



**Universidad**  
**Zaragoza**

## TRABAJO DE FIN DE GRADO

Perfil clínico de los pacientes ingresados en la  
Unidad de Hospitalización de Adultos de  
Psiquiatría por riesgo suicida

Clinical profile of patients admitted to the  
Adult Hospitalization Unit of Psychiatry due to  
suicide risk

AUTOR

Lorena Tortosa Serrano

DIRECTOR

Dr. Ricardo Campos Ródenas

Universidad de Zaragoza / Facultad de Medicina. Junio, 2018

## ÍNDICE

0. Resumen.....	3
1. Introducción.....	4
1.1. Proyecto: “Búsqueda bibliográfica sistematizada sobre la valoración de pacientes ingresados en Planta de Psiquiatría por riesgo suicida. Perfil clínico de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) de Psiquiatría por riesgo suicida”.....	4
1.2. Situación actual de la conducta suicida.....	5
1.2.1. Definición de las conductas suicidas.....	5
1.2.2. Epidemiología y prevalencia.....	5
1.3. Valoración del riesgo suicida.....	6
1.3.1. Factores de riesgo.....	6
1.3.2. Factores protectores.....	8
1.4. Evaluación del riesgo suicida actual.....	9
1.4.1. Entrevista clínica.....	9
1.4.2. Escalas de valoración.....	10
1.4.3. Criterios de ingreso en UHA.....	11
1.4.4. Prevención .....	13
2. Objetivos.....	14
3. Material y métodos.....	15
4. Resultados.....	16
4.1.Búsqueda bibliográfica sistematizada sobre la valoración de pacientes ingresados en Planta de Psiquiatría por riesgo suicida.....	16
4.2.Perfil clínico de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) de Psiquiatría por riesgo suicida.....	18
5. Discusión.....	29
6. Conclusiones.....	30
7. Bibliografía.....	32

## **RESUMEN**

El trabajo está dividido en dos partes bien diferenciadas. En la 1º se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pub-med sobre la valoración y manejo de los pacientes ingresados en la planta de Psiquiatría con riesgo suicida. Encontramos 487 referencias bibliográficas en los últimos 5 años, de las cuales sólo seleccionamos 40 artículos que cumplen con los principales criterios de selección. Finalmente escogemos 5 referencias, que las clasificamos según el año y país de origen y las comentamos brevemente. En la parte final del primer bloque, concluimos con unas consideraciones para la valoración del riesgo suicida y su prevención. En la 2º parte del trabajo se ha realizado un estudio observacional descriptivo, con un total de 395 pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario (HCU) en el año 2017. Seleccionamos una muestra total 171 pacientes con riesgo suicida en dicho año. En base al estudio de los informes de alta de UHA, hemos recogido un conjunto básico de datos para poder crear un perfil clínico-asistencial de la muestra de los pacientes. Algunos de estos datos son: datos sociodemográficos, antecedentes personales psiquiátricos, diagnósticos principales o la problemática principal del paciente.

## **SUMMARY**

This work would be divided in two parts. In the 1st, a bibliographic search was carried out in the Pub-med database on the assessment and management of patients admitted to the psychiatric ward with suicide risk. We found 487 bibliographical references in the last 5 years, of which we only selected 40 articles that meet the main selection criteria. We finely choose 5 references, which we classify according to the year and the country of origin and we comment them briefly. In the final part of the first block, we conclude with some considerations for the assessment of suicide risk and its prevention. In the 2nd part of the work, a descriptive observational study was conducted, with a total of 395 patients admitted to the Adult Hospitalization Unit (UHA) of Psychiatry of the University Clinical Hospital (HCU) in 2017. We selected a sample Total 171 patients with suicide risk in that year. Based on the study of the UHA discharge reports, we have collected a basic set of data to be able to create a clinical-care profile of the sample of patients. Some of these data are: sociodemographic data, personal psychiatric history, main diagnoses or the main problem of the patient.

**Key words:** Systematic literature search; Suicidal risk assessment; Suicidal attempters; Emergency Departments; Income psychiatry

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Proyecto: “Búsqueda bibliográfica sistematizada sobre la valoración de pacientes ingresados en Psiquiatría por riesgo suicida. Perfil clínico de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría por riesgo suicida”**

Desde el inicio de la década pasada se viene reclamando la necesidad de la prevención de las conductas suicidas en los diferentes niveles de atención del sistema sanitario. Una de las primeras preguntas que nos cuestionamos fue decidir si era necesario prevenir el suicido o si, por el contrario, éste forma parte de los derechos civiles individuales de toda persona.<sup>(1)</sup>

El suicidio constituye uno de los problemas más importantes de Salud Pública a nivel mundial. Según el informe de 2009 de la OMS, en el año 2000 se registraron cerca de 1 millón de suicidios consumados en el mundo, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por cada 100.000 habitantes y una muerte por suicidio aproximadamente cada 40 s. El suicidio está entre las tres causas de muerte más importantes entre los 15 y 44 años para ambos sexos. En los últimos 45 años, las tasas de suicidio se han incrementado un 60%.<sup>(2)</sup> Estas alarmantes cifras hicieron que el European Pact for Mental Health and Well-being incluyera la prevención de la conducta suicida dentro de las cinco áreas de actuación prioritaria.<sup>(3)</sup>

En la actualidad no hay ninguna estrategia generalizada de detección del riesgo suicida, considerándose el juicio clínico el gold estándar. Sin embargo, las investigaciones recientes sugieren que la combinación de distintas escalas con los diferentes factores que aumentan el riesgo de suicidio podría ser eficaz en la valoración del riesgo suicida.<sup>(4)</sup>

Los pacientes con conductas suicidas suelen requerir de los Servicios de Urgencias en los meses previos al intento. Es aquí, donde es importante una correcta valoración por parte de los profesionales de la salud para conseguir disminuir el paso al acto. Lamentablemente la falta de un protocolo preestablecido hace que haya una gran variabilidad de actuación según el servicio, en cuanto a la detección y la evaluación clínica de los pacientes.<sup>(5)</sup>

La principal motivación de este trabajo surge como consecuencia del alarmante aumento de las tasas de suicidio, representando los pacientes suicidas o los que tienen un grado elevado de suicidabilidad, un número significativo de las visitas a los Servicios de Urgencias. Debido a la alta prevalencia e impacto social que conllevan las consecuencias del suicidio, consideramos prioritario una detección y prevención eficaz de la conducta suicida desde dichos servicios hospitalarios.

## **1.2. Situación actual de la conducta suicida**

### **1.2.1. Definición de las conductas suicidas**

No existe una definición universalmente aceptada del suicidio, citamos a continuación una serie de conceptos claves en relación a la suicidología:<sup>(6)</sup>

Ideación de muerte pasiva: cuando un sujeto piensa en la muerte de manera poco estructurada. Es diferente a las fobias de impulsión, donde no hay deseo real de muerte.

Ideación suicida o ideación de muerte activa: cuando un sujeto, de manera persistente piensa, planea o desea cometer un suicidio.

Parasuicidio o gesto suicida: cuando un sujeto realiza un acto no letal, de alto contenido emocional, en el que de manera deliberada se autolesiona o ingiere una sustancia hasta la intoxicación.

Suicidio consumado: acto voluntario, autoinflingido y peligroso para la vida con resultado mortal.

El suicidio se percibe como el resultado mortal de un proceso de larga duración marcado por una serie de factores interactivos culturales, sociales, situacionales, psicológicos y biológicos.<sup>(7)</sup>

### **1.2.2. Epidemiología y prevalencia**

Cada año, más de un millón de personas se suicidan, lo que representa un 1-2% de mortalidad global. El suicidio constituye la principal causa de muerte prematura, especialmente entre los adultos jóvenes. Es la quinta causa de pérdida de años de vida en el mundo desarrollado. En muchos países occidentales el suicidio es una causa de muerte más frecuente que los accidentes de tráfico. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 800.000 personas murieron por suicidio en 2012 en todo el mundo: cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo y cada 2 segundos otra lo intenta.

