

Evolución de pacientes con intento de suicidio: seguimiento a un año

de Alba-Carballo, M^aR.; Fernández-Baz, I.; Díaz-Vidal, L.;
Martínez-Hervés, M.; Costas-González, M.; Núñez-Arias, D.

Servicio de Psiquiatría del Hospital Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos,
Área Sanitaria de Ferrol (A Coruña), España

Resumen

El comportamiento suicida es una de las principales causas de daño y muerte en el mundo. Por cada suicidio consumado hay 10-20 tentativas de suicidio, que es el marcador de riesgo más importante para un suicidio consumado.

Todas las tentativas de suicidio que fueron atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Arquitecto Marcide (Ferrol, Spain) durante el periodo de Enero a Julio de 2010 fueron estudiados y hecho seguimiento durante un año para ver el comportamiento de ciertas variables. Los resultados fueron que las tentativas de suicidio son más frecuentes en: mujeres, jóvenes, personas con trastornos psiquiátricos, personas sin pareja, personas no activas laboralmente, con bajo nivel de estudios, el método principal fue la intoxicación medicamentosa, ingresaron en el hospital más hombres y lo hicieron en los 6 primeros meses.

Palabras clave: Tentativas de suicidio, factores de riesgo, comportamiento suicida, epidemiología.

Abstract

Suicidal behavior is a leading cause of injury and death worldwide. For each committed suicide there are 10-20 suicide attempts, which is the most important risk marker for successful suicide.

All suicide attempts that were attended to in the Accident and Emergency Service of Hospital Arquitecto Marcide (Ferrol, Spain) during the period from January to July of 2010 were studied and a follow-up was carried out for a year to see how certain variables behaved. The results were that suicide attempts are more frequent in: women, young people, people who have some psychiatric disorder, single, unemployed, with low level of studies, the main method was medicine intoxication, more men than women were admitted into hospital and in the first six months.

Key words: Suicide attempts, risk factors, suicidal behavior, epidemiology

Introducción

El suicidio representa un grave problema de salud pública^(1,2,3) con alrededor de un millón de muertes anuales a nivel mundial y está aumentando en los países industrializados, con unas estimaciones para el 2020 de 1,53 millones de muertes por suicidio. La tasa media mundial actual de suicidio es de 16/100000 habitantes/año (con grandes variaciones entre países⁽⁴⁾: Lituania 51,6/100000 habitantes y Azerbaiyán 1,1/100000 habitantes).

En España, el suicidio, es la primera causa de muerte no natural (se suicidan más de nueve personas al día, lo que supone más de 3.000 suicidios al año), y es la tercera causa de muerte en personas entre 15 y 44 años.

La tasa de suicidios en España es de 8/100.000 habitantes/año teniendo Galicia la tasa más alta de España con 10,6/100.000 habitantes/año, y dentro de Galicia, Ferrol todavía mayor con una tasa de 13,9/100.000 habitantes/año.

La mayoría de suicidios consumados ocurren en hombres (14/100.000 frente al 4/100.000 en mujeres) y la tasa aumenta al aumentar la edad, aunque en los últimos años está aumentando el número entre adultos jóvenes⁽⁴⁾. Los métodos más frecuentes son el ahorcamiento y la precipitación^(1,2).

Se calcula que por cada suicidio consumado se producen unas 10-20 tentativas de suicidio^(1,4) siendo estas más frecuentes en mujeres y el método más utilizado la intoxicación medicamentosa. En España la tentativa de suicidio tiene una prevalencia de 1.5% lo que supone 150-300 tentativas/habitante/año (en Galicia se estiman unos 6.000 tentativas/año).

El antecedente de tentativas de suicidio es el marcador de riesgo más importante para un posterior suicidio consumado^(1,2,3,4). Otro factor de riesgo importante es la presencia de una enfermedad psiquiátrica^(2,3).

