y profunda, como un shock en donde su vida se hubiera desmoronado. En suma, refiere estresores laborales (ERTES) y económicos, tales como cambios propios de la crisis económica y de reubicación laboral, con una actual sobrecarga, que, describe, han propiciado una “tormenta perfecta”.

Como reacción a todo ello desarrolla ideación suicida por no encontrar salida, a pesar del apoyo de su padre y de su hijo.

Relata que hubo planificación y el paso al acto conllevó escasas posibilidades de rescate. Tras la estabilización médica de la intoxicación, persistía ideación autolesiva sin crítica del episodio, así como un estado de hipotimia moderada-grave, dolor psíquico y elevada presión de sufrimiento. Se acompañaba de aumento de ansiedad basal sin crisis paroxísticas. No había autodenuestos (aunque reconocía que uno de sus errores ha sido que su vida girase en torno a su pareja) ni pérdida del sentido de realidad.

Respecto a la personalidad premórbida se define como una persona amable, familiar, con sentido de la responsabilidad exagerado y trabajadora con numerosos intereses como la historia o el cine.

Durante el Ingreso supo adaptarse, participar en actividades y mantener buen contacto con compañeros, profesionales, familiares, amigos, así como con su expareja. Predominó un tono de amabilidad y disminuyó la presión de sufrimiento.

Negaba pensamientos perturbadores o rumiación psíquica intensa, persistía cierto estado de pesar en relación a la ruptura sentimental, aunque verbalizaba que estaba más entero para asumir este proceso de duelo y tener asumida la decisión definitiva de ruptura.

Hacía crítica del intento de suicidio, expresando sentimientos de vergüenza, arrepentimiento y preocupación por la afectación de su padre, añade verlo como algo externo a él, casi no lo

recuerda " yo no soy así". Existía negación de ideación tanática y deseos de poder irse de alta para reorganizar su vida, buscar piso, volver al trabajo, tener tiempo y quedar con amigos. Aceptaba tener una ayuda profesional, su familia ha contactado con un psiquiatra privado, y si se volviese a sentir de esa manera pediría ayuda a sus amigos, ellos además estaban alerta.

El ingreso duró 11 días, se aumentó el tratamiento antidepresivo y ansiolítico y, a pesar de la mejoría objetivada, al alta se recomienda acompañamiento, ya que la elaboración psicológica del cambio y transición vital no estaba resuelta y eran previsibles nuevas oleadas de intenso dolor psíquico. Se insistió en las posibilidades de solicitar ayuda tanto a allegados como a nivel profesional, incluyendo los servicios de Urgencia.

La impresión diagnóstica fue la de un duelo complicado con crisis suicida por una reacción vivencial anómala, en el contexto de acontecimiento vital, persistencia de situación de adversidad laboral y económica, así como vulnerabilidad previa por neuroticismo.

Tras el alta, hubo una visita a urgencias por dolor torácico inespecífico en el día anterior a su fallecimiento. Acudió a la pronta visita con psiquiatra privado donde persistía negación de ideación autolítica y optimismo respecto al futuro, además, estuvo acompañado por allegados. Sin embargo, a los 3 días de darle el alta hospitalaria, se precipitó desde un octavo piso cuando estaba con un agente inmobiliario visitando un piso de alquiler.

Caso clínico tres:

Hombre de 78 años, casado, convivía con su mujer, hija y yerno desde que tuvo un accidente cerebro vascular ocho meses antes del ingreso en nuestra unidad.

El ingreso fue de forma voluntaria en agosto del 2019 por haber realizado tentativas de baja letalidad e ideación autolítica en el contexto de un estado depresivo de varios meses de evolución que lo habían llevado a urgencias hasta en tres ocasiones, con persistencia del malestar psicológico ante las secuelas de ACV (afasia mixta y hemiparesia derecha) y también psicosociales (traslado desde Portugal a España donde vivía su hija).

No había antecedentes de ingreso psiquiátrico, se constató la existencia de historia previa de consumo perjudicial de alcohol. Médicamente reseñar ACV, aneurisma aórtico, valvulopatía, hipertrofia prostática, tratado con ácido acetilsalicílico, hipolipemiantes y protector gástrico.

La duración del ingreso fue de trece días y se constató mejoría con crítica hacia ideación suicida. Se le pautó tratamiento antipsicótico y antidepresivo a dosis muy bajas y se realizó intervención social con búsqueda de residencia de mayores.

El diagnóstico fue de reacción adaptativa a su enfermedad cerebrovascular. Se recomendó tratamiento ambulatorio en Salud Mental al que acudió. Presentó un nuevo episodio autolítico a los quince días del alta consistente en intento de ahorcamiento con cinturón del coche en contexto de enfado más hetero agresividad hacia su esposa y conducta opositora, fue atendido en urgencias donde se recomendó intensificar el tratamiento antipsicótico y mantener cita ambulatoria (a la que no llegó a acudir por su fallecimiento previo).

El fallecimiento se produjo 50 días tras haberle dado el alta como consecuencia de inmersión y ahogamiento en una acequia después de haberse escapado de la residencia de mayores.

Caso clínico cuatro:

Hombre de 65 años, separado con mucha anterioridad, vivía solo, con mascotas. Nula relación con su hijo y familia de origen y desempleado.

El ingreso se produce involuntariamente en agosto del 2021, motivado por clínica paranoide de desconfianza hacia vecinos e ideación delirante de envenenamiento. No había ingresos u otros antecedentes psiquiátricos, se constató la existencia de historia previa de consumo perjudicial de alcohol, que mantenía de forma intermitente. Como antecedentes médicos padecía cáncer de próstata en remisión tras radioterapia e hipertensión, en tratamiento con analgésicos y omeprazol.

La duración del ingreso fue de 10 días, con diagnóstico de trastorno psicótico no especificado. se constató mejoría con crítica parcial de ideación de perjuicio y envenenamiento. Se le pautó tratamiento antipsicótico a dosis bajas y se citó a la semana para acudir a salud mental, no llegó a tener contacto con su psiquiatra de referencia por voluntad propia, como le indicó a su médico de atención primaria. El fallecimiento se produjo 42 días tras haberle dado el alta como consecuencia de ahorcamiento en domicilio.

Caso clínico cinco:

Hombre de 48 años, soltero, recibe pensión por incapacidad laboral permanente, vivía en un piso protegido con mala adaptación al mismo que le obliga a recurrir a un hostel en alguna ocasión. Había sido dado de alta en UME del CRP Nuestra Señora del Pilar en octubre del 2019, Su madre era su tutora legal.

El ingreso se produce en febrero del 2020 de forma involuntaria por recomendación de su psiquiatra de referencia ante dificultades en la adherencia al tratamiento ambulatorio, así como alteraciones conductuales de hetero agresividad en el piso tutelado y contra su madre.

En su historial constaban cuatro ingresos previos en la unidad de agudos de psiquiatría, el último cinco años antes. También recibió atención en el hospital de día, UTP y en UME. Medicamente reseñar tabaquismo y obesidad que requirió cirugía bariátrica.

La duración del ingreso fue de dieciséis días y se constataron dificultades en cuanto a la persistencia de falta de insight y desconfianza hacia los a los tratamientos antipsicóticos por los efectos adversos, hacia los profesionales y sus recomendaciones de rehabilitación psicosocial. Al alta acordó pauta oral a dosis bajas de clozapina y una cita a los cinco días con su psiquiatra de referencia, sobre el que proyectaba en gran parte su frustración por no poder llevar una vida autónoma. El diagnóstico fue de trastorno delirante por ideas persistentes y trastorno de la personalidad.

El fallecimiento se produjo a los 7 días tras haberle dado el alta como consecuencia de una sobre ingesta medicamentosa que desembocó en un edema agudo de pulmón con fallecimiento en domicilio. Tres días antes había contactado con su psiquiatra quién documenta que seguía habiendo desconfianza y hetero agresividad verbal hacia su familia y conflictos con compañeros de piso.

Caso clínico seis:

Hombre de 34 años, soltero que vivía con sus padres, agricultor con invalidez permanente por su trastorno mental grave.

Se trata de un paciente con un historial de cuatro ingresos previos en la Unidad de Adultos de psiquiatría, el último con fecha de octubre del 2018 y que también había estado en Centro

Prisma y en Hospital de Día. Médicamente reseñar tabaquismo y obesidad con posible historia de abuso de anabolizantes y de alcohol.

El ingreso se produce desde urgencias en marzo del 2019 y tiene carácter involuntario. Presentaba reagudización psicótica y hetero agresividad hacia terceros, que considera que le agreden.

La duración del ingreso fue de cuarenta y dos días. El diagnóstico fue esquizofrenia paranoide sobre desarrollo anómalo de personalidad. Se le trasladó a unidad de media estancia. Se le pautó tratamiento antipsicótico oral e inyectable intramuscular.

El fallecimiento se produjo a los cuatro meses tras el alta hospitalaria, aunque estaba en régimen de ingreso en unidad de media estancia, disfrutando de periodo estival en casa. La semana previa al fallecimiento ya no había acudido a su cita en CSM correspondiente. En su historia había antecedentes previos de intentos de suicidio entre los cuales se recogieron varios accidentes de tráfico. Ese fue el método suicida elegido por el paciente y en el que no hay constancia que hubiera otras víctimas mortales.