Casi universalmente, el índice de suicidio de los ancianos ha sido más elevado que entre la población de grupos de edad más joven. Junto a esto, en muchos países occidentales la tasa de suicidio de personas de 65 o más años ha ido disminuyendo durante décadas. Este cambio está asociado con el aumento del bienestar general y la mejora de los servicios sanitarios y sociales. Tradicionalmente, la incidencia de suicidio ha sido baja en los más jóvenes, pero durante los últimos 30 años la tasa de suicidio ha ido aumentando en muchos países occidentales, especialmente en varones jóvenes. La incidencia de suicidio de los adultos jóvenes varones está situada en la actualidad casi en el mismo nivel que el de los varones de mediana edad. Se ha sugerido el abuso de alcohol como un posible factor causal.<sup>(8)</sup>

Según el European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) documenta que cada año un 9,2% pensará en suicidarse a lo largo de su vida, 3,1% lo planificará y un 2,7% lo intentara.<sup>(9)</sup>

Según los últimos datos oficiales presentados en 2012 por el Instituto Nacional de Estadística, en España el suicidio es la primera causa de muerte no natural, habiendo superado incluso los accidentes de tráfico, 12 veces más que los homicidios y 68 veces más que las víctimas por violencia de género. Si tenemos en cuenta las tentativas de suicidio, estas cifras podrían ser hasta 10-20 veces superiores en relación a las cifras de suicidios consumados.<sup>(10)</sup>

### **1.3. Valoración del riesgo suicida**

La evaluación del riesgo de suicidio y su predicción es una de las tareas más complejas y difíciles en la práctica clínica. El objetivo último de esta evaluación es la predicción de los posibles grupos o subgrupos de riesgo, con el fin de identificarlos e intervenir lo más rápidamente posible.<sup>(11)</sup>

Para poder determinar el riesgo de suicidio actual es importante conocer los factores predictores del mismo, así como realizar una adecuada evaluación psiquiátrica. El nivel de riesgo de suicidio es directamente proporcional al número de factores de riesgo presentes.

#### **1.3.1. Factores de riesgo y predictores:**

Los factores de riesgo han sido clásicamente divididos en dos grupos. Por un lado, tendríamos aquellos potencialmente modificables, como pueden ser trastornos psiquiátricos, acontecimientos vitales estresantes, etc. Considerados también agudos o precipitantes, y es precisamente sobre éstos en los que podríamos actuar. Por otro lado, tendríamos los denominados factores predisponentes o inmodificables como los antecedentes familiares, la edad o el sexo, que aunque pueden variar con el tiempo, no se puede actuar sobre ellos.

En la tabla 1 y 2 hemos seleccionado los factores de riesgo más importantes:

Tabla 1. Factores de riesgo suicida inmodificables

<b>Sexo</b>	<b>Hombres: mayores tasas de suicidio consumado</b> <b>Mujeres: mayores tasas de intento de suicidio</b>
<b>Edad</b>	<b>Adolescentes y jóvenes</b> <b>Mayores de 65 años</b>
<b>Factores psicosociales</b>	<b>Acontecimiento vital estresante</b> <b>Falta de una red de apoyo familiar y/o social</b> <b>Ausencia de razones para vivir</b> <b>Historia de abusos en la infancia</b> <b>Presencia de violencia doméstica</b>
<b>Situación económica y laboral</b>	<b>Desempleo, inestabilidad y conflictos laborales</b> <b>Clase baja mayor riesgo</b>
<b>Antecedentes familiares</b>	<b>Antecedentes familiares de suicidio</b> <b>Antecedentes familiares de otras enfermedades psiquiátricas</b>

**Antecedentes personales**

(Fuente: elaboración propia)

**Tentativa suicida previa**

Tabla 2. Factores de riesgo modificables

<b>Enfermedades psiquiatricas</b>	<b>Trastornos afectivos: depresión, bipolar Trastornos por abuso de sustancias: alcohol y mixto Trastorno de personalidad (estado límite de funcionamiento) Trastornos psicóticos: esquizofrenia paranoide</b>
<b>Enfermedades médicas</b>	<b>Enfermedad crónica, terminal</b>

(Fuente: elaboración propia)

La existencia de **amenazas o intentos de suicidio previos** es el factor de riesgo suicida más importante. Los pacientes con antecedentes de tentativas previas tienen un riesgo cinco veces superior al de la población normal de realizar tentativas de suicidio. Se considera que el periodo de mayor riesgo se produce durante los meses posteriores al intento y el riesgo va reduciéndose de forma paulatina en los años sucesivos.

Los pacientes con patología psiquiátrica son un grupo especialmente vulnerable para presentar conductas suicidas. Cerca del 90% de los pacientes que realizan un intento de suicidio o llevan a cabo un suicidio consumado podrían tener un diagnóstico de trastorno mental, siendo los más frecuentes los trastornos del ánimo (sobre todo depresión), las conductas adictivas mixtas, la esquizofrenia paranoide, y los trastornos de personalidad (estado límite de funcionamiento)

La depresión es el diagnóstico más frecuente en la mayor parte de suicidios consumados. El suicidio suele tener lugar en las primeras fases del tratamiento, siendo los meses posteriores al alta hospitalaria y el inicio de la mejoría sintomática con el tratamiento psicofarmacológico las situaciones de mayor peligro.<sup>(2)</sup> El modelo de Joiner propone la relación de la depresión con el deseo de morir, pero no necesariamente con la intención de terminar con la propia vida. (Smith & Cukrowicz, 2010) Por tanto, preguntas sobre síntomas depresivos parecen ser solo susceptibles de detectar ideación suicida pasiva. Sin embargo, en la entrevista clínica la depresión se detecta más fácilmente, y puede ser de gran ayuda indagar sobre ésta, para una mejor valoración del riesgo suicida.<sup>(11)</sup>

En pacientes con trastorno bipolar, los intentos de suicidio son generalmente más impredecibles y más graves.

El abuso de alcohol se relaciona frecuentemente con un incremento del riesgo de suicidio a largo plazo. El riesgo suicida se incrementa cuando, a la desinhibición conductual atribuible al alcohol, se suman situaciones vitales estresantes, pérdidas o conflictos interpersonales.<sup>(2)</sup> Uno de los estudios revisados puso de manifiesto que hasta un 67% de las personas habían ingerido alcohol inmediatamente antes de suicidarse. Por tanto, aunque no todo paciente alcohólico que acude al servicio de urgencias tiene riesgo de suicidio, es importante incluir este dato en su historia clínica, debida su alta asociación.

Los trastornos psicóticos, en especial la esquizofrenia, se asocian con un mayor riesgo de conducta suicida. La tasa de suicidios consumados en la esquizofrenia se calcula en torno al 10-15%, unas 10 veces mayor que en la población general. Se ha observado que hay una asociación entre las alucinaciones auditivas de tipo imperativo y los intentos previos de suicidio. En uno de los artículos revisados se llevó a cabo un estudio cuyo objetivo era determinar la relación entre las alucinaciones y pseudoalucinaciones auditivas y la gravedad de la ideación suicida. Los resultados obtenidos mostraron que la intensidad de la ideación suicida era mayor en aquellos pacientes con pseudoalucinaciones, propias de la esquizofrenia, en comparación con los que presentaban alucinaciones verdaderas y los sujetos que no presentaban ningún tipo de sintomatología psicótica.<sup>(12)</sup>

Los trastornos de la personalidad. Pese a las dificultades diagnósticas que implica la identificación de este grupo de pacientes, se calcula que el riesgo de suicidio, es siete veces mayor que en la población general, en especial en los trastornos de la personalidad límite (TPL) y antisocial.

Los síntomas psiquiátricos. Entre los síntomas psiquiátricos que pueden facilitar la aparición del comportamiento suicida destacan: la desesperanza, la impulsividad y la agresividad.

Los antecedentes familiares. Algunos autores afirman que cerca del 10% de los individuos que realizan intentos suicidas presentan una historia familiar de suicidio, y se ha llegado a calcular que los individuos con antecedentes familiares de suicidio tienen un riesgo entre cuatro y cinco veces mayor que la población general de llevar a cabo este tipo de conductas. Tenemos que considerar no sólo los factores genéticos, sino también los ambientales que los miembros de una familiar puedan compartir.

La ausencia de estos factores no significa que no exista riesgo suicida, y la presencia de uno o más nos permite clasificar a los pacientes en alto, medio o bajo riesgo.<sup>(2)</sup>

### **1.3.2. Factores protectores**

La mayoría de factores protectores de la conducta suicida son de tipo psicosocial, y entre ellos destacan: la presencia de niños en domicilio (salvo en los casos de psicosis postparto); embarazo; religiosidad; satisfacción con la vida; presencia de una buena red de apoyo social y mantenimiento de una relación terapéutica satisfactoria.

Es importante tener en cuenta todos estos factores para realizar una adecuada valoración del paciente y disminuir el riesgo de suicidios posteriores.<sup>(2)</sup>

## **1.4. Evaluación del riesgo suicida actual**

La evaluación del riesgo de suicidio es una tarea difícil y compleja a la que se puede enfrentar cualquier médico en la práctica clínica. El objetivo principal debe ser identificar a esos pacientes con ideación autolítica, valorar si hay intención de paso al acto determinando hasta qué punto pueden ser letales.

Varios instrumentos psicométricos han sido diseñados con la intención de ayudar al personal médico para evaluar el riesgo suicida o para valorar la gravedad del intento (escalas de evaluación). Pese a su utilidad, se considera que el instrumento más importante continúa siendo la valoración clínica.

### **1.4.1. Entrevista clínica**

La entrevista clínica es el principal instrumento en la valoración del riesgo suicida. El primer contacto con el paciente suicida debe realizarse en un ambiente tranquilo, evitando interrupciones y adoptando una actitud de escucha activa y comprensión. El paciente suicida expresa su malestar, y es posible que con un adecuado interlocutor, pueda abordar los motivos que lo han llevado a realizar el intento suicida.