En los estudios de autopsia psicológica^(5,6) se objetiva la presencia de trastornos mentales^(7,8) en más de un 90%, siendo los trastornos más frecuentemente asociados la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos, los trastornos de personalidad y los trastornos de ansiedad. Pero estos datos están sujetos a sesgos debido a una recogida retrospectiva, por la tendencia a atribuir trastornos mentales a las personas que se suicidan, al condicionamiento de la información facilitada por los familiares que buscan una explicación o por información de familiares no directos.

Por eso en este trabajo vamos a realizar un seguimiento de un año a los intentos autolíticos vistos en el Servicio de Urgencias del Hospital Arquitecto Marcide y describir el comportamiento de las variables clínicas y sociodemográficas estudiadas.

Material y métodos

Se analizaron 108 casos de intentos autolíticos, que son todos los que tuvieron lugar de Enero a Julio de 2010 en el Área Sanitaria de Ferrol,

cuyos datos estaban recogidos en un cuestionario (Monsue). Este cuestionario se rellena de forma sistemática a cada paciente con tentativa autolítica que es atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital A. Marcide de Ferrol, que es el hospital de referencia para todo el Área Sanitaria.

El Área Sanitaria de Ferrol pertenece a la provincia de A Coruña y atiende a una población de 203.878 habitantes, distribuidos en 20 núcleos de población, principalmente rurales: Ares, Cabanas, A Capela, Cedeira, Cerdido, Fene, Ferrol, Mañón, Moeche, Monfero, Murgados, Narón, Neda, Ortigueira, Pontedeume, As Pontes, San Sadurniño, As Somozas, Valdoviño y Cariño. De ellos, el mayor es Ferrol con 73.629 habitantes.

De cada uno de los cuestionarios se recogieron, entre otras, las siguientes variables: edad, sexo, actividad laboral, estado civil, religión, nivel educativo, método utilizado en la tentativa, lugar dónde se realizó, número de tentativas previas, tentativas en el último año, grupos diagnósticos (según CIE 10), número de tentativas según distribución horaria.

Tras un seguimiento de un año, se consultaron las historias electrónicas de los pacientes y se comprobó:

- Si reingresó posteriormente: tiempo que tarda en reingresar (durante el año de seguimiento).
- Si no sobrevivió: fecha y causa del éxito

Con los datos obtenidos se elaboró una tabla de Excels y se realizó el análisis estadístico mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

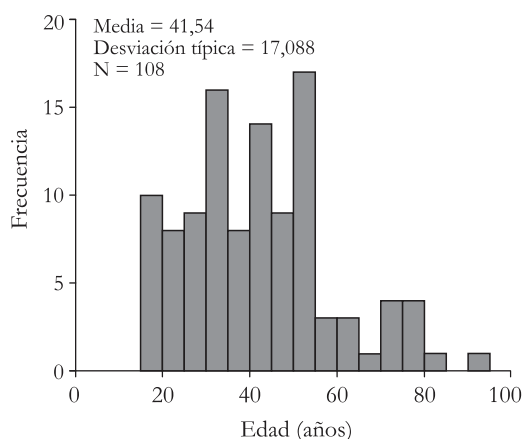
Resultados

Edad

La edad media de las tentativas fue de 41,54 años (desviación típica de 17,08), una mediana de 40 años (la mitad de las tentativas ocurrieron antes de los 40 años) y una moda de 50 años (7 veces).

Evolución de pacientes con intento de suicidio: seguimiento a un año

Los casos más jóvenes corresponden a 16 años, y el más viejo a 95 años.



Sexo

Las tentativas fueron más frecuentes en mujeres (59%), frente a los hombres (41%).

Actividad laboral (Tabla 4)

El 32% estaba en activo, un 26% en desempleo, un 6% era estudiante, un 17% discapacitado, un 13% jubilado y un 6% ama de casa. El 68% correspondió a clases pasivas (desempleo, amas de casa, estudiantes, pensionistas, jubilados).

Tabla 4. Actividad laboral

Activo	32%
Desempleo	26%
Estudiante	6%
Discapacitado	17%
Jubilado	13%
Ama de casa	6%

Estado civil (Tabla 1)

El 29,63% tenían pareja (21,30% casados en 1^{er} matrimonio, el 6,48% casados en 2^o matrimonio y el 1,85% con pareja de hecho), frente al 70,37% que no tenían (35,19% solteros, 8,33% viudos, 9,26% divorciados, 17,59% separados).