Discusión

Limitaciones

Antes de exponer la discusión, es importante tener en cuenta las limitaciones de nuestro trabajo. Algunas vienen implícitas en el tipo de estudio planteado: observacional, descriptivo y retrospectivo. Por tanto, aunque nuestro modelo genera hipótesis sobre el perfil epidemiológico y factores de riesgo, hay que tener en cuenta que la presencia de los elementos observados puede deberse al azar.

Por estas razones, sumadas a la problemática de salud que supone el suicidio a nivel mundial, especialmente en nuestro grupo de estudio, sería interesante dar continuidad a este trabajo asociando un grupo control definido.

Otra de las limitaciones que debemos comentar en nuestro estudio es el pequeño tamaño muestral obtenido, consecuencia de factores azarosos de la muestra registrada en nuestros años de trabajo, también influidos por el menor número de ingresos llevados a cabo durante los años 2020 y 2021 por el efecto de la pandemia en el sistema de salud. Esto supone resultados más imprecisos que en tamaños muestrales más adecuados, reforzando la idea de la necesidad de continuidad del estudio en el futuro, mejorando también esta característica.

Por último, exponemos las limitaciones surgidas en relación con la autopsia psicológica, el periodo óptimo de realización de la misma es de treinta días hasta seis meses, intervalo de tiempo que no hemos podido seguir por los años de trabajo del estudio, que comienzan en el 2019. De la misma forma, la segunda parte está limitada por los recursos y tiempo disponibles, así como el alcance de este trabajo, no contando con entrevistas a profesionales, familiares o allegados de los pacientes de la muestra. Como fortaleza, esto nos ha permitido ahondar más en el análisis cualitativo y crítico de los casos.

En el futuro próximo, el estudio plantea la posibilidad de ampliarse en coordinación con el Instituto de Medicina Legal, en vistas de complementar la información y crear el perfil clínico epidemiológico más detallado. De hecho, en nuestro trabajo (tabla 3) hay 6 pacientes con causa desconocida y cuya causa de su muerte no hemos podido establecer ya que precisaríamos concluir la labor de coordinación con profesionales de la Salud y con el Instituto de Medicina Legal.

También se plantea la entrevista a los profesionales de la salud que participaron en el periodo posterior al alta de los pacientes, con el objetivo de diseñar planes de mejora de calidad a través de propuestas de intervenciones concretas.

Comparación con los resultados de estudios previos

Respecto a las características clínicas y epidemiológicas básicas de los pacientes que se suicidan tras el alta psiquiátrica, el metaanálisis publicado por Chung et al. ⁽⁶⁾ expone las menores tasas de suicidio en adolescentes (158 por cada 100000 persona/año) comparadas con las muestras de adultos (555 por cada 100000 persona/año) o pacientes más mayores (496 por cada 100000 persona/año). Posteriormente, el mismo autor publicó un nuevo metaanálisis donde los artículos que contemplaban distinción de género, mostraron que los hombres tenían casi el doble de la tasa de suicidio que las mujeres (IRR=1.94, 95% CI=1.54 a 2.44). ⁽²⁰⁾

El estudio longitudinal de Olfson et al. ⁽¹³⁾ analizó el suicidio en la población estadounidense, donde la cohorte incluía pacientes que fueron dados de alta con un diagnóstico psiquiátrico,

junto con una muestra aleatoria del 10% de pacientes hospitalizados con diagnósticos de trastornos no mentales. Se concluyó que, en la primera cohorte, la mayor proporción de suicidios se situaba en el rango de edad de 18 a 34 años. Respecto al sexo se obtuvo que la tasa de suicidio fue prácticamente el doble para los hombres que para las mujeres.

En la misma línea, un estudio sueco publicado por Haglund et al. (10) observó una mayor asociación del riesgo de suicidio post alta en hombres frente a mujeres para todos los diagnósticos, con especial relevancia en la depresión, donde la asociación con el sexo masculino fue significativamente mayor, con cocientes de riesgo HR=4.48 en hombres, frente a HR=2.40 en mujeres.

El perfil sociodemográfico esbozado por nuestros resultados coincide con lo obtenido en la mayoría de los artículos de nuestra revisión bibliográfica con respecto al sexo, ya que el estrato masculino supone el 83% de nuestra muestra. Sin embargo, encontramos algunos trabajos que contradicen nuestros datos y encuentran mayor predominio femenino de suicidio tras el alta psiquiátrica.

En ese supuesto está el reciente estudio publicado por Listabarth et al. (21) que estudió la influencia del género en 12 países distintos representativos de Europa, Europa del este, países nórdicos e Israel, concluyendo que la probabilidad de suicidio consumado para pacientes tras alta hospitalaria era mayor en mujeres, tanto cuando el intervalo de tiempo analizado fue un mes OR = 1,94; IC 95% (1,66, 2.27), como en el intervalo de un año OR =2,04; IC del 95% (1,87, 2,23). Walter et al. expuso también una fuerte interacción de género con un incremento del riesgo relativo muy superior en mujeres; IRR 158.4, 95% IC (114,1-219,9) para ellas, siendo el IRR 52,9, IC 95% (43,1-65) en varones. (22)

Encontrándose en una postura media con respecto a lo expuesto, el estudio de Deisenhammer et al. (23), realizó una muestra con tres estratos distintos, pacientes ingresados, pacientes tras alta y pacientes que no habían tenido contacto recientemente con el sistema sanitario. Los resultados de estas muestras fueron que el género masculino predominaba en todas ellas, pero la diferencia entre mujeres y hombres se reducía significativamente tanto en la muestra de pacientes ingresados como en aquellos que habían sido dados de alta de una hospitalización recientemente. Esto implica que, aunque el predominio de los varones se establece en la mayoría de los trabajos, incluido el nuestro, el perfil clínico se compone de muchos otros factores que interaccionan con el género y lo hacen un factor, en ocasiones, variable.

Respecto a la edad, nuestra serie obtiene una media de 57.2 años, de 55.6 años en varones y 67 años para mujeres. Esto sugiere una media más alta de la que proponen los estudios analizados, que la sitúan entre los 18 y 34 años. (6) (13) Algunas publicaciones proponen edades algo más elevadas, como el trabajo de Bojanic et al. (24) donde la mayor parte de los suicidios fueron llevados a cabo por hombres con edades por encima de los 40 años. A pesar de que dicha cifra se acerca más a nuestra media, ningún estudio establece edades tan avanzadas como la de nuestros resultados. Por contra, nuestro trabajo coincide con la bibliografía revisada en establecer como periodos de mayor riesgo las edades medias adultas y en ningún caso periodos extremos de la vida como la adolescencia o la senectud.

Dentro de los factores socio demográficos encontramos que los pacientes eran especialmente vulnerables cuando se añadían las siguientes variables: estar solteros, desempleados y vivir solos. Bojanic et al. (24) obtuvo que casi dos tercios de los suicidios habían sido llevados a cabo por hombres de los cuales, el 70.82% estaba soltero, el 44.18% estaba desempleado y el 51.08%

vivía solo. A este respecto, Troister et al. ⁽²⁵⁾ sitúa significativamente el estado civil, la falta de vivienda y el bajo nivel de ingresos como factores de riesgo.

Nuestro estudio concuerda con lo expuesto, vincula el suicidio tras el alta hospitalaria con un perfil de pacientes desempleados (33.3%), divorciados o solteros (67%) y que viven independizados (17%). Además, en nuestra muestra existen dos situaciones de incapacidad laboral.

Podemos considerar que estos factores aparecen en los pacientes que se han suicidado al ser un reflejo de del bajo soporte social y económico, condiciones que típicamente se han postulado como factores de riesgo para el suicidio por la vulnerabilidad que confieren a los pacientes que las atraviesan. Además, hay que tener en cuenta la epigenética familiar, factor influyente tanto en la población general como en la población psiquiátrica, sabemos que los contextos adversos producen cambios biológicos, que condicionan una mayor respuesta de estrés ante situaciones vitales. ⁽¹¹⁾

Esto queda ilustrado en el caso número cuatro, donde la residencia en solitario es, posiblemente, consecuencia de la disarmonía en la relación familiar y, por tanto, signo de falta de soporte por parte del entorno.

Creemos que el trasfondo de estas variables supone la complejidad individual de cada caso. A pesar de no aparecer una indagación cualitativa de los pacientes en bibliografía revisada, en nuestro análisis crítico existen situaciones en las que no podemos encasillar a los pacientes en una categoría absoluta, ya que se encuentran en una situación transicional de un estado a otro. Por ejemplo, en el caso clínico número dos, la ruptura sentimental es lo que desencadena el proceso de duelo que condiciona el fatal desenlace, es decir, su paso a la soltería, así como sus consecuencias en la situación de vivienda, abandonaría la casa compartida con su pareja para alquilar un piso compartido. Por otra parte, este mismo paciente no se encontraba en situación de desempleo, sin embargo, la precariedad e intensa carga del mismo actúa como un factor estresante. Todo ello pudo constituir un precipitante para el desencadenamiento de un episodio depresivo grave (duelo melancolizado) que fue enmascarado por el propio paciente quien reconocía mejoría y planes inmediatos de futuro.

Otro ejemplo es el caso número tres, en el que el cambio de vivienda debido a la necesidad de cuidado actúa como estresor, ya que significa una constatación más del cambio vital impuesto por las secuelas de su enfermedad y de la pérdida de independencia. En la misma línea, el paciente cinco experimenta una situación extraordinaria, abandona la convivencia con su madre para comenzar en un piso tutelado con dificultades de adaptación al mismo, condición estresante sobrevenida de la conflictiva situación social y falta de apoyo externo.