El médico debe evitar la actitud moralizante, ya que esta puede empeorar los sentimientos de culpa del paciente, incluso podría potenciar su ideación suicida.<sup>(2)</sup>

Es importante realizar una evaluación psicopatológica y social que incluya:

- a. Información acerca del estado actual y pasado del paciente para identificar factores que aumentan o disminuyan riesgo para conducta suicida o tentativa. Hay diferentes guías clínicas y herramientas.
- b. Suicidabilidad: pensamientos, planes, conductas autodestructivas, etc.
- c. Antecedentes. Tentativas previas o conductas autodestructivas: mayor riesgo cuanto más grave, más frecuente y/o más reciente. Es el factor de riesgo más letal
- d. Valorar si hubo intoxicación concomitante.
- e. Explorar circunstancias y factores interpersonales. Las percepciones acerca de la tentativa: letalidad, visualización de la muerte, grado de premeditación, persistencia y reacción ante el intento.
- f. Revisar la historia de tratamientos previos psiquiátricos y médicos.
- g. Antecedentes familiares
- h. Exploración de ideación suicida. Hay cinco áreas: naturaleza de la ideación, percepción del futuro, grado de planificación, grado de preparación y capacidad para resistir la ideación.

Para realizar una correcta valoración también es conveniente entrevistar a familiares. Los datos aportados nos pueden ayudar a confirmar una impresión diagnóstica, clarificar dudas sobre lo ocurrido o desmentir informaciones dadas por el paciente.<sup>(13)</sup>

Tabla 3. Recomendaciones para la exploración de ideación suicida

<b>¿Cuándo aparecieron estas ideas por primera vez?</b>
<b>¿Hubo algo que propició su aparición?</b>
<b>¿Han sido frecuentes? ¿Hasta qué punto se ha podido controlar? ¿Ha llegado a pensar que pasaría después de haber fallecido?</b>
<b>¿Ha llegado a tener algún plan concreto?</b>
<b>¿Tiene medios a su alcance? ¿Ha tomado alguna decisión o preparación al respecto?</b>
<b>¿Qué podría mantener el deseo de seguir vivo?</b>
<b>¿Qué haría si vuelven a aparecer estos pensamientos de hacerse daño?</b>

(Fuente: adaptación de la referencia 13)

#### 1.4.2. Escalas de valoración

Las escalas se clasifican en específicas, si valoran directamente la conducta suicida o en inespecíficas, si valoran síntomas o síndromes asociados. Estas herramientas nos aportan una información más objetiva, que nos permite completar la entrevista clínica. Las principales limitaciones del uso de escalas son que: no miden factores exclusivos de la conducta suicida; y que en la conducta suicida convergen un gran número de variables.<sup>(2)</sup>

En la actualidad no hay ninguna universalmente aceptada. En 2012, Randall et al. realizaron una investigación con el fin de valorar la eficacia de las distintas escalas, y los resultados mostraron que ninguna de ellas de forma independiente poseía el valor suficiente de predecir el suicidio.

Tabla 4. Algunas de las escalas más usadas en la actualidad

<b>ESCALAS DE VALORACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA</b>	-Escala SAD PERSONS (SPS) -Escala de Tentativa Suicida de Beck (SIS) -Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS) -Impresión Clínica Global Gravedad Riesgo Suicida (CGI-SS)
<b>ESCALAS DE VALORACIÓN DE LOS ACTOS SUICIDAS</b>	-Escala de intencionalidad suicida (SIS) -Gravedad médica de la tentativa (MDS)

(Fuente: adaptación de la referencia 3)

Una vez finalizada la entrevista clínica, y después de haber evaluado los factores de riesgo, las características de la tentativa suicida, y la capacidad de autocontrol del propio paciente, el psiquiatra de guardia decidirá el tipo de intervención que requiere el paciente:

- Hospitalización del paciente, de manera voluntaria o involuntaria
- Remisión al domicilio bajo supervisión familiar y posterior seguimiento ambulatorio.<sup>(14)</sup>

Tabla 5. Errores a evitar en el abordaje del paciente con gesto suicida

<b>Si el paciente tras un gesto autolesivo pide alta voluntaria sin valoración psiquiátrica previa hay que retenerlo hasta que se excluya alto riesgo de conducta suicida</b>
<b>No mostrar empatía antes de formular preguntas directas sobre el suicidio</b>
<b>Olvidar realizar una valoración psiquiátrica, incluso en pacientes que ya han consultado previamente por tentativas</b>
<b>Realizar una valoración muy puntual y no obtener información relativa a pensamientos, planes y conductas autolesivas que permita una estimación del riesgo suicida</b>
<b>Dejar de monitorizar la estabilidad médica cuando se ha producido una tentativa</b>
<b>Despreocuparse de la seguridad del paciente</b>
<b>No asegurar la asistencia coordinada cuando se recomienda tratamiento ambulatorio</b>
<b>No intentar contactar con las personas allegadas al paciente o con aquellas que le trajeron a urgencias</b>
<b>No tomarse en serio todo intento de suicidio.</b>
<b>Pensar que “el que dice que se suicida no lo dice previamente”</b>

(Fuente: adaptación de la referencia 13)

#### 1.4.3. Criterios de ingreso en UHA

- Pacientes mayores de 17 años que tras exploración se confirme un alto grado de suicidabilidad ya que conlleva peligrosidad con o sin inminencia:
  - Hay ideación consistente en:
    - Pensamientos suicidas frecuentes/persistentes/intensos
    - Imposibilidad de generar pensamientos positivos hacia el futuro
    - No se puede distraer de esos pensamientos, difícilmente se general o no caben otros
    - Tiene mucha potencia de paso al acto
  - Percepción del futuro:
    - La vida es una lucha o es imposible
    - Es muy difícil o imposible contemplar un futuro
    - No ven una solución o el suicidio es la única salida
    - Muy poca o ninguna esperanza
    - Presión de sufrimiento (dolor psíquico) casi o totalmente intolerable
  - Grado de planificación:
    - Hay planificación de un método del que son conscientes, está completamente elaborado, muy probablemente letal, pueden tener una fecha y un sitio
  - Grado de preparación:
    - Están buscando activamente el método o ya lo tienen
    - Están realizando o han realizado gestiones para poner sus asuntos vitales en orden
    - Se toman precauciones para no ser rescatado
  - Capacidad para resistir:

- Capacidad abolida o muy cuestionable
- Factores clínicos y sociodemográficos asociados a esta suicidabilidad que conllevan alto riesgo:
  - Trastorno mental, especialmente cuando conllevan recurrencias frecuentes, e ingresos en UHA.
  - Tentativa previa, especialmente si reciente y de alto riesgo. Tras la tentativa se lamenta seguir viviendo.
  - Enfermedad física que conlleve dolor crónico, incapacidad funcional o incurabilidad.
  - Historia familiar de suicidio
  - Trastorno de Personalidad con alta impulsividad, agresividad o inestabilidad.
  - Trastorno consumo de sustancias, especialmente si precipitado por acontecimiento vital reciente.
  - Factores sociodemográficos asociados a un mayor riesgo (demográficos, acontecimientos vitales, adversidad social, acceso a webs promotoras de suicidio, acceso a medios letales)
- Señales de alerta roja en el examen mental (además de pensamientos suicidas):
  - Desesperanza y pensamientos depresivos
  - Signos psicóticos
- Estabilidad médica suficiente.

Una vez hospitalizado en unidad psiquiátrica, se realizará un estricto control de las conductas del paciente y se evitará el acceso de este a cualquier medio potencialmente autolesivo.

En UHA deben existir unas medidas de seguridad en el propio diseño arquitectónico así como en las normas de funcionamiento en donde se eliminen objetos o situaciones que entrañen peligro de autoagresión. Estas medidas de seguridad requieren de revisión periódica.

Protocolo de niveles de observación:

Alerta (estatus rojo): observación directa del paciente en todo momento

Precaución: riesgo moderado. Comprobaciones cada 15-30 minutos.

Toma de conciencia del riesgo: hay riesgo que se tiene en cuenta por el personal en relación con el paciente y se tiene en cuenta cuando hay intensificación de la clínica psiquiátrica. <sup>(13)</sup>

#### **1.4.4. Prevención**

En el apartado final del primer bloque, vamos a abordar la prevención de las conductas suicidas. Debido a la importancia de las repercusiones de las conductas suicidas, instituciones como la OMS o el Public Health Service estadounidense llevan años evaluando y poniendo en marcha distintos programas sanitarios orientados al tratamiento de este problema.

Las estrategias de prevención suicida establecidas en programas nacionales han sido propuestas y puestas en marcha a pesar de no existir un verdadero conocimiento sobre su efectividad. De manera general, se han comenzado a revelar como las intervenciones más prometedoras aquellas que se centran en la mayor formación entre médicos.