Tabla 1. Estado civil

Soltero	35.19
Viudo	8.3%
Divorciado	9.2%
Separado	17.6%
Casado (1 ^o)	21.3%
Casado (2 ^o)	6.5%
Pareja de hecho	1.8%

Religión

El 54% se declaró católico, el 21% ateo, el 20% agnóstico y un 5% declaró otras religiones.

Nivel educativo (Tabla 3)

El 64% tenían estudios básicos (17%) o primarios (47%), el 26% estudios secundarios y el 10%, universitarios.

Tabla 3. Nivel educativo

Básico	17%
Primaria	47%
Secundaria	26%
Universitario	10%

Métodos utilizados (Tabla 2)

El método más utilizado es la intoxicación medicamentosa (69,90%), y dentro de estas la mayoría son con psicofármacos (61,16%). Por sexos, a la mujer le corresponde un 49,51% frente a un 20,38% en los hombres para el total de intoxicaciones medicamentosas; y un 43,68% frente a un 17,47% para las intoxicaciones con psicofármacos.

El siguiente grupo más numeroso son los cortes con un 15,53% (8,73% hombres, 6,79% mujeres).

Las precipitaciones supusieron un 5,82%, más frecuentes en hombres (4,85%) que en mujeres (0,97%). Los ahorcamientos fueron del 4,85%,

también más frecuente en hombres (3,88%) que en mujeres (0,97%).

En un 4,85% no se pudo saber el método utilizado y otros pequeños porcentajes corresponden a gases (0,97%), pesticidas (0,97%) y atropellos (0,97%).

Tabla 2. Método de tentativa

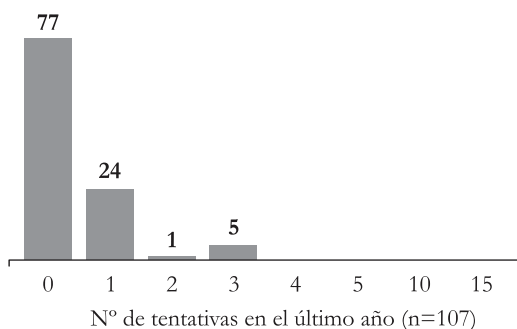
	Hombres	Mujeres
Psicofármacos	18	45
Otra medicación	3	6
Gases	1	0
Pesticida	0	1
Ahorcado	4	1
Cortes	9	7
Precipitación	5	1
Atropello	0	1
Perdidos	4	1

Lugar de la tentativa

El 91,26% tuvieron lugar en el propio hogar, un 12,62% en un lugar público y un 0,97% en un hospital.

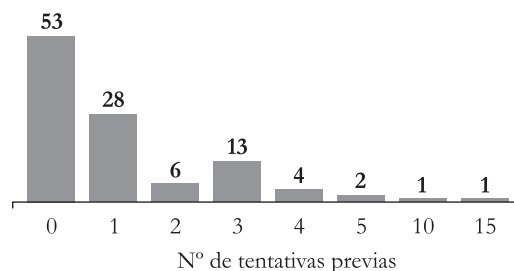
Número de tentativas previas

Casi la mitad (49,53%) no había tenido ninguna tentativa previa, de la otra mitad: el 26,16% había tenido una; el 5,60% dos; el 12,62% tres; el 3,73% cuatro; el 1,86% cinco; el 0,93% diez; y el 0,93% quince.



Número de tentativas en el último año

La mayoría (71,96%) no tuvo ninguna tentativa en el último año; el 22,42% tuvo una; el 0,93% tuvo dos; y el 4,85% tuvo tres.



Grupos diagnósticos (Según CIE 10) (Tabla 5)

El 28,70% no tenían diagnóstico previo; el 26,85% fueron trastornos neuróticos; el 17,59% trastornos afectivos; el 18,51% trastornos de personalidad; 2,91% trastornos por abuso de sustancias; el 1,85% trastornos psicóticos; el 0,92% trastornos alimentarios; el 0,92% retraso mental y un 0,92% trastornos de la infancia.