Todas las situaciones expuestas estarían detrás de las reagudizaciones y podemos incidir en que, si estos sucesos estresantes ocurren tras el alta, periodo demostrado de alta vulnerabilidad, pueden afectar a la capacidad de afrontamiento de los individuos. ⁽²⁶⁾

Además, consideramos que un punto clave en la prevención del suicidio es la adecuada planificación post-alta. Pese a que el alta indicada por los profesionales es debida a la mejoría clínica, la salida del centro supone un cese repentino de la atención hospitalaria y un periodo de transición hacia la vuelta a la vida anterior en la que se ha producido una discontinuidad, siendo un periodo crítico de vulnerabilidad. ^{(12) (14)}

La revisión bibliográfica expone que un correcto abordaje de la continuidad asistencial tras el alta actúa como un factor protector para el suicidio, reduciendo sus tasas en los años posteriores. En el estudio de Turecki et al. ⁽¹¹⁾ los resultados concluyen que la planificación post alta después de un intento de suicidio puede reducir su repetición en los siguientes 12 meses. En la misma línea, el estudio de Forte et al. ⁽⁴⁾ concede un papel crucial al correcto soporte y monitorización de los pacientes, lo que incluye la calidad asistencial del mismo, así como la rapidez.

Contrariamente, en nuestro estudio hemos encontrado que a pesar de que los pacientes habían tenido contacto de forma reciente con el sistema de salud, una media de 14 días desde el último contacto hasta la fecha del deceso, el suicidio fue consumado. Una razón para este hecho podría ser una recuperación incompleta en forma de una falsa mejoría (como es el caso número 2). Todo ello ilustra una compleja y delicada transición en la comunidad, así como el acceso fácil a múltiples medios para autolesionarse al alta hospitalaria como la precipitación, que podrían exacerbar aún más el riesgo.

De ello se infiere la gran complejidad de la evaluación individual de cada paciente y el establecimiento de una estrategia adecuada. Se puede enfatizar que la importancia radica en la coordinación de los equipos de salud mental hospitalaria, salud mental ambulatoria, así como atención primaria y otros profesionales de la salud como los trabajadores sociales, para que el paciente sea atendido de manera temprana y eficaz.

En nuestra serie de casos, aunque si hubo contacto con los profesionales, la mayoría de ellos no consiguieron una buena coordinación ni adherencia con el sistema de salud mental. En la paciente uno se concertó la cita, pero no se hizo referencia en el evolutivo a la exploración del riesgo suicida, ni a mantener o intensificar las medidas de acompañamiento familiar. Así mismo, se concluyó que había riesgos de mantener el ingreso cuando las opciones terapéuticas no estaban agotadas. En la misma línea en el caso número tres existió una visita a urgencias con conducta auto y hetero agresiva en la que no se produjo una reevaluación de la gravedad y complejidad del caso.

Resaltamos también el caso número cinco, donde se refleja la dificultad en la valoración de la capacidad de control de impulsos en un paciente con trastorno delirante y desarrollo anómalo de la personalidad. Todo ello supone un manejo complejo y entorpece el proceso de percepción de la enfermedad por parte del paciente, a pesar de los esfuerzos de los profesionales. En el caso cuatro no hubo propuesta de tratamiento antidepressivo y se produjo una ausencia de vinculación a la primera cita con salud mental, supuesto en el que sería recomendable una intervención proactiva a través del médico de atención primaria para realizar un segundo intento de vinculación.

En este punto es fundamental proponer un mejor entrenamiento de estos profesionales como parte indispensable en la continuidad asistencial, de tal forma que exista una rápida identificación de una crisis suicida junto con el apoyo de los psiquiatras de los centros ambulatorios.

Para comparar el diagnóstico psiquiátrico principal Forte et al. ⁽⁴⁾ publicó una revisión sistematizada donde los trastornos asociados con mayor riesgo de suicidio tras el alta hospitalaria fueron, en primer lugar, el trastorno depresivo mayor seguido, con tasas similares, pero algo más bajas, por el trastorno bipolar y, en tercer lugar, los trastornos psicóticos. Turecki et al. ⁽¹¹⁾ encuentra que los episodios depresivos mayores, pertenecientes al trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar, suponen al menos la mitad de los suicidios en su muestra. La esquizofrenia es otro de los trastornos con mayores tasas de suicidio en este estudio, fenómeno

que también aparece con frecuencia en pacientes con trastornos alimenticios y de la personalidad, principalmente Cluster B (trastorno límite de la personalidad y antisocial). Se asocia especial riesgo cuando el trastorno depresivo es concomitante con trastornos de abuso de sustancias.

En la muestra de Bojanic et al. ⁽²⁴⁾ se incluyen pacientes que se suicidaron en la primera semana tras el alta, sus resultados muestran que el diagnóstico primario más común en ambos grupos fue el trastorno afectivo (44,18%), seguido de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (14,04%). Qin et al. ⁽²⁷⁾ continúa el mismo patrón, los trastornos afectivos aparecen con el mayor riesgo de suicidio en cualquier fase de la hospitalización, siendo el momento de máxima vulnerabilidad la semana inmediatamente posterior al alta. La esquizofrenia resultó el segundo trastorno en asociación. Chung et al. ⁽²⁰⁾, indicó que los grupos de pacientes con un trastorno del estado de ánimo tenían tasas más altas de suicidio un mes después del alta que grupos de pacientes que no fueron seleccionados por diagnóstico.

En este punto, reseñamos la revisión de Troister et al. ⁽²⁵⁾ que encontró más asociación de los trastornos del estado de ánimo, la psicosis no afectiva, y los trastornos psiquiátricos comórbidos múltiples. Así mismo, Lin et al. ⁽²⁸⁾ estableció la presencia de síntomas depresivos como factores de riesgo para la consumación del suicidio: estado de ánimo bajo, pérdida de energía y retraso psicomotor.

Hay estudios que no engloban los trastornos afectivos, sino que los estudian en sus partes conformantes, de igual manera, el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar obtienen en estas publicaciones las cifras de suicidio más elevadas. El estudio longitudinal de Olfson et al. ⁽¹³⁾ establece el siguiente orden, trastornos depresivos, (235.1 por 100 000 persona-año), seguido del trastorno bipolar, (216 por 100 000 persona-año) y, a continuación, la esquizofrenia (168.3 por 100 000 persona-año).

En nuestro trabajo, queda representada la relevancia de los trastornos afectivos, ya que son el segundo trastorno con mayor incidencia de suicidios. Sin embargo, la patología mental más vinculada para nuestra muestra son los trastornos psicóticos. Hay bibliografía que concuerda con nuestros datos, el metaanálisis publicado por Chung et al. ⁽⁶⁾ en 2017, obtuvo que las muestras de pacientes con psicosis fueron las que se presentaron con mayores tasas de suicidio tras un ingreso en salud mental (599 por 100 000 personas-años), seguidos de los trastornos afectivos (524 por 100 000 personas-años) y, por último, diagnósticos mixtos y de otro tipo (463 por 100 000 personas-años).

Según lo planteado, ambos trastornos forman parte del perfil clínico más prevalente. Destacar el artículo de Haglund et al. ⁽¹⁰⁾ que asocia el riesgo de suicidio post alta en varones con los trastornos reactivos, englobando las reacciones de estrés agudo, los trastornos adaptativos, y las reacciones a estrés severo. Dicha vinculación aparece en nuestra muestra, un 16.6% padecía este tipo de trastorno como diagnóstico principal y pertenecían al grupo masculino, así como en el paciente número dos el duelo complicado tras una ruptura sentimental desencadena el estado depresivo. Lo común en estos casos es un evento negativo que desencadena un estado melancólico agudo de difícil tratamiento.

Deseamos señalar el complejo manejo que supone la comorbilidad, en el caso número cinco y número seis de nuestros pacientes, ya que la asociación de un trastorno de personalidad añade gravedad a la patología psicótica de base. Probablemente la complejidad intrínseca y terapéutica de estas enfermedades condiciona la cronicidad e interactúa en pacientes vulnerables desencadenando un desarrollo anómalo de la personalidad. Sobre estos trastornos,

Bojanic et al. ⁽²⁴⁾ expone que aquellos que murieron en los primeros tres días tenían más probabilidades de tener este trastorno de personalidad anómala, porcentajes que descendían en la muestra de 7 días tras alta. Además, estos pacientes tenían con más frecuencia un diagnóstico secundario adicional (29,2% trastorno de personalidad sin comorbilidades frente a 70,8% trastorno de personalidad con comorbilidad), en la mayor parte de los casos, un trastorno depresivo concomitante, como se cumple en los dos casos expuestos.

Respecto a la comorbilidad de otros trastornos en el caso uno se expone como las depresiones graves que cursan con clínica ansiosa o agitada son más complejas debido a las máscaras conductuales.

Por otra parte, muchos estudios vinculan el trastorno de abuso de sustancias en sí mismo con altas tasas de suicidio tras una hospitalización, fue el segundo diagnóstico en asociación en el estudio de Hadlung et al. ⁽¹⁰⁾ con predominio en varones. También es un potente factor de riesgo, aunque no constituya un diagnóstico propio en el paciente. En el estudio de Bachmann ⁽¹²⁾ se estimó que entre un 40-85% de los suicidios ocurren después de la ingesta de alcohol o sedantes. El riesgo de suicidio tras el tratamiento y recuperación de estos trastornos permanece en tasas más altas durante periodos más prolongados que en los trastornos afectivos o la esquizofrenia.