Los cinco principales puntos de actuación en la prevención incluyen: a) mayor concienciación pública y profesional sobre el suicidio; b) métodos de cribado entre las personas de elevado riesgo suicida; c) tratamiento de los trastornos psiquiátricos, y d) restricción del acceso a métodos y armas letales.

La educación de los médicos en torno al suicidio, ha demostrado que mejora significativamente la identificación de pacientes psiquiátricos y depresivos principalmente, reduciéndose el número de suicidios y tentativas suicidas.<sup>(2)</sup>

Factores en la prevención de suicidio en la UHA:

- Relacionados con el paciente. Documentar la valoración es fundamental pero no hay que confiar sólo en los protocolos. No quedarse sólo con la información que aporta el paciente, buscar corroboraciones de fuentes externas. Valorar la intencionalidad y suicidabilidad con frecuencia.
- Relacionados con la valoración de riesgos. Valorar letalidad, conocimiento de la letalidad y nivel de rescabilidad. No confiar demasiado en factores protectores para prevenir suicidio. Plantear la seguridad con prioridad sobre otros factores que puedan interferir. Mejorar las medidas de seguridad en el medio, comunicación con otros profesionales, razonamiento clínico así como de las decisiones que se toman y niveles de reducción de riesgo y planes de contingencia.
- Relacionados con tiempos críticos. Decisión de ingreso en la unidad. Planificación de alta, continuidad de cuidados, vinculación terapéutica. Importante realizar el informe de alta el profesional de Salud Mental que le va a seguir atendiendo con la cita correspondiente así como el equipo de atención primaria.<sup>(13)</sup>

## **2. OBJETIVOS**

### **Principal**

En primer lugar, realizar una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed, seleccionar las referencias que nos parezcan más interesantes y describirlas brevemente.

En segundo lugar, realizar un perfil clínico asistencial de aquellos pacientes que habían sido ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) con riesgo suicida en el año 2017.

### **Secundarios**

En este trabajo pretendemos conocer la situación actual de los pacientes con riesgo suicida, revisando la evidencia disponible en la literatura acerca de la epidemiología, los factores de riesgo y protectores, las distintas estrategias aplicadas actualmente en la detección y prevención del riesgo.

El suicidio supone un enorme impacto no sólo sobre el entorno del paciente, sino que también repercute sobre la sociedad en la que tiene lugar. Queremos destacar los aspectos más importantes en la valoración del riesgo suicida de los pacientes que llegan a los Servicios de Urgencias, y los criterios que se deben cumplir para ser ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos.

Por último, sensibilizar al personal médico del impacto real de este problema y de la necesidad de introducir en la práctica clínica, medidas de actuación y prevención del riesgo de suicidio.

### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

El trabajo está dividido en dos partes. La primera se trata de una búsqueda bibliográfica sistematizada de artículos hallados en bases de datos científicas acerca del tema: “la valoración y manejo de los pacientes ingresados en la planta de Psiquiatría con riesgo suicida”.

La estrategia de búsqueda inicial para conocer la situación bibliográfica actual sobre este tema se hizo utilizando la base de datos Pubmed utilizando como palabras clave: “suicidal, risk, assessment” con variación de las palabras “suicidal ideation, suicidal attempt, risk assessment, prevention, emergency departments”.

En una primera búsqueda utilizamos las siguientes palabras: “((suicidal risk) AND (assessment) AND (emergency))” obteniendo 487 resultados. Con la aplicación de los siguientes filtros: texto completo disponible, límite de 5 años, disponible en inglés y castellano, y adultos mayores de 19 años, se redujeron a 40.

En una búsqueda más avanzada y aplicando los términos MeSH: “((“Suicidal Ideation”[Mesh]) AND (“Risk Assessment”[Mesh]) AND (“Emergency Service, Hospital”[Mesh]))”, obtuvimos un resultado de 11 artículos, utilizando los mismos filtros que en la primera búsqueda: texto completo disponible en inglés y castellano, límite de 5 años y adultos mayores de 19 años.

Los artículos que nos han parecido más interesantes y que se ajustaban más a nuestros criterios de búsqueda han sido seleccionados y descritos brevemente.

La segunda parte del trabajo tiene como título: “Perfil clínico de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría por riesgo suicida”. En esta hemos realizado un estudio observacional descriptivo retrospectivo, en el que seleccionamos una muestra de pacientes del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, ingresados en Unidad de Psiquiatría de Adultos en el año 2017, y que presentan un riesgo suicida elevado. Para diseñar el perfil clínico asistencial de estos pacientes, revisamos los 395 informes de alta de dicho año, y seleccionamos 171 pacientes que presentan un alto grado de suicidabilidad. Las variables que elegimos son: datos sociodemográficos (sexo, edad, ocupación, estado civil, país de origen); la problemática principal (familiar, psicosocial, conyugal, relacional, laboral, económico); los antecedentes psiquiátricos (intentos de suicidio previos, conocidos o no en UHA, seguimiento psiquiátrico); si se trata de una ideación autolítica con alto riesgo o si se ha realizado el paso al acto, cuales son las características del medio usado (intoxicación medicamentosa, daño físico, precipitación y otros); la media del número de días de estancia de los pacientes; carácter voluntario o involuntario del ingreso; el diagnóstico principal y el número de ingresos secundarios; la procedencia y el destino de los pacientes una vez son dados de alta; y por último, el grado de suicidabilidad. Para la recogida de estas variables hemos utilizado el programa *Microsoft Office Excel 2007*, que es un programa básico y sencillo, con hemos podido agrupar los datos en tablas, y realizar así una clasificación de las variables. Finalmente hemos recogido los resultados de las variables en tablas, en el apartado “*Perfil clínico de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría por riesgo suicida*”

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Búsqueda bibliográfica sistematizada sobre la valoración de pacientes ingresados en Planta de Psiquiatría por riesgo suicida

En la primera búsqueda obtenemos un total de 487 resultados, después de aplicar los filtros citados en el apartado “3. Material y Métodos” los artículos se reducen a 40.

En la segunda búsqueda más sistemática y después de aplicar los filtros comentados, nuestra búsqueda se reduce a 11 referencias. De este total, seleccionamos 5 que pensamos que son los que más se ajustan a nuestros criterios de selección.

#### Artículos 5 estrellas:

Knowledge, attitudes, and practices of emergency department providers in the care of suicidal patients.

Año 2013. País: Estados Unidos. Revista Depress Anxiety. Estudio descriptivo.

Objetivos: Examinaron los conocimientos, las actitudes y las prácticas del personal del servicio de emergencias con respecto a la atención del paciente suicida. Identificaron las características asociadas para la detección de ideación suicida.

Métodos: 631 profesionales de la salud en 8 Servicios de Urgencias completaron una encuesta voluntaria y anónima (tasa de respuesta del 79%).

Resultados: Las encuestas revelaron que los sanitarios presentaban una confianza en detectar la ideación suicida entre un 81-91%. Los esfuerzos para promover una mejor identificación de los pacientes con tendencias suicidas deben acompañarse de un esfuerzo acorde para mejorar la evaluación del riesgo y las habilidades de manejo, junto con un mejor acceso a los especialistas en salud mental.

Evaluating current patterns of assessment for self harm in emergency departments: a multicenter study.

Año 2013. País: Estados Unidos. Revista Acad Emerg Med. Estudio prospectivo de cohortes.

Objetivos: describir las prácticas de evaluación de autolesión en los servicios de emergencias de los EE. UU.

Métodos: Para identificar las características predictivas del paciente, se crearon modelos lineales generalizados multivariables como el momento de la presentación, la edad, el sexo, la raza y el grupo étnico.

Resultados: valoración del riesgo suicida: gran variabilidad según el servicio y mayor porcentaje de evaluación en aquellos hospitales con protocolos específicos.

Risk stratification using data from electronic medical records better predicts suicide risks than clinician assessments.

Año 2014. País: Australia. Revista BMC Psychiatry. Estudio retrospectivo.

Objetivos: Hasta la fecha, nuestra capacidad para identificar con precisión a los pacientes con alto riesgo de comportamiento suicida y, por lo tanto, para dirigir las intervenciones, ha sido bastante limitada. Este estudio examinó una gran cantidad de factores que están potencialmente asociados con el riesgo de suicidio de la historia clínica electrónica y derivar un modelo predictivo de riesgo de 1 a 6 meses.

Métodos: 7.399 pacientes fueron sometidos a evaluación de riesgo de suicidio y seguidos durante 180 días. Los médicos utilizaron una lista de verificación de 18 puntos con factores de riesgo conocidos para dividir a los pacientes en bajo, medio o alto riesgo.

Resultados: 66,8% acudieron al servicio de urgencias en el año previo. Modelo EMR (electronic medical records) tienen mayor capacidad predictiva en la estratificación del riesgo suicida.

Validation of the Chinese SAD PERSONS Scale to predict repeated self-harm in emergency attendees in Taiwan.