Tabla 5. Grupo diagnóstico CIE 10

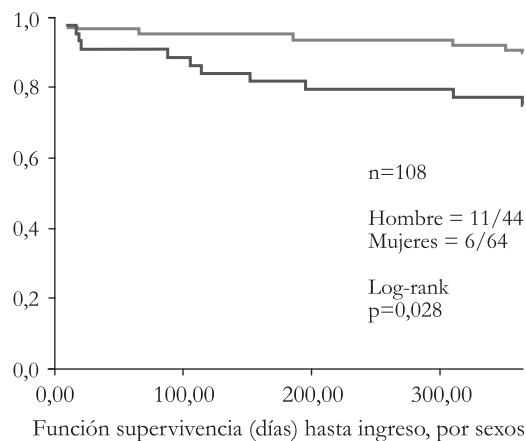
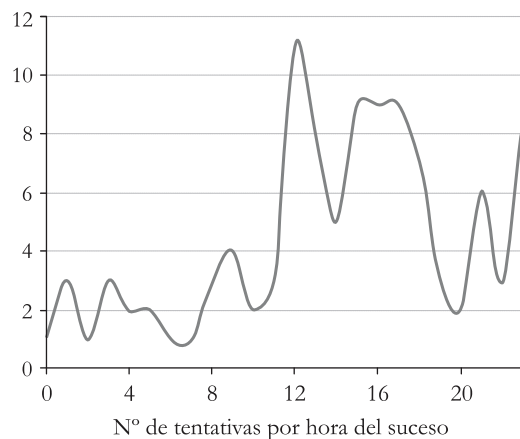
Sustancias F.10	3
Psicosis F.20	2
Afectivos F.30	19
Neurosis F.40	29
Disfunción fisiológica F.50	1
Personalidad F.60	20
Retraso mental F.70	1
Infancia F.80	1
Sin diagnóstico	31

Número de tentativas por hora del suceso

Entre las 12 y las 18 horas tuvieron lugar el 54,71% de las tentativas.

Si distribuimos el día en 3 franjas horarias, el mayor número de tentativas tuvo lugar en la franja de 9 a 16 horas (50,94%), seguida de la de 17 a 00 horas (36,79%) y de la de 01 a 8 horas (15,09%).

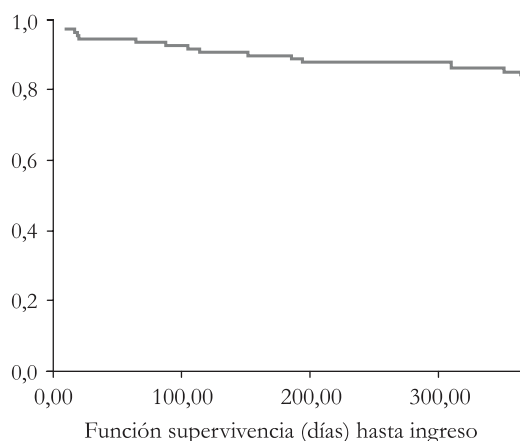
Evolución de pacientes con intento de suicidio: seguimiento a un año



Reingreso en el primer año

A lo largo del año de seguimiento ingresaron 17 pacientes (15,74%), de los cuales 11 fueron hombres (25%) y 6 mujeres (9,37%). Los hombres, además, ingresaron antes (sobre todo en los 6 primeros meses del año de seguimiento).

Se hizo un análisis estadístico (Kaplan Meier) para comparar esta función de supervivencia en ambos sexos y el resultado (Log-Rank, $p=0,028$) encontró que no había diferencia significativa.



Suicidio durante el año de seguimiento

En el año de seguimiento se encontraron los siguientes resultados:

- **Suicidio consumado:** Mujer de 52 años, separada, precipitación, a los 2 meses de intento autolítico con fármacos. Estaba diagnosticada de Trastorno de personalidad.
- **¿¿Dudas entre suicidio o desenlace de enfermedad??:** Hombre de 95 años, viudo, causa desconocida, padecía una enfermedad física y tuvo un intento autolítico por precipitación 8 meses antes.