⁽²⁷⁾

En comparación con nuestra muestra, el paciente cuatro presentaba el consumo intermitente de alcohol como antecedente, en el caso número seis se registró posible historia de abuso de anabolizantes y de alcohol y parece como factor interviniente en el intento autolítico en el paciente dos, por lo que nuestra muestra refuerza los resultados de otros estudios en la vinculación del alcohol con el suicidio.

Para concluir con los diagnósticos de nuestra muestra planteamos el término “depresión sonriente” en el paciente número dos, debido a la aparente buena evolución y remisión de la clínica depresiva. Dicho término hace referencia a aquellos trastornos depresivos donde el paciente enmascara los síntomas propios del mismo, como la tristeza, la desmotivación o desesperanza y adoptan una apariencia funcional, no se rompe la productividad ni la vida social e incluso parecen optimistas. Actualmente, la “depresión sonriente” no se contempla como diagnóstico en el DSM-V, sino que queda englobado dentro de la depresión atípica. ⁽²⁹⁾

Estas características hacen que no se detecte con facilidad y, por tanto, no se lleve a cabo el correcto tratamiento. Rebecca Lawrence ⁽³⁰⁾ afirmó la difícil identificación y manejo de estos pacientes, y la gravedad del cuadro donde la tensión de mantener las apariencias, la funcionalidad y la responsabilidad de no preocupar a los demás, pueden ser de los aspectos más agotadores, signos de mala salud mental. Esto, junto con la alta funcionalidad descrita, eleva el riesgo de suicidio en comparación con personas que manifiestan una depresión típica, que clásicamente presentan una disminución de energía a la hora de consumar el suicidio, es lo que ocurre en el caso mencionado, donde los profesionales se reunieron por dicha sospecha y se planteó un programa asistencial intenso y temprano que no pudo evitar el grave curso de esta modalidad del trastorno depresivo. ⁽³¹⁾

En búsqueda de otros indicadores estudiamos el periodo de mayor incidencia de suicidio tras el alta. Toda la bibliografía revisada expone que el riesgo es inversamente proporcional al tiempo que transcurre desde la salida de la unidad hospitalaria hasta el deceso ⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽¹⁴⁾. Es decir, los periodos más vulnerables son aquellos más próximas a la fecha de alta.

En nuestra muestra, el mayor porcentaje ocurrió en los tres primeros meses, concretamente el 83.3%. Los resultados de Forte et al. ⁽¹²⁾ son, de forma acumulativa, que el 26.9% de los actos fueron en el primer mes, 40.8% en los tres primeros meses, y 73.2% en el primer año. De acorde con estos datos, más del 40% de los suicidios se produjeron en los tres primeros meses, aunque menores que los obtenidos en nuestro modelo, dan la mayoría a esta ventana temporal. ⁽⁴⁾ Bachman et al. ⁽¹²⁾ contempla en su estudio la ventana temporal de 4-12 semanas post alta como el periodo con mayores tasas de suicidio.

En la misma línea que nuestros resultados Chung et al. ⁽⁶⁾ obtiene la mayor tasa de suicidios en los tres primeros meses tras el alta, calculado por persona cada cien mil por año obtuvo una tasa de 1132, cifra que decrece en el periodo de 3 a 12 meses. Dichos valores siguen descendiendo en periodos de tiempo más separados del alta, 1 a 5 años obtiene tasas de 494; de 5 a 10 años 366 y más de 10 años tras el alta 277. Los periodos de seguimiento de tres meses o inferiores tienen un índice 100 veces mayor a la tasa de la población general, estudios con periodos de seguimiento de 3 a 12 meses tenían tasas casi 60 veces mayores y, por último, en periodos de 5 a 10 años las tasas eran solo 30 veces mayores.

En el estudio de Walter et al. ⁽¹²⁾ se examinó una muestra de individuos al alta de una hospitalización psiquiátrica en comparación con una muestra de personas que nunca habían sido ingresadas en este tipo de unidades, donde el riesgo de cometer un acto autolesivo, así como la consumación del mismo, era mucho más elevado en los primeros tres meses, decreciendo con el tiempo. Además, el riesgo relativo es superior para los pacientes psiquiátricos tras el alta en todas las ventanas temporales. ⁽¹⁴⁾

Estudiando ventanas temporales más acotadas se establecen dos picos de máxima vulnerabilidad, la semana previa al ingreso, así como la semana inmediatamente posterior al mismo. ⁽²⁷⁾ Nuestra muestra obtiene cifras del 50% para la semana posterior, en concordancia con lo expuesto. Supuesto mantenido en el estudio de casos y controles publicado por Kessler et al. ⁽²⁵⁾, en sus resultados el número de suicidios varió significativamente e inversamente con el tiempo desde el alta, con la mayor tasa de suicidio en la primera semana después del alta (1.104,3–1.290,7 por 100.000 años-persona), una tasa mucho más baja en el resto del primer mes (626,7–399,9), un índice aún más descendido en los 3 meses posteriores (363,4–309,3) y una tasa que disminuye más gradualmente en los meses siguientes.

Respecto a los intentos de suicidio, quedan reflejados como el principal factor de riesgo y se vincula con tiempos más largos de hospitalización. ⁽²⁶⁾ En nuestro modelo: un 33% de los pacientes habían tenido ideas autolíticas previas a la última hospitalización y el mismo porcentaje habían realizado un acto autolítico con anterioridad, todos ellos varones.

En el caso femenino a pesar de la no existencia de tentativa de suicidio previa, la ideación fue haciéndose activa dando lugar al posterior paso al acto, sintomáticos de la gravedad reflejada en la petición de ingreso en la que si aparecía dicha ideación.

En comparación con otros estudios, Haglund et al. ⁽¹⁰⁾ obtuvo cifras muy similares a las nuestras, el 16.6% de los pacientes de su modelo habían realizado un intento autolítico previo, un 4.3% de los pacientes que habían consumado la ideación suicida tenían este antecedente en el último mes, eliminando la variable temporal entre el intento de suicidio y su consumación, asciende a 16.5%. Este antecedente aparece con mayor asociación en la esquizofrenia, seguido de otros trastornos psicóticos no orgánicos. Igualmente, se presenta que los intentos de suicidio previos incrementan el riesgo de consumir el suicidio en todas las patologías.

Forte et al. ⁽⁴⁾ indica en su trabajo que la proporción entre el intento de suicidio y consumación del mismo es claramente menor en el periodo tras el alta hospitalaria de pacientes psiquiátricos en comparación con el índice de la población general, 8.78 frente a cifras superiores a 50 respectivamente. En pacientes con trastornos afectivos este índice también es bajo, lo que vincula directamente el riesgo de suicidio con esta patología. ⁽⁴⁾ Vuagnat et ⁽³²⁾ al apoya dichos resultados con tasas de suicidio hasta 100 veces más elevadas en pacientes con un intento de suicidio en el último año, comparadas con las de la población general. ⁽³²⁾

En nuestro modelo el 50% presentaban ideación suicida al momento del ingreso y el motivo del ingreso fue un intento autolítico en el 33%, lo cual relaciona la proximidad de la ideación autolítica directamente con el riesgo de suicidio. Chung et al. expone, que los pacientes ingresados por pensamientos o comportamientos suicidas tenían una tasa de suicidio tres veces más alta que la reflejada en los estudios de pacientes psiquiátricos que fueron seleccionados sin esta característica. ⁽²⁰⁾

Es importante el análisis de la letalidad del acto autolítico y su posibilidad de rescate a la hora de clasificar el riesgo de suicidio. En este sentido, los métodos de intento de suicidio que mayor riesgo suponen para una futura consumación del mismo son aquellos clasificados como métodos violentos, tales como el ahorcamiento o asfixia, uso de un objeto punzante, armas de fuego, gases y sustancias químicas o nocivas, asociados significativamente con un mayor riesgo de suicidio futuro. ⁽³²⁾

En lo expuesto en el análisis crítico, el caso seis es representativo de estos datos, donde se registran accidentes de tráfico previos con intención autolítica. Por otra parte, se presenta el caso número dos donde la letalidad de las dosis auto administradas y la escasa posibilidad de rescate hace que se valore como alto riesgo y se recomiende con seguimiento y acompañamiento estrecho a pesar de la mejoría objetivada. En el caso número tres, el intento de suicidio fue clasificado de baja letalidad debido al método usado y por la posibilidad de ser atendido, sin embargo, creemos que tiene que ser valorado como alto riesgo, por las limitaciones físicas del paciente y la estrecha vigilancia que conllevaba la misma.

Profundizando más en los factores de riesgo se planteó el alta voluntaria, Kuo et al. ⁽³³⁾ definió alta voluntaria como la salida no planificada de un ingreso hospitalario para la cual el psiquiatra responsable recoge que el paciente o su representante legal deciden terminar dicha estancia contra de la recomendación médica de permanecer ingresado. Sus mostraron que el grupo en el que el paciente finalizó su estancia de forma voluntaria se asoció con una mayor mortalidad por suicidio en comparación con el grupo sin esta variable. Esto se contradice en nuestra muestra, ya que el 100% de las estancias de nuestro estudio finalizaron en el momento indicado por los médicos responsables. Sin embargo, Bojanic et al. ⁽²⁴⁾ apoya lo introducido anteriormente, la vinculación de mayores tasas de suicidio en pacientes que han pedido la alta voluntaria es un hallazgo que se repite en su muestra, en concreto, se encontró una mayor asociación con los pacientes que consumaron el suicidio en los tres días posteriores al fin de la estancia hospitalaria, por lo que este factor indica un periodo de vulnerabilidad corto.