Año 2014. País: Taiwan. Revista BMC Psychiatry. Estudio de casos y controles

Objetivos: examinar la validez y utilidad de la escala SAD PERSONSS

Métodos: se asignaron a casos, aquellos seleccionados desde el servicio de urgencias por tentativa de suicidio, y controles, aquellos pacientes del mismo hospital pero sin antecedentes de gesto suicida.

Resultados: correlación significativa con otras escalas de valoración. Sensibilidad de 65,4% y especificidad de 58,1%

Assessment of Suicidal Behavior in a Psychiatric Emergency Room in Lisbon

Año 2015. País: Portugal. Revista Acta Med Port. Estudio prospectivo.

Objetivos: algunos estudios alertaron sobre la carga de los intentos suicidas en las salas de emergencia. En este estudio, caracterizamos a los pacientes suicidas ingresados en una sala de emergencia portuguesa.

Métodos: durante tres años, se incluyeron todos los pacientes evaluados en emergencias después del comportamiento suicida. La intencionalidad suicida se evaluó con la Escala de intención de suicidio de Pierce.

Resultados: la escala de intención de suicidio de Pierce es útil en la evaluación del comportamiento suicida en salas de emergencia. El comportamiento suicida altamente

intencional está relacionado con el sexo masculino, los problemas sociales y la historia psiquiátrica personal y familiar.

#### **4.2. Perfil clínico de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) de Psiquiatría por riesgo suicida**

En este apartado hemos clasificado a los 397 pacientes que fueron ingresados en el año 2017 en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, según su potencial riesgo suicida. Después de una revisión de los informes clínicos de alta, hemos obtenido una muestra de 171 pacientes que han realizado una tentativa de suicidio o bien, presentan una ideación autolítica clara y planificada.

##### **Datos epidemiológicos/sociodemográficos**

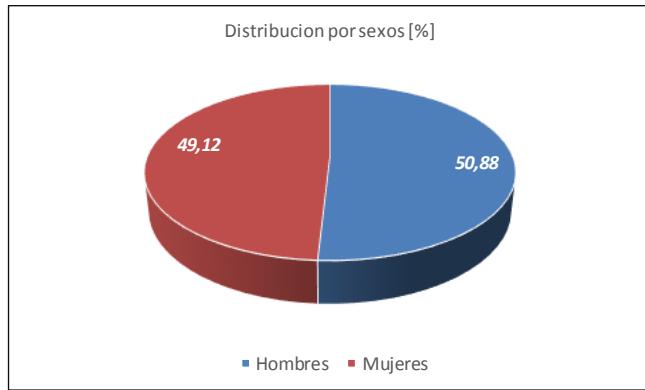
Tabla 6. Distribución de los pacientes con riesgo suicida según el mes.

MES	TOTAL	PORCENTAJE
Enero	14	8.19%
Febrero	14	8.19%
Marzo	16	9.36%
Abril	17	9.94%
Mayo	18	10.53%
Junio	19	11.11%
Julio	11	6.43%
Agosto	14	8.19%
Septiembre	11	6.43%
Octubre	9	5.26%
Noviembre	13	7.60%
Diciembre	15	8.77%

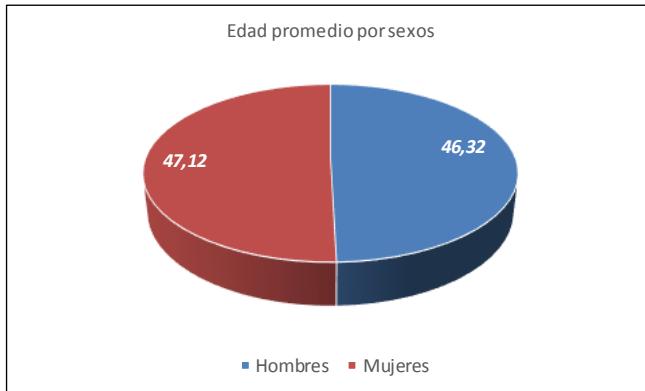
En la tabla 6, observamos que los porcentajes más altos de riesgo suicida se encuentran en los seis primeros meses, alcanzando su máximo en junio con un 11,11% (n=19). A partir de julio encontramos cifras más bajas, siendo octubre el mes de mínima incidencia con un 5,26% (n=9).

##### **Resultados según sexo, edad y nacionalidad**

La distribución de los pacientes con riesgo suicida según el sexo fue superior en varones con un 50.9% respecto a un 49.1% de mujeres.



El promedio de edad de los pacientes ingresados es de 47 años siendo, siendo el promedio por sexos muy similar:



Los resultados obtenidos en relación a la nacionalidad de los pacientes ingresados en UHA fueron muy superiores en españoles con un 88.3%, frente a un 11.7% de extranjeros.

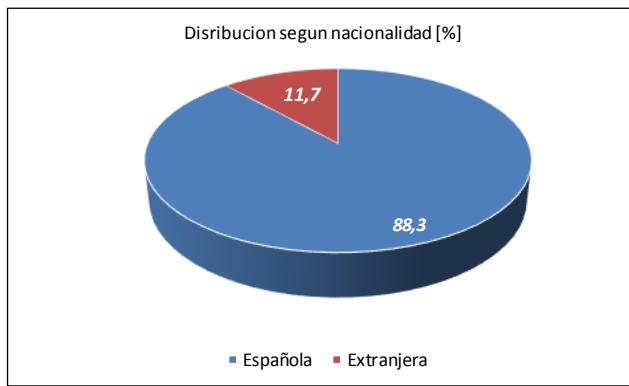


Tabla 7. Distribución de los pacientes según el estado civil

ESTADO CIVIL	TOTAL	PORCENTAJE
Casado o en pareja	64	37.4%
Soltero	58	33.9%
Separado o divorciado	42	24.6%
Viudo	7	4.1%

En la tabla 7, según los resultados obtenidos, podemos observar que hay mayor riesgo de suicidio en los pacientes casados o con pareja con un 37.4% (n=64). En un segundo lugar, se encuentran los solteros con un 33.9% (n=58). Le siguen los pacientes separados/divorciados y viudos, con un 24.6% (n=42) y un 4.1% (n=7), respectivamente.

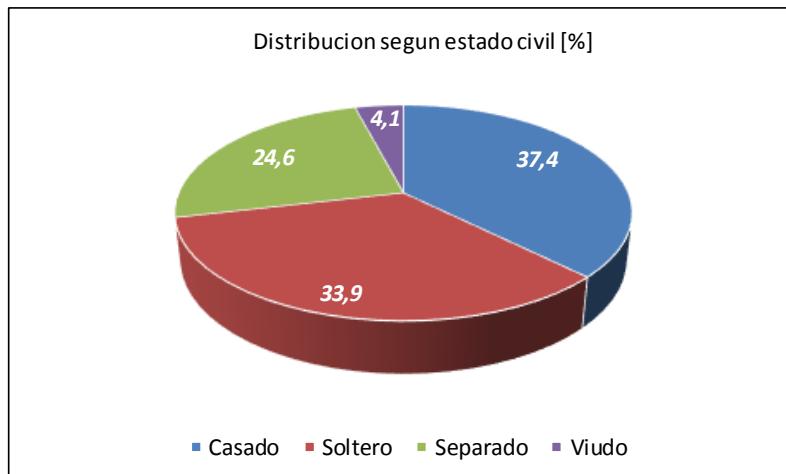


Tabla 8. Distribución de los pacientes según la convivencia

CONVIVENCIA	TOTAL	PORCENTAJE
Acompañado	130	76.0%
Solo	31	18.1%
Residencia	5	2.9%
Centro de menores	3	1.8%
Calle (transeúnte)	2	1.2%

En la tabla 8, se observa que hay mayor riesgo de suicidio en los pacientes que viven acompañados con un 76% (n=130), con respecto a los pacientes que viven solos con un 18.1% (n=31). Le siguen los pacientes que viven en residencia (2.9%), centro de menores (1.8%) y en la calle (1.2%)