Discusión

Los resultados obtenidos son congruentes con los descritos en la bibliografía consultada en cuanto a la mayoría de variables estudiadas, pero no pueden ser extrapolables al desconocer su prevalencia en la población de referencia.

Se encontró que la mayoría eran mujeres (59%), personas jóvenes, activos laboralmente solo en un 32%, con bajo nivel de estudios, menos de un 30% con pareja, el 54% se declaró católico, la mayoría fueron intoxicaciones medicamentosas, se llevó a cabo en el domicilio, mayoritariamente, casi la mitad no tenían tentativas previas y casi el 72% no tuviera ninguna tentativa en el último

año. Un 29% no tenían diagnóstico psiquiátrico previo, y el diagnóstico más frecuente fue el trastorno neurótico, seguido por el afectivo y los trastornos de personalidad y en mucho menor porcentaje el consumo de tóxicos. Más de la mitad tuvieron lugar entre las 12 y 18 horas.

La mayoría de la literatura consultada que asocia el suicidio con la presencia de trastornos mentales^(5,7,8,9,10,13,14). En este estudio apareció un alto porcentaje sin diagnóstico previo, que podría deberse a patología no diagnosticada o al distinto comportamiento que algunos autores afirman ante suicidio y tentativa de suicidio⁽⁹⁾. Los trastornos más frecuentes fueron los trastornos neuróticos, frente a los encontrados en la bibliografía que consideran que padecer depresión tiene unas 20 veces más riesgo de suicidio que la población general, 15 veces para el trastorno bipolar y 12 para la distimia⁽⁸⁾.

A pesar de que la enfermedad psiquiátrica está asociada a comportamientos suicidas, algunos investigadores^(5,10) han empezado a estudiar el comportamiento de aspectos como la desesperanza, la impulsividad, la anhedonia, hiperreactividad emocional, como promotores del aumento del estrés. Por otra parte existe una heredabilidad de la conducta suicida que puede ser explicada por la asociación con la enfermedad psiquiátrica, pero persiste cuando ésta está controlada^(11,15).

La tentativa de suicidio es el marcador de riesgo más importante para cometer suicidio^(7,8), siendo mayor el riesgo durante el primer año. El 30-60% de las muertes suicidas habían sido precedidas de intentos previos. Otros autores⁽¹²⁾ consideran que un porcentaje importante mueren en el primer intento, y, si sobreviven, posteriormente utilizarían otro más letal.

Las mujeres realizaron más tentativas^(1,2,3), pero ingresaron menos al final del año de seguimiento (9,37%) que probablemente tuvo que ver con la menor letalidad del método utilizado. Los hombres ingresaron más (25%), sobre todo en los 6 primeros meses del año de segui-

miento, y podría tener que ver, también con la mayor letalidad de los métodos utilizados, lo que podría ir en el sentido de que se suicidan más los hombres^(7,9). Además para algunos autores⁽⁹⁾ se asociaría, también, el tener menos años de educación, impulsividad, agresividad, diagnóstico de enfermedad psiquiátrica y/o otras comorbilidades.

El suicidio consumado es más frecuente en hombres⁽⁹⁾, con menos años de educación, más agresivos e impulsivos, con depresión comorbilidad e historia de abusos y, la proporción suicidio/tentativa de suicidio iría aumentando con la edad.

Un estudio de la prevalencia de los factores de riesgo de ciertos precursores del suicidio⁽¹⁷⁾ (idea, plan e intento) y el resultado fue una baja prevalencia, pero se identificó un grupo de mayor riesgo: mujer, joven, con enfermedad mental, comorbilidad psiquiátrica e ideación suicida reciente.

Algunos autores consideran el suicidio como un “continuum” desde la ideación hasta el suicidio consumado⁽³⁾ al que además se añadirían varios factores de estrés, pero otros autores consideran que podría tratarse de dos conductas diferentes⁽⁹⁾ porque algunas de las personas que se suicidan no tenían tentativas previas y distingue entre suicidios tentativas con intención de morir (más prevalentes), de las que no lo tienen (gestos suicidas).