Un alta autoiniciada puede indicar una falta de compromiso con los servicios, así como una enfermedad más grave en comparación con los pacientes que han sido evaluados lo suficientemente bien como para pasar de la atención hospitalaria a la atención comunitaria. Otro agente implicado en el riesgo de suicidio es la falta de una correcta adherencia al tratamiento, variables que podrían estar asociadas. ⁽²⁴⁾

La asociación entre reingreso y suicidio podría ser importante, Chung et al. ⁽⁶⁾ que las muestras de pacientes que ingresaron por primera vez tenían una tasa de suicidio posterior al alta más baja que las muestras con una combinación de pacientes anteriormente ingresados. En otro artículo se expone el aumento del riesgo proporcionalmente al número de ingresos previos, con una tasa mayor en mujeres (56,9%) que en hombres (37%).⁽²⁷⁾

En nuestra muestra, un 33.3% de pacientes registraron ingresos previos, lo que es un porcentaje significativo y reafirma lo ya publicado.

Sobre los desencadenantes vitales en nuestra muestra se encontraron, en la misma proporción, la ruptura sentimental y la patología somática, lo cual suponen factores de riesgo típicamente relacionados con el suicidio. Es fundamental destacar la salud física como uno de los factores de riesgo más importantes, definida por el dolor en las enfermedades crónicas, pérdida de movilidad, desfiguración, mal pronóstico entre otros. En el paciente tres del estudio el accidente cerebro vascular supuso el desencadenante del trastorno reactivo por las secuelas en un individuo previamente sano. En el caso cuatro hay antecedentes recientes de cáncer próstata, aunque en remisión. Son factor que rompen la funcionalidad del paciente por el proceso de aceptación del diagnóstico, así como las pruebas y tratamiento.

Por todo esto, creemos indispensable que en futuras intervenciones estas variables se tengan en cuenta para establecer aquellos individuos de mayor riesgo y valorar la necesidad de optimizar los medios e intervenciones en estos pacientes más vulnerables al suicidio.

A propósito del método de suicidio, los estudios sitúan el ahorcamiento, el abuso de sustancias y el salto desde una altura como los más observados en la población psiquiátrica a la salida de un ingreso. En los trabajos de Vuagnat et al. ⁽³²⁾ y Deisenhammer et al. ⁽²³⁾ el ahorcamiento aparece con un 42.1% y 34%, así como la precipitación obtiene un 6.3% y 18%, respectivamente. A pesar de que el ahorcamiento es el número uno en frecuencia para ambas publicaciones se encuentran diferencias en el ordenamiento posterior, para el primer estudio son más prevalentes el abuso de sustancias seguido del salto de altura mientras que los resultados para Deisenhammer et al. definen la precipitación en segundo lugar y, posteriormente, el choque con un vehículo en movimiento. Sin embargo, este mismo estudio indica que, aunque el ahorcamiento es el método generalmente más usado, se presentó con mucha menos frecuencia en ambos grupos clínicos, pacientes ingresados y dados de alta. ⁽²³⁾⁽³²⁾

En la misma línea, se concluyó que los métodos más prevalentes fueron el ahorcamiento y el envenenamiento, seguidos por la precipitación, ahogamiento y muerte por arma de fuego en la revisión de Forte et al. ⁽⁴⁾

El ahorcamiento, el abuso de sustancias, la precipitación y el choque contra un vehículo motorizado se posicionan como los métodos más prevalentes, aunque los porcentajes varían en los diferentes estudios. Se confirma en nuestra muestra, el 50% de los suicidios se cometieron por precipitación; el ahorcamiento, abuso de sustancias y chocar con un vehículo motorizado se sitúan en el segundo lugar con la misma proporción, un 16.6%.

Por último, es interesante el análisis subdividido por ventanas temporales del estudio realizado por Bojanic et al. ⁽²⁴⁾ En los primeros tres días tras el alta la precipitación y el choque frente a un vehículo en movimiento supusieron casi una cuarta parte de la muestra, números significativamente más altos que en el segundo grupo para los mismos métodos. En nuestra serie el 100% de los pacientes que se suicidaron en la primera semana lo hicieron mediante el salto de una altura, concordando con lo expuesto. Creemos que esto es probablemente debido

a la facilidad y rapidez de acceso a estos métodos, que requieren menos planificación que otros procedimientos.

Para concluir exponemos la comparación con el estudio previo realizado en la misma Unidad de Hospitalización de Agudos del Hospital Lozano Blesa entre los años 2015 y 2018, ambos incluidos. Las tasas de suicidio resultantes en este trabajo fueron más altas a las obtenidas en nuestra muestra, 1.6% frente al 0.67%, influido por el mayor número de años analizados y, por tanto, mayor tamaño muestral incluido, así como el efecto de la pandemia en el sistema de salud, que redujo el número de ingresos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. 2015 (N=400), 2016 (N=416), 2017 (N=402) y 2018 (N=360); 2019 (N=346), 2020 (N=265), 2021 (N=282). ⁽¹⁹⁾

Respecto a las variables, nuestros resultados coinciden en obtener un predominio masculino en la edad media adulta, entre la cuarta y la quinta década de la vida, con una media de 49 años en el estudio previo frente al 57.2 en nuestros resultados, así mismo los dos estudios establecen un perfil laboral de desempleo y un estado civil diferente a casado.

El trastorno afectivo y la psicosis se sitúan como las patologías mentales más prevalentes para las dos muestras, aunque el orden de sus porcentajes se encuentra invertido, en el estudio anterior el trastorno afectivo obtiene un 48% y la psicosis un 20%, en nuestra serie, 33.3% y 50% respectivamente.

Como factores de riesgo, el intento autolítico aparece en un 33.3% de nuestra muestra, motivando el último ingreso en el 17% de los casos de nuestros pacientes, en el trabajo de Jiménez estas cifras fueron aún mayores, hallando un 66,7% de intentos autolíticos previos y un 38,9%. Para motivo del último ingreso. En ambos casos, los porcentajes son significativos y argumenta esa variable como factor de riesgo a tener en cuenta en el perfil clínico del paciente suicida.

Al comparar el método de suicidio, los resultados muestran diferencias, la precipitación se posiciona como el más repetido para nuestra muestra (50%) pero tan solo representa el 8% de la serie anterior, en la que la sobredosis (16%) y los ahorcamientos (12%), son las más prevalentes. Esto puede estar influido por la complejidad de cada caso y condicionado por la posibilidad individual de acceso a los métodos, así como por el tamaño muestral.

Todo ello nos hace clasificar a estas variables como indicadores de riesgo de suicidio, teniéndolas en cuenta en la valoración de los pacientes que ingresan y que serán dados de alta de una unidad psiquiátrica, sirven para establecer unas mejores prácticas en relación a los planes post alta y de vinculación ambulatoria.

El proyecto futuro de analizar en conjunto los dos estudios nos dará la posibilidad de obtener con más fiabilidad la realidad del perfil clínico epidemiológico en nuestro medio y comprobar las confluencias de nuestros modelos que establecen un perfil masculino de edad media con factores de desempleo, divorcio o soltería, así como psicosis y los trastornos afectivos se repiten, y el intento autolítico es el mayor factor de riesgo, con más variabilidad en el método de suicidio. Esto es coincidente con lo revisado en la bibliografía. Recalcar la posibilidad ya expuesta de la coordinación con el Instituto de Medicina Legal para completar la información, en relación con el número no despreciable de casos en los que no se ha podido averiguar la causa del fallecimiento.

En este sentido, sería importante abordar una mejora en el registro de los fallecimientos, tanto por suicidio como por otras causas y 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.

Conclusiones

1. El 0.6% de los pacientes dados de alta en los años 2019-2021 fallecieron por suicidio, con un predominio masculino y una edad media de 57 años.
2. Del global de pacientes dados de alta, un 1.9% fallecieron por causa natural y un 0.55% por una causa no esclarecida.
3. La patología psiquiátrica más prevalente supone gravedad en forma de trastornos psicóticos y los trastornos afectivos. El abuso de alcohol concomitante, así como la comorbilidad con otros trastornos son factores predisponentes.
4. Uno de cada dos pacientes presentó ideación autolítica en el momento del ingreso, uno de cada tres ingresó por este motivo, y tenían intentos autolíticos previos.
5. Predominan métodos violentos de suicidio. El principal fue la precipitación, si bien el ahorcamiento, el abuso de sustancias y chocar con un vehículo motorizado son también métodos prevalentes.
6. Los fallecidos por suicidio, el último contacto con el servicio sanitario fue, de media, 14 días antes del fallecimiento, lo que implica la necesidad de establecer protocolos de intervención en coordinación con los diferentes profesionales de la salud.
7. El riesgo de suicidio es inversamente proporcional al tiempo transcurrido tras el alta hospitalaria, siendo la primera semana el periodo de mayor vulnerabilidad.
8. El desempleo y la incapacidad laboral son las situaciones laborales más frecuentes, los estados civiles diferentes de casado son las más repetidos. Vivir en solitario o los cambios de lugar y tipo de convivencia actúan como un factor predisponente.
9. El análisis de incidente crítico de cada uno de los 6 casos, revela su extrema complejidad y aporta indicadores clínicos (máscaras de la depresión, entre ellas las somáticas o la depresión sonriente) o asistenciales (mejor coordinación y detección del grado de suicidabilidad) a tener en cuenta en la individualización del abordaje en cada caso.
10. Tras establecer un registro de los pacientes fallecidos por suicidio tras alta de la UHA, se hace necesario establecer equipos de trabajo entre los profesionales de la Salud Mental (en los diferentes dispositivos), que sean multidisciplinarios (especialmente en niveles de Atención Primaria y Medicina Legal) para mejorar la asistencia basada en la experiencia clínica general y también en la proveniente de autopsias psicológicas.