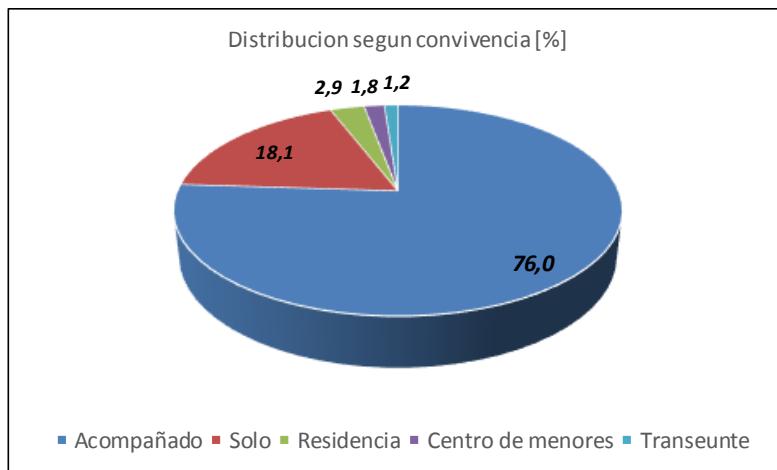
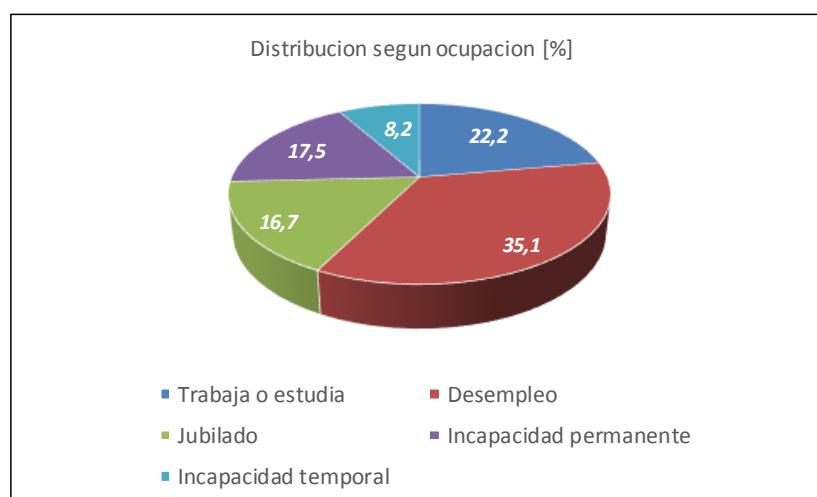


Tabla 9. Distribución de los pacientes según la ocupación

OCUPACIÓN	TOTAL	PORCENTAJE
Trabaja o estudia	38	22.2%
Desempleo	60	35.1%
Jubilado	29	16.7%
Incapacidad laboral permanente	30	17.5%
Incapacidad laboral temporal	14	8.2%

En la tabla 9, tenemos los resultados según la ocupación del paciente. Destacan en primer lugar, los pacientes en situación de desempleo con un porcentaje de 35.1%. En segundo lugar se encuentran los que trabajan o estudian con un 22.2%. Le siguen los que se encuentran en situación de incapacidad laboral permanente, con un 17.5% y los jubilados, con un 16.7%. Los pacientes que se encuentran en situación de incapacidad laboral temporal ocupan la menor representación del grupo, con un 8.2%



## **Antecedentes personales psiquiátricos**

En este apartado hemos recogido los antecedentes personales psiquiátricos a partir del estudio de los informes de alta, y hemos seleccionado 3 variables: si son conocidos o no en la Unidad de Adultos del Hospital Clínico (UHA), si han presentado tentativas previas de suicidio y si están en seguimiento psiquiátrico actual.

Tabla 10. Pacientes conocidos en UHA

	SI	NO
Conocidos	42.7% (n=73)	57.3% (n=98)

Tabla 11. Tentativa previa

	SI	NO
Intentos de suicidio previos	47.4% (n=81)	52.6% (n=90)

Tabla 12. Seguimiento psiquiátrico.

	SI	NO	PUNTUAL
Seguimiento psiquiátrico	68.4% (n=117)	17.5% (n=30)	14.0% (n=24)

En la tabla 10, 11 y 12 observamos que un 57.3% de pacientes no eran conocidos en UHA, un 57.6% no presentaban tentativa de suicidio previa, y un 68.4% estaban en seguimiento psiquiátrico en el momento del ingreso.

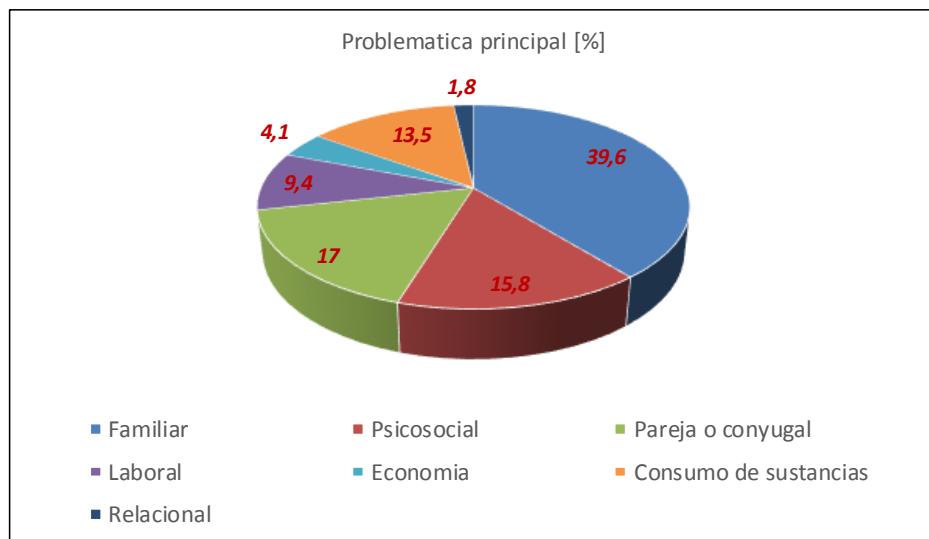
## **Problemática principal de la muestra de pacientes**

Tabla 13. Descriptivo de la problemática principal.

	TOTAL (n)	PORCENTAJE
Familiar	66	38.6%
Psicosocial	27	15.8%
Pareja o conyugal	29	17%
Laboral	16	9.4%
Económica	7	4.1%
Consumo de sustancias	23	13.5%
Relacional	3	1.8%

De la tabla 13 podemos deducir que la problemática principal de la muestra de los pacientes es familiar con un 38,6%. Seguida por problemática de pareja o conyugal, psicosocial y por

consumo de sustancias, con un 17%, 15.8% y 13.5% respectivamente. Y por último en orden decreciente, la problemática laboral (9.4%), económica (4.1%) y relacional (1.8%)



#### **Características principales de la tentativa de suicidio**

Tabla 14. Distribución según los medios usados en la tentativa de suicidio

	TOTAL (n)	PORCENTAJE
Ahorcamiento	4	2,3%
Daño físico	17	9,9%
Ideación autolítica	90	52,6%
Intoxicación medicamentosa	49	28,7%
Precipitación	5	2,9%
Otros	6	3,5%

En este trabajo estudiamos los pacientes con riesgo suicida, por tanto incluimos a los pacientes con ideación autolítica activa, aunque no hayan realizado el paso al acto. Este grupo de pacientes es el que obtiene mayor porcentaje de ingresos en UHA (55.6%). De los pacientes que si llevan a cabo el gesto suicida, destaca como método más usado, la intoxicación medicamentosa (28.7%), sobre todo con la ingesta de benzodiacepinas mezcladas con alcohol. Le sigue el daño físico con un 9.9%, sobre todo con los cortes en antebrazos y muñecas. Los métodos de precipitación y ahorcamiento tienen un porcentaje de 2.9% y 2.3% respectivamente. Un 3.5% de pacientes usaron otros medios, como la inhalación de CO<sub>2</sub>.

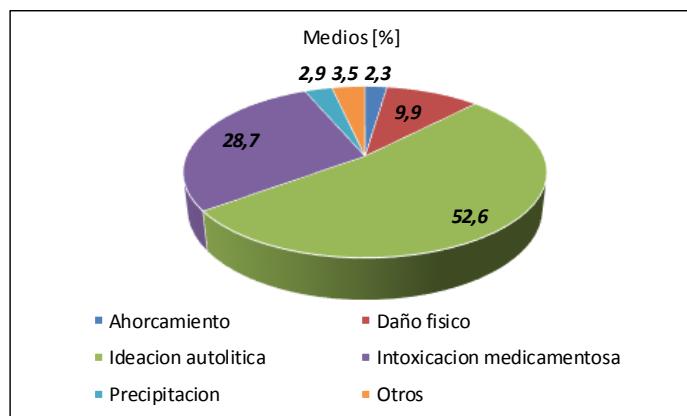
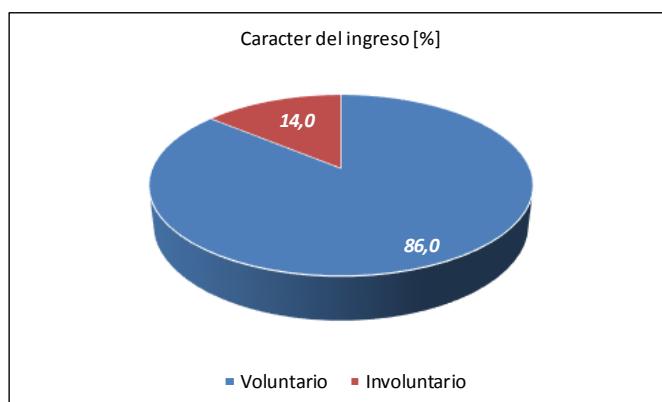


Tabla 15. Carácter del ingreso.