A pesar de todas las variables estudiadas parece que hay factores genéticos que influyen en el suicidio aunque no se han identificado marcadores biológicos específicos^(15,18) pero podría estar relacionado con niveles de serotonina, implicada en una alteración del sistema de inhibición de la conducta. Mann⁽¹⁸⁾ propone un modelo de “Estrés-Diátesis” para la conducta suicida, con dos dimensiones: persona (con su genética, consumo de tóxicos, personalidad) y los precipitantes (acontecimientos vitales), que explicaría mejor el suicidio que la pura suma de factores de riesgo. De ahí la importancia de estrategias de prevención que incluyan nuevas

Evolución de pacientes con intento de suicidio: seguimiento a un año

tecnologías^(19,20). Sin embargo, a pesar de todos estos avances de la ciencia, el indicador más poderoso de riesgo de suicidio es “que algún individuo en algún momento de su vida haya tenido un intento previo”⁽²¹⁾.

Conclusiones

- Las tentativas de suicidio son el factor de riesgo más importante para el suicidio consumado.
- La mayoría son atendidas en los Servicios de Urgencias lo que permite hacer una correcta valoración y seguimiento de la conducta suicida.
- Diagnosticar y tratar adecuadamente las enfermedades mentales y los procesos comórbidos.
- Es necesaria una base de datos que recoja las variables de interés y un seguimiento de todos los intentos autolíticos y de los suicidios consumados.
- Necesidad de desarrollar y promover prácticas clínicas y profesionales efectivas
- Programas educativos multinivel (médicos, agentes sociales, población general).

Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-T); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/2012.
2. Bobes J; Giner J; Saiz J, ed. Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y del manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela 2011.
3. Matthew K.; Nock; Guilherme Borges; Evelyn J; Bromet; Chistine B. Cha; Ronald C. Kessler, Sing Lee. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*. 2008; 30(1): 133-154.
4. World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE) Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007. <http://www.who.int/mental health/prevention/suicide/suicide prevent/en>.
5. Isometsa E.T. Psychological autopsy studies-a review. *Eur Psychiatry*, 2001 Nov; 16 (7): 379-85.
6. Cavanagh JT; Carson AJ; Sharpe M; Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003; 33(3): 395-405.
7. Beautrais AL; Joyce PR; Mulder RT. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *Am J Psychiatry*. 1996; 153 (8): 1009-1014.
8. Harris E.; Baraclough, B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997; 170:205-228.
9. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol*. 2006; 115: 616-23
10. Brezo J; Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 113:180-206.
11. Baldessarini RJ. Hennen J. Genetics of suicide; an overview. *Harv Rev Psychiatry*. 2004; 12:1-13
12. Isometsä E; Lönnquist, J. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry*, 1998; 177: 531-535.
13. Bobes JB. Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento. 2001.Barcelona.: Ars Médica.
14. Mosccki EK. Epidemiology of completed and attempted suicide: towards a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research* 1:310-323.
15. Gorwood P. Biological markers for suicidal behavior in alcohol dependence. *Eur. Psychiatry* 2001; 16: 410-417.
16. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatric*. 1999; 156: 181-9.
17. Gabilondo, Andrea; Alonso, Jordi; Pinto-Meza, Alejandra; Vilagu, Gemma; Fernández, Anna; Serrano-Blanco, Antoni; et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129(13):494-500.
18. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behavior. *Nat Rev. Neurosci* 2003; 4:819-28.
19. Nordentoff M. Crucial elements in suicide prevention strategies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2011 Jun 1; 35(4):848-53.
20. Luxton D. Technology- Based Suicide Prevention: Current Applications and Future Directions. *Telemedicine and e-Health*. 2011; 17(1):50-54.
21. Teraiza E, Mesa R. Factores psicosocioculturales y neurobiológicos de la conducta suicida. *Psiquiatría Com* 2009; 13 (3).