Bibliografía

1. Khazaei S, Armanmehr V, Nematollahi S, Rezaeian S, Khazaei S. Suicide rate in relation to the Human Development Index and other health related factors: A global ecological study from 91 countries. *Journal of Epidemiology and Global Health*. 2017 Jun 1;7(2):131–4.
2. World Organization Health. Suicidio [Internet]. 2021 [cited 2022 May 5]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. Datos Macro. Suicidios 2020 [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 1]. Available from: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/mortalidad/causas-muerte/suicidio>
4. Forte A, Buscajoni A, Fiorillo A, Pompili M, Baldessarini R.-Suicidal Risk Following Hospital Discharge: A Review. *Harvard Review of Psychiatry*. 2019 Jul;27(4):209–2016.
5. Riblet N, Shiner B. Prevention of suicide following psychiatric hospitalization. En: Danuta Wasserman, editor. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2021. p. 511–9.
6. 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.
7. Cuevas J, Serrano A, Rodríguez JL, Baladón L.-Hospitalización psiquiátrica breve. Conducta suicida. En: Cuevas J. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2020. p. 245–57.
8. Nizama V. Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología* [Internet]. 2011;15(2):81-85. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203122516002>
9. García-Haro J, García-Pascual H, González M, Barrio-Martínez S., García-Pascual R. ¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales. *Apunt. Psic.* [Internet]. 15 de septiembre de 2020 [citado 28 de mayo de 2022];37(2):91-100. Available from: <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/807>
10. Haglund A, Lysell H, Larsson H, Lichtenstein P, Runeson B. Suicide Immediately After Discharge From Psychiatric Inpatient Care. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2019;80(2).
11. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet* [Internet]. 2016;387(10024):1227–39. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
12. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(7):1–23.
13. 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 Nov 1;73(11):1119–26.
14. 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. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30180-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30180-4)
15. Farooq S, Tunmore J, Ali W, Ayub M. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. Vol. 306, *Psychiatry Research*. Elsevier Ireland Ltd; 2021.

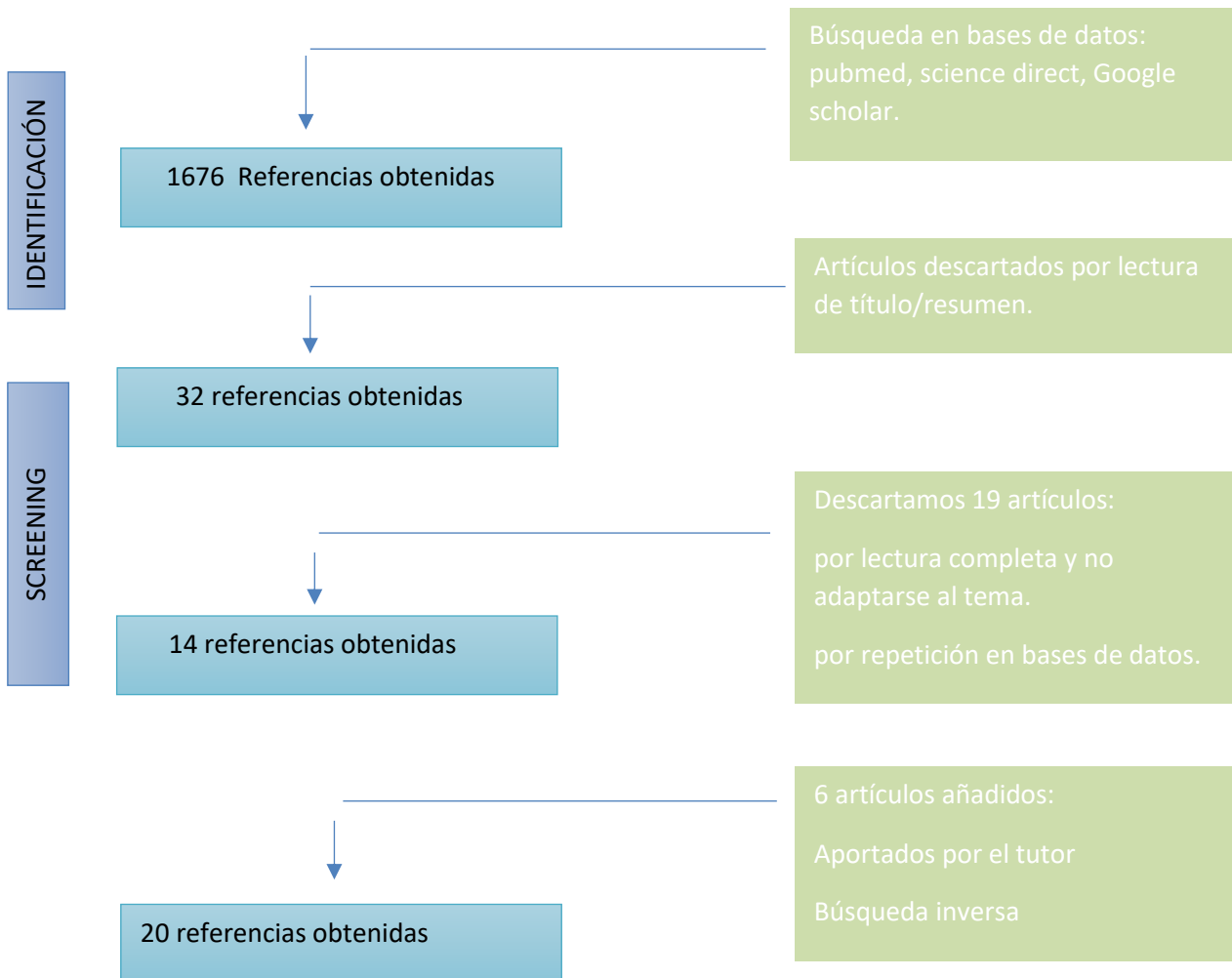
16. Torres V, Rodrigo I. Autopsia psicológica. Evaluación crítica y su aplicabilidad en el ámbito forense. *Anuario de Psicología Jurídica*. 2007;17:111–30.
17. Katherine D, Armando J. Modelos y evaluación en la autopsia psicológica : una revisión bibliográfica en Iberoamérica. *Revista Criminalidad*. 2019;61:145–59.
18. Jiménez I. La autopsia psicológica como instrumento de investigación. *Revista colombiana de psiquiatría*. 2001;30: 271-276.
19. Jiménez A. Estudio longitudinal y autopsia psicológica de los pacientes ingresados entre 2015-2018 fallecidos por suicidio tras el alta hospitalaria. Trabajo Fin de Grado. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. 2020.
20. Chung D, Hadzi-Pavlovic D, Wang M, Swaraj S, Olfson M, Large M. Meta-Analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalization. *BMJ Open*. 2019;9(3):3–5.
21. Listabarth S, Vyssoki B, Glahn A, Gmeiner A, Pruckner N, Vyssoki S, et al. The effect of sex on suicide risk during and after psychiatric inpatient care in 12 countries: An ecological study. *European Psychiatry*. 2020;63: 1-4.
22. Walter F, Carr MJ, Mok PLH, Astrup A, Antonsen S, Pedersen CB, et al. Premature mortality in a national cohort of people recently discharged from their first psychiatric inpatient treatment episode. *JAMA Psychiatry*. 2018;74(5):485–92.
23. 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. *Comprehensive Psychiatry*. 2016 Aug 1;69:100–5.
24. Bojanić L, Hunt IM, Baird A, Kapur N, Appleby L, Turnbull P. Early Post-Discharge Suicide in Mental Health Patients: Findings From a National Clinical Survey. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11(June):1–7.
25. Kessler RC, Bauer MS, Bishop TM, Demler O v., Dobscha SK, Gildea SM, et al. Using Administrative Data to Predict Suicide After Psychiatric Hospitalization in the Veterans Health Administration System. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11(May):1–19.
26. Clarke S, Allerhand LA, Berk MS. Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. *F1000 Faculty Rev*. 2019;8: 1-12.
27. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: Evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(4):427–32.
28. 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 Research* [Internet]. 2014;217(1–2):54–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.03.008>
29. Elmer J. What are the symptoms of smiling depression? [Internet]. 2018 [cited 2022 May 24]. Available from: <https://www.healthline.com/health/smiling-depression>
30. Lawrence R. When depression wears a smile, even psychiatrists like me can be deceived [Internet]. *The Guardian*. 2021 [cited 2022 May 9]. Available from: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2021/mar/18/depression-smile-psychiatrists-mental-health-problems>

31. Morin A. What is a smiling depression? Why Some People With Depression Look Happy on the Outside [Internet]. 2021 [cited 2022 May 9]. Available from: <https://www.verywellmind.com/what-is-smiling-depression-4775918>
32. Vuagnat A, Jollant F, Abbar M, Hawton K, Quantin C. Recurrence and mortality 1 year after hospital admission for non-fatal self-harm: A nationwide population-based study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2019; 29: 1-10.
33. 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. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2010;71(6):808–9.