	TOTAL (n)	PORCENTAJE
Voluntario	147	86,0%
Involuntario	24	14,0%

La mayoría de los ingresos en UHA fueron de carácter voluntario (86%)



**Media del nº de días:** El promedio de días es de 17

#### Diagnósticos de los pacientes ingresados en UHA

Tabla 16. Descriptivo de los diagnósticos principales

DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES	TOTAL	PORCENTAJE
Trastorno de personalidad	24	14,0%
Depresión	39	22,8%
Trastorno adaptativo	19	11,1%
Trastorno bipolar	12	7,0%
Otros trastornos psicóticos	8	4,7%
Reacción vivencial anómala	10	5,8%

Trastorno esquizoafectivo	8	4,7%
Esquizofrenia paranoide	9	5,3%
Trastorno mixto ansioso-depresivo	4	2,3%
Distimia	5	2,9%
Anorexia	2	1,2%
Trastorno por consumo de sustancias	12	7,0%
Otros	19	11,1%

Entre los diagnósticos principales los más frecuentes son los Trastornos del estado de ánimo como la Depresión grave (22.8%), la distimia (2.9%) y el Trastorno mixto ansioso-depresivo (2.3%). En segundo lugar se encuentran los Trastornos de Personalidad con un 14%, sobre todo los de tipo B. Le siguen los Trastornos adaptativos con un 11.1%, el Trastorno bipolar con un 7%, el Trastorno por consumo de sustancias también con un 7% y la Reacción vivencial anómala con un 5.8%. Destacar también por sus elevados porcentajes, la Esquizofrenia Paranoide (5.3%), los Trastornos Esquizoafectivos (4.7%) y otros Trastornos psicóticos (4.7%) como el Trastorno Delirante. Los pacientes diagnosticados de anorexia ocupan la menor representación del grupo con un 1.2%. En otros diagnósticos (11.1%) hemos incluido algunos como Trastornos disociativos y Trastornos por dolor somatomorfo.

Tabla 17. Diagnósticos secundarios

	TOTAL (n)	PORCENTAJE
1	67	39,2%
2	34	19,9%
3	34	19,9%
≥4	36	21,1%

El 39.2% de los pacientes presentaban 1 diagnóstico secundario en el informe de alta. El resto tienen porcentajes más o menos parecidos: 2 diagnósticos (19.9%), 3 diagnósticos (19.9%) y más de 4 diagnósticos (21.1%)

Tabla 18. Procedencia de los ingresos en UHA

	TOTAL(n)	PORCENTAJE
Urgencias HCU	140	81.9%
Urgencias HUMS	8	4.7%
Consultas externas HCU	5	2.9%
UCI del HCU	6	3.5%
Hospital de día	2	1.2%
Medicina interna HCU	3	1.8%
Servicio Cirugía HCU	2	1.2%
UCI del H. Provincial	1	0.6%
UCI del H. Royo Villanova	1	0.6%
Urgencias H. Calatayud	1	0.6%
Urgencias H. San Jorge	1	0.6%
Urgencias H. Royo Villanova	1	0.6%

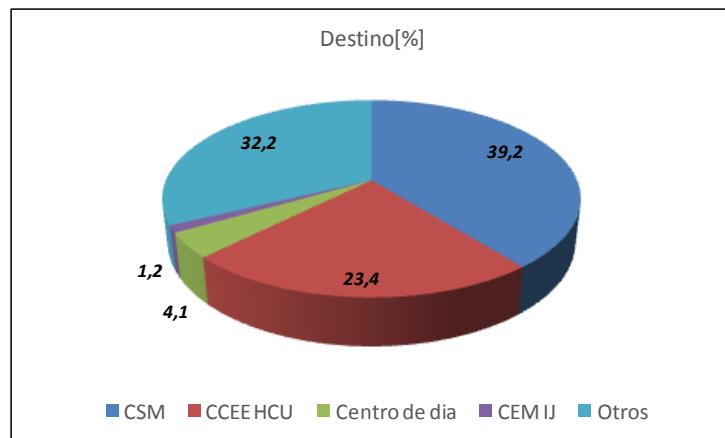
La procedencia más frecuente de los pacientes ingresados en UHA fue el Servicio de Urgencias del HCU con un 81.9%. En la tabla 18, podemos observar los bajos porcentajes que obtuvieron el resto de pacientes con distinta procedencia.

Tabla 19. Destino de los ingresos en UHA

	TOTAL(n)	PORCENTAJE
CSM área	67	39,2%
CCEE HCU	40	23,4%
Centro de día	7	4,1%
CSM IJ	2	1,2%
Otros	55	32,2%

El destino más frecuente para realizar el seguimiento psiquiátrico de los pacientes fue el Centro de Salud Mental (CSM) del área, sin especificar en el informe de alta, el correspondiente al paciente, con un 39.2%. Le sigue el destino de Consultas Externas del HCU, con un 23.4%.

En otros (32.2%) incluimos otros CSM, como Escultor Palau, Delicias, Calatayud y también los que se remitían a su psiquiatra de referencia.



### Grado de suicidabilidad.

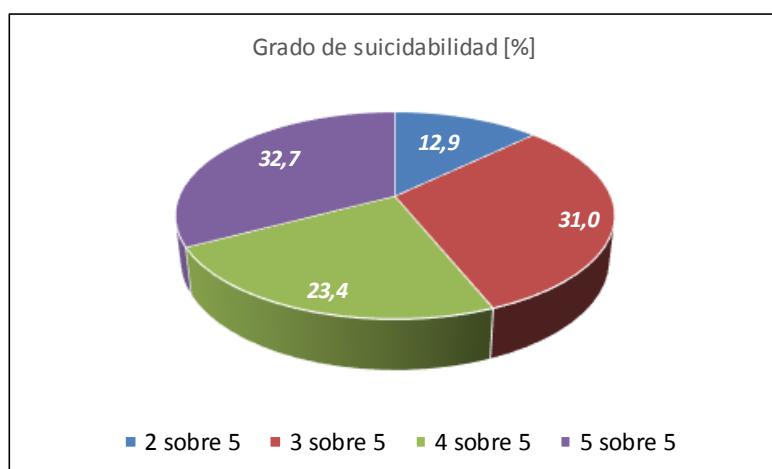
Finalmente hemos estudiado el grado de suicidabilidad de los pacientes, clasificándolos en grados según los siguientes criterios: 1) Hay ideación consistente en pensamientos suicidas frecuentes/persistentes/intensos. 2) Percepción del futuro: la vida es una lucha o es imposible. Es muy difícil o imposible contemplar un futuro. 3) Grado de planificación: hay planificación de un método del que son conscientes, está completamente elaborado, muy probablemente

letal, pueden tener una fecha y un sitio. 4) Grado de preparación: están buscando activamente el método o ya lo tienen. 5) Capacidad para resistir: capacidad abolida o muy cuestionable

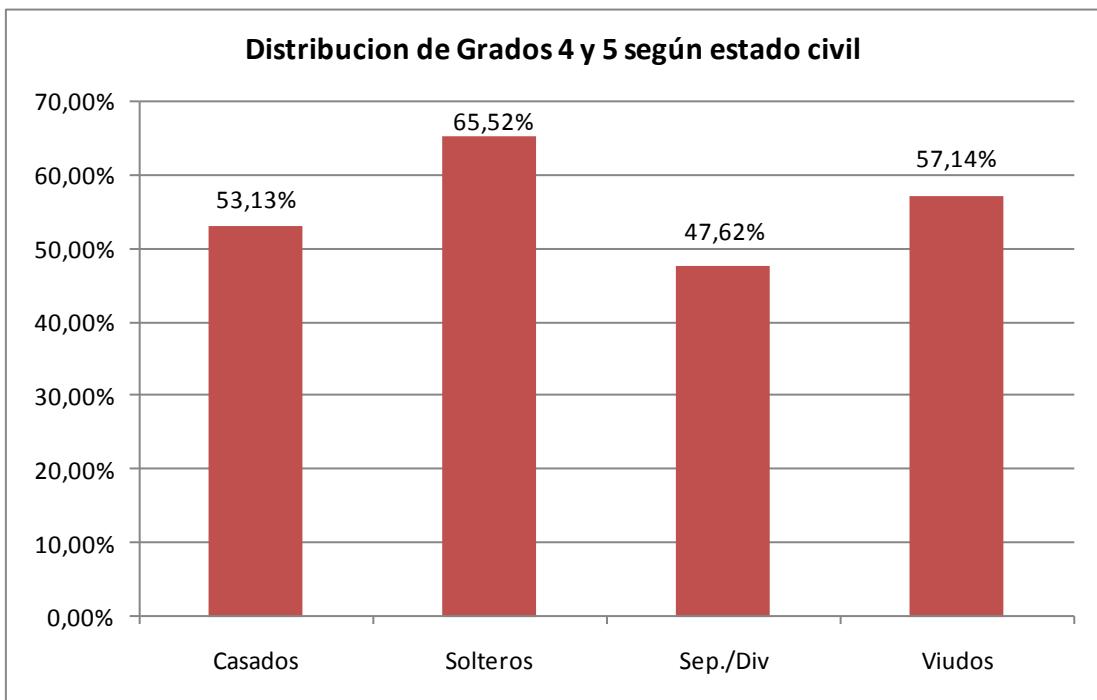
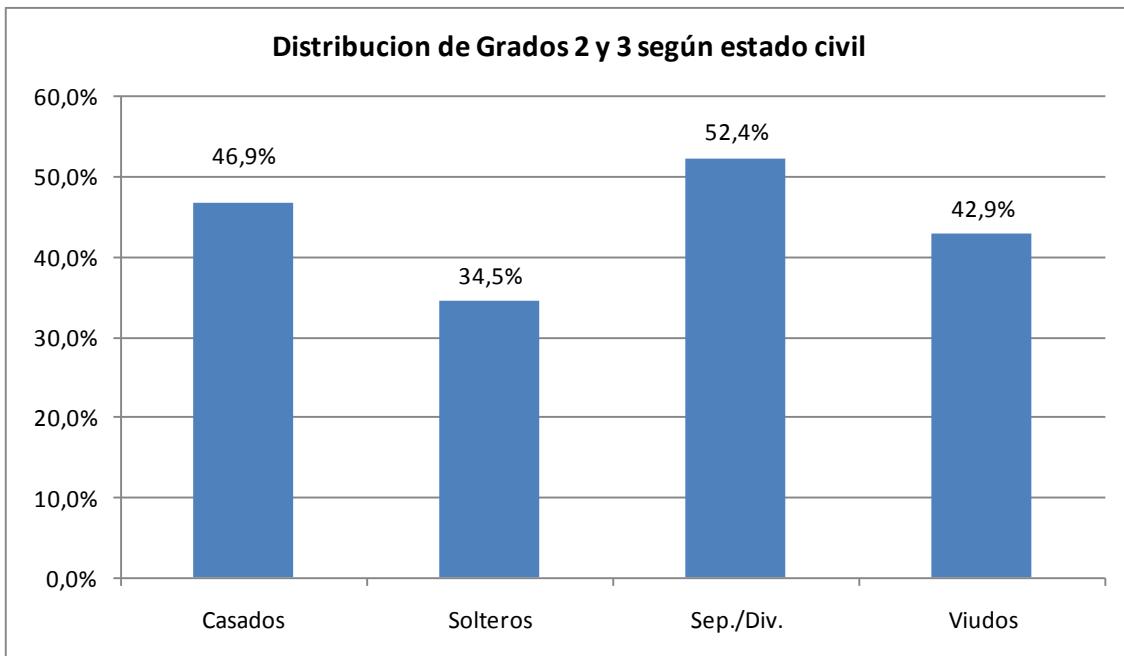
Tabla 20. Descriptivo según el grado de suicidabilidad

	TOTAL(n)	PORCENTAJE
1 sobre 5	-	-
2 sobre 5	22	12.9%
3 sobre 5	53	31%
4 sobre 5	40	23.4%
5 sobre 5	56	32.7%

En la tabla 20, se observa que el mayor porcentaje de pacientes (32.7%) presenta un alto grado de suicidabilidad (5 sobre 5), seguido de un 31% de pacientes con un grado de suicidabilidad intermedio (3 sobre 5)



Dentro de la distribución de los grados de suicidabilidad, si bien tomando siempre como premisa que “correlación no implica causalidad”, podemos destacar un porcentaje mayor en cuanto a grado de suicidabilidad en los solteros que en el resto de los estados civiles, que se encuentran más repartidos proporcionalmente.



## **5. DISCUSIÓN**

### **Revisión bibliográfica**

Es difícil comparar los distintos estudios debido a la heterogeneidad de gran parte de ellos. Las principales diferencias que nos encontramos son por ejemplo tipo de estudios diferentes, tamaño de la muestra escogida y duración del estudio variable.

A pesar de ello, encontramos también algunas similitudes entre estos estudios, como la importancia de aplicar protocolos universales y estandarizados para la detección precoz y la correcta valoración del paciente con riesgo suicida.

### **Perfil clínico**

En este apartado hemos tenido dificultades a la hora de encontrar otros trabajos similares con los que comparar nuestro perfil, ya que hay un escaso número de artículos que estudien el perfil clínico de los pacientes con riesgo suicida. En nuestro perfil, el paciente típico es un varón con una media de edad de 47 años. En los estudios de Diekstra et al. y Durkheim et al. coinciden que la frecuencia de suicidios es más frecuente entre los hombres y de edad madura. Contrariamente, Deisenhammer et al. en sus estudios habla de un perfil de paciente de sexo femenino y edad más joven. En nuestro perfil, el porcentaje más elevado indica que los pacientes presentan un alto grado de suicidabilidad, sin embargo en los estudios de Kessler indica que en casi la mitad de las tentativas suicidas no existía intención de morir.

En nuestra muestra se documentó la existencia de antecedentes personales psiquiátricos en el 68.4% de los individuos, coincidiendo con los estudios de Blasco Fontecilla et al y la existencia de trastorno mental de base en los pacientes con riesgo suicida.

En nuestro perfil, los pacientes con depresión mayor son los más prevalentes (22.8%). La OMS asume que entre el 60-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión (OMS, 2002)

Según los estudios realizados por Schmidtke et al. el método más usado en los intentos de suicidio es el envenenamiento por fármacos; al igual que en nuestra muestra donde la intoxicación medicamentosa con benzodiacepinas es el método más usado. Sin embargo Martínez et al, en sus trabajos mencionan que el método más usado para suicidarse es el ahorcamiento.

## 6. CONCLUSIONES

### Revisión bibliográfica

En una primera búsqueda bibliográfica encontramos un total 487 resultados. Fuimos descartando los que no cumplían con las características de selección, y los artículos de interés se redujeron a 40.

En una búsqueda más avanzada y aplicando los términos MeSH obtuvimos un resultado de 11 artículos, utilizando los mismos filtros que en la primera búsqueda: texto completo disponible en inglés y castellano, límite de 5 años y adultos mayores de 19 años.

Con la revisión de estos artículos, extraemos las siguientes conclusiones:

- Según el servicio en el que se encuentre el paciente, existe una gran variabilidad incluso subestimación en la valoración de los pacientes con riesgo suicida.
- Las escalas y cuestionarios aplicados únicamente como parámetro de valoración de paciente con riesgo suicida tienen poca utilidad. El gold estándar es la evaluación clínica.
- La necesidad de obtener protocolos universales y estandarizados en los servicios hospitalarios es fundamental la prevención y detección de pacientes con riesgo suicida.

### Perfil clínico asistencial

Para diseñar el perfil clínico asistencial de estos pacientes, de una muestra inicial de 395 pacientes ingresados en UHA, seleccionamos a 171 pacientes que presentan un alto grado de suicidabilidad. Con el estudio de los informes de alta y seleccionando un conjunto de variables podemos definir el perfil clínico de los pacientes ingresados en 2017:

- Varón (50.9%) con una edad aproximada de 47 años, de nacionalidad española (88.3%), casado o en pareja (37.4%), convivencia acompañado (76%), y en situación de desempleo (35.1%). La problemática principal sería familiar (38.6%) o psicosocial (15.8%). No sería un paciente conocido en la UHA (57.3%), no tendría antecedentes de tentativa de suicidio (52.6%), y si que estaría en seguimiento psiquiátrico por su psiquiatra de referencia (68.4%).
- La mayoría de pacientes que hemos estudiado, están ingresados en UHA por ideación autolítica activa (52.6%), con un alto grado de suicidabilidad (32.7%). Si se realiza el paso al acto, el método usado sería poco letal, como la intoxicación medicamentosa (28.7%), sobre todo con benzodiacepinas y otras mezclas. Estaría ingresado una media de 17 días. Vendría remitido de Urgencias del HCU (81.9%) con carácter voluntario (86%), con diagnóstico de depresión (22.8%) o trastorno de la personalidad (14%) y con un único diagnóstico secundario en el informe de alta (39.2%). Sería remitido para el seguimiento al Centro de Salud Mental del área correspondiente (39.2%) o a Consultas externas del HCU (23.4%).

Conclusión final: es necesario que se instauren programas estandarizados para la valoración de pacientes con riesgo suicida en los servicios de urgencias y que se realice un seguimiento psiquiátrico estricto a los pacientes que son dados de alta de UHA por riesgo suicida.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Pulido F, González de Rivera JL. Evaluación y medición del riesgo de autolesión y suicidio. En: Bulbena A, Berrios G, Fernández de Larrinoa Palacios P. Medicación clínica en psiquiatría y psicología. Barcelona: Masson; 2000. P. 225-226.
2. García Resa E, Braquehais Conesa D. El paciente suicida. En: Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. Manual de urgencias psiquiátricas. 2º ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010. P. 165-166.
3. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Madrid: Triacastela; 2