ANEXO

Diagramas

Diagrama 1. Secuencia de búsqueda sistematizada.



Tablas

Tabla 1. Resultados de Búsqueda bibliográfica.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE (MESH)	CRITERIOS DE BÚSQUEDA	RESULTADOS OBTENIDOS	RESULTADOS EMPLEADOS
PUBMED	(((((suicide) AND (risk)) AND (psychiatric) AND (after discharge)))	Últimos 5 años Full text access	87	8
PUBMED	((self-harm) AND (suicide)) AND (definiton)	Últimos 5 años Full text access	92	1
PUBMED	((Epidemiology) AND (suicide))	Últimos 5 años Full text access Revisiones, revisiones sistemáticas, metaanálisis	321	1
SCIENCE DIRECT	suicide risk after psychiatric discharge	Últimos 5 años	1.143	2
GOOGLE ACADÉMICO	Autopsia psicológica	allintitle	33	2

Tabla 2. Pacientes fallecidos por causas naturales

Sexo	Edad	Causa	Fecha	Lugar	Dg. Psq
V	78	Parada CR	08/02/22	Calatayud Hospital	Tr. depresivo
V	84	Deshidratación Caquexia Deterioro del estado general	31/03/2021	HUC	Alzheimer + Tr.depresivo
M	81	Sepsis	21/01/22	Domicilio (Zaragoza)	Tr. Psicótico
M	54	Adenocarcinoma de pulmón (bronconeumonía: IRA)	25/03/2020	Hospital Calatayud	Tr. bipolar
V	78	Sepsis	25/09/2019	HCU	Tr. bipolar
V	67	Broncoaspiración	27/04/21	Domicilio (CS Universitat)	Tr. Afectivo recurrente
M	91	Sepsis	17/04/2020	CS Calatayud	Tr. delirante

V	76	Insuf. Respiratoria Aguda	25/06/2020	Tudela	Tr.delirante
M	73	Bacteriemia + deshidratación	09/12/2021	HCU	Tr.psicótico
V	58	TEP	17/03/2021	HCU	Tr. bipolar
V	90	Metástasis hepáticas I Renal Aguda	31/03/2021	HCU	Tr. ideas delirantes
V	49	Neumonía: insuf respiratoria aguda	20/11/2020	HCU	Tr. Personalidad
V	63	Shock séptico	05/08/2021	HCU	Tr. Bipolar episodio maniaco
V	50	Iam	19/08/2019	Domicilio delicias norte	Tr. Agresivo de la personalidad
V	62	Neumonía	03/10/2020	HCU	Tr. Depresivo
M	72	EPOC	22/10/2020	Residencia	Tr. Afectivo bipolar
V	86	Patología cerebrovascular	15/04/2019	HCU	Delirium y demencia

Tabla 3. Pacientes fallecidos por causas desconocidas.

Sexo	Edad	Dg. Psq
M	64	Trastorno depresivo
M	76	Sd. Depresivo con tr histriónico
V	51	Trastorno psicótico no especificado
V	53	Trastorno bipolar
V	40	Trastorno esquizoafectivo

Tabla 4. Resultados revisión bibliográfica.

AUTORES	PROCEDENCIA De la muestra	REVISTA	PERIODO	Nº DE SUICIDOS	Tipo de estudio
Chung et al. (2017)	-	JAMA* Psychiatry	2017	17857	Metaanálisis
Forte et al. (2019)	-	Harvard Review of Psychiatry	2019	33516	Revisión bibliográfica
Haglund et al. (2019)	Suecia	Physicians Postgraduate Press	1973-2009	3695	Estudio observacional retrospectivo
Bojanic et al. (2020)	Reino Unido	Frontiers in Psychiatry	1997-2016	26426	Estudio observacional retrospectivo
Krause et al. (2020)	Alemania	Pilot and Feasibility Studies	-	-	Estudio observacional prospectivo
Bachmann et al. (2018)	-	International Journal of Environmental Research and Public Health	-	-	Revisión bibliográfica
Clarke et al. (2019)	Estados Unidos	Faculty Reviews F1000Research	-	-	Revisión bibliográfica
Turecki et al. (2015)	-	Lancet Psychiatry	-	-	Revisión bibliográfica
Madsen et al. (2021)	Dinamarca	Frontiers in Psychiatry	1998-2006	567	Estudio experimental
Olfson et al. (2016)	Estados Unidos	JAMA*Psychiatry	2001-2008	370	Estudio observacional retrospectivo
Walter et al (2019)	Dinamarca	Lancet Psychiatry	1997-2000	691	Estudio observacional retrospectivo
Listabarth et al. (2020)	-	Cambridge University Press	2000-2016	-	Estudio ecológico
Qin et al. (2005)	Dinamarca	American Medical Association	1981-1997	21169	Estudio anidado de casos y controles.
Chung et al. (2019)	-	BMJ Open	2019	5479	Metaanálisis
Kessler et al. (2015)	Estados Unidos	Frontiers in Psychiatry	2004-2009	23	Estudio observacional retrospectivo
Vuagnat et al. (2019)	Francia	Epidemiology and Psychiatric Sciences	2008-2009	1232	Estudio observacional retrospectivo

Walter et al. (2017)	Dinamarca	JAMA* Psychiatry	1982-2011	146	Estudio observacional retrospectivo
Lin et al. (2014)	Taiwán	Psychiatry Research	1985-1995 1998-2008	43	Estudio anidado de casos y controles.
Kuo et al. (2010)	Taiwán	Physicians Postgraduate Press	1998-2005	257	Estudio observacional retrospectivo
Deisenhammer et al. (2016)	Austria	Comprehensive Psychiatry	2004-2011	711	Estudio observacional retrospectivo

* Journal of the American Medical Association.

Tabla 5. Resultados cuantitativos de nuestra muestra.

Características del paciente	Número de pacientes (N=6)	Porcentaje en nuestra muestra
Sociodemográficas		
Mujer	1	17%
Hombre	5	83%
Soltero	2	33%
Casado	2	33%
Divorciado	2	33%
Vivir solo	1	17%
Diagnóstico principal		
Trastorno psicótico	3	50%
Trastorno afectivo	2	33%
Trastorno adaptativo	1	17%
Características clínicas		
Patología física grave/crónica	1	17%
Ruptura sentimental <3 meses	1	17%
Intentos autolíticos previos	2	33%
Franja temporal		
≤7 días tras alta	2	50%
≤3 meses tras alta	2	33%
≥3 meses tras alta	1	17%
Métodos de suicidio		
Precipitación	3	50%
Ahorcamiento	1	17%
Abuso de sustancias	1	17%
Chocar con vehículo motorizado	1	17%

Tabla 6. Comparación de los resultados de la revisión bibliográfica respecto a nuestra muestra.

Resultados (%)	Chung et al.	Forte et al.	Bojanic et al.	Riblet et al.	Jiménez	Nuestra muestra
Género (M/F)	54.68/45.31	59/41	34%/31%	86%/14%	72%/28%	83%/17%
Edad media (años)	-	38.6		24%: 35-55 29%: >55	49	57.2
Método de suicidio	-	27.1% ahorcamiento 20% envenenamiento 15.6% precipitación	Ahorcamiento: 38.2% Envenenamiento: 20% Precipitación: 20.2%		Sobredosis de medicamentos: 16% Ahorcamientos: 12% Accidentes de tráfico: 12% Precipitación: 8% Ahogamiento: 7%	Precipitación: 50% Ahorcamiento: 16.6% Abuso de sustancias: 16.6% Choque con vehículo en movimiento: 16.6%
Diagnóstico psiquiátrico	Trastorno afectivo: (524 por 100 000 personas-años) Psicosis: 599 por 100 000 personas-años	Trastorno depresivo mayor: 33.8% Trastorno bipolar: 30.6% Psicosis: 28.3%	Trastorno afectivo: 44.1% Psicosis: 14% Abuso de sustancias: 10.8% Trastorno de personalidad: 12.3%		Trastorno afectivo: 48% Psicosis: 20% Abuso de sustancias: 16% Trastorno de la personalidad: 16%	Trastorno psicótico: 50% Trastornos afectivos: 33.3% Trastorno adaptativo: 16.6%
Tiempo post alta	-	Primer mes: 26.4% Primeros 3 meses: 14.4%	Tres primeros días: 51.3% Siete primeros días: 48.1%	Primera semana: 80%	Primera semana: 28,6% Primer mes: 14,3% Primer año: 28.6%	

Gráficos

Gráfico 1. Resultados de género en nuestra muestra.

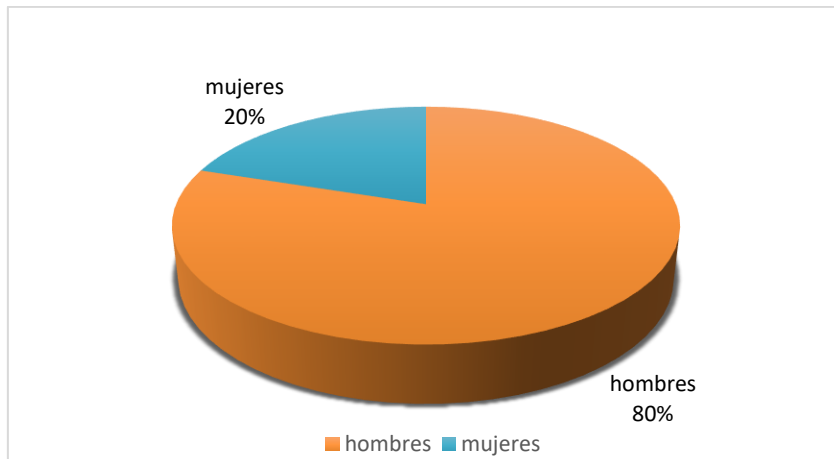


Gráfico 2. Resultados de estado civil en nuestra muestra.

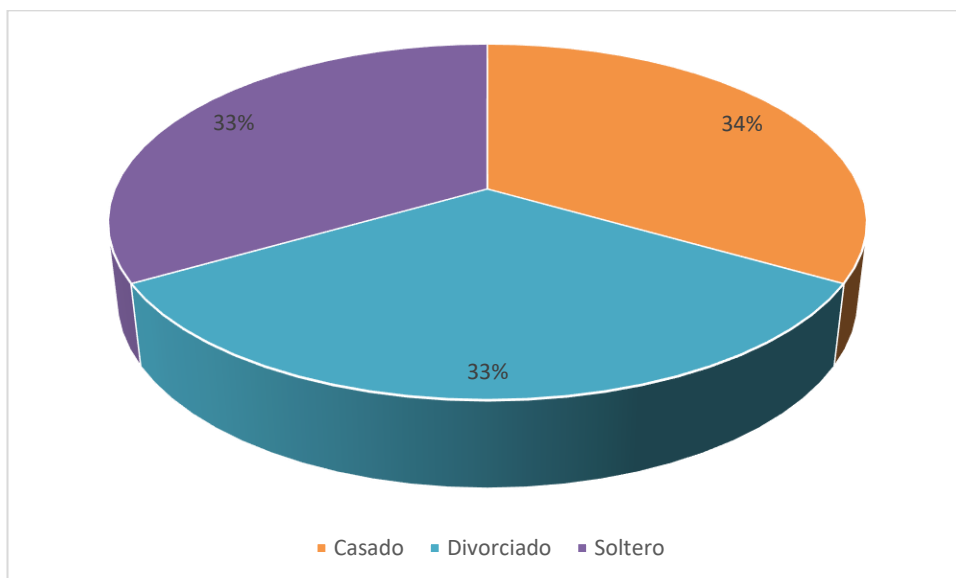


Gráfico 3. Resultados de diagnóstico psiquiátrico principal en nuestra muestra.

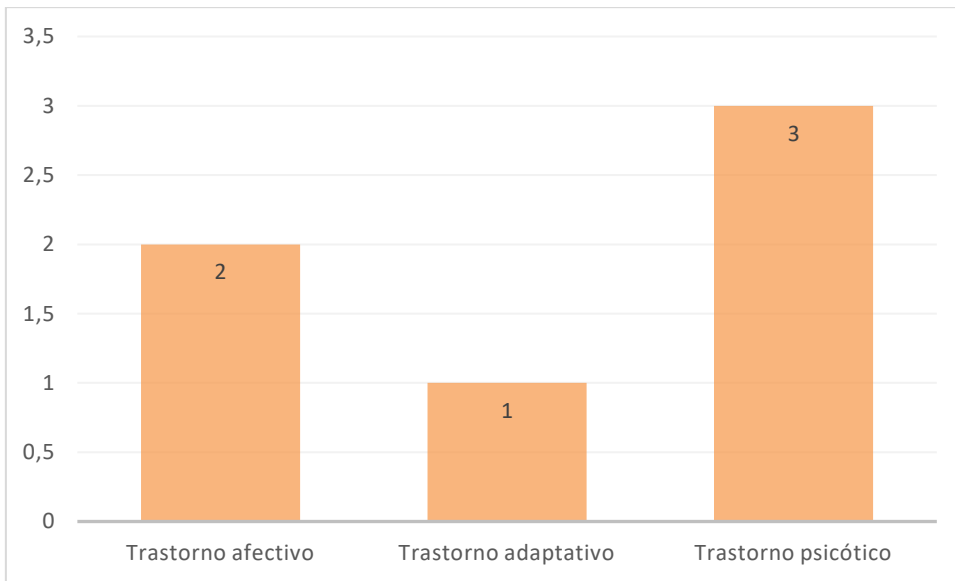


Gráfico 4. Resultados de franjas temporales en nuestra muestra.

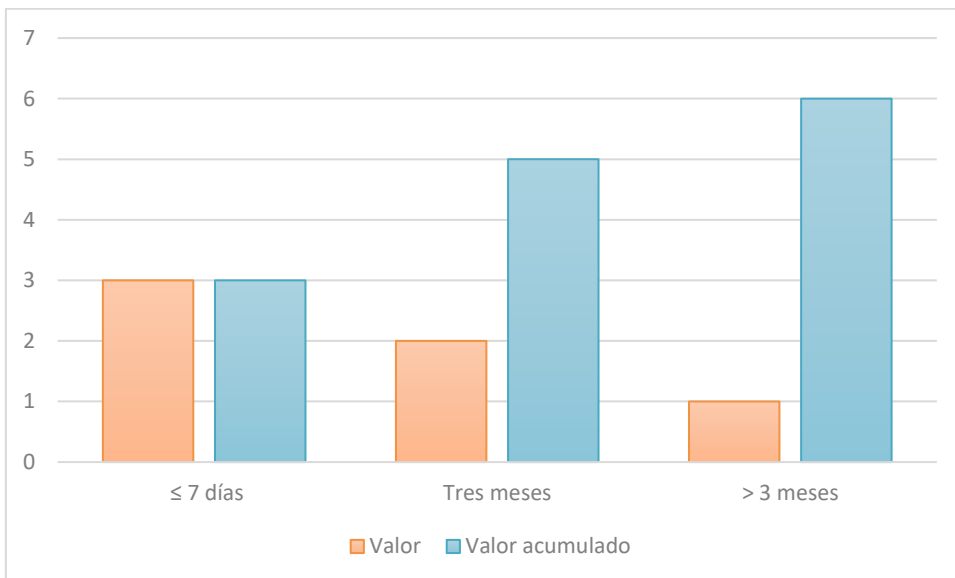
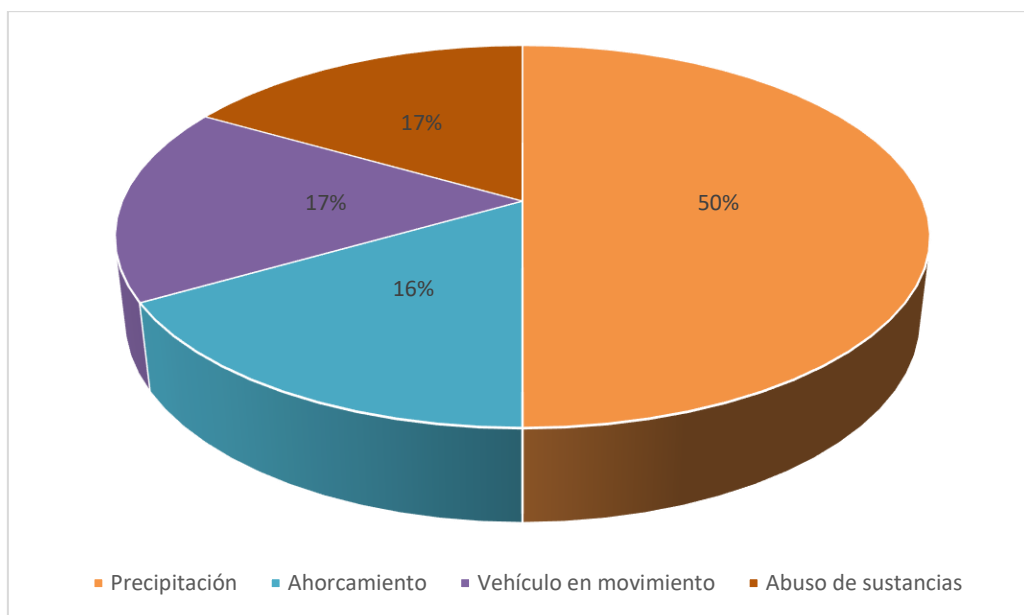


Gráfico 5. Resultados de métodos de suicidio en nuestra muestra.



Documentos.

Documento 1. Dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA).



**Informe Dictamen Favorable
Trabajos académicos**

C.P. - C.I. PI22/007

9 de febrero de 2022

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

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 09/02/2022, Acta Nº 03/2022 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Estudio longitudinal y autopsia psicológica de los pacientes ingresados entre 2018-2021 fallecidos por suicidio tras el alta hospitalaria.

Realizado por: Marta Illescas García

Tutor: RICARDO CAMPOS RODENAS

Versión protocolo: Segunda versión. 06/02/2022

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención y codificación de 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 emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto siempre que a la alumna se le cedan los datos pseudonimizados.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA -
DNI 03857456B

Firmado digitalmente
por GONZÁLEZ HINJOS
MARIA - DNI 03857456B
Fecha: 2022.02.11
11:25:35 +01'00'

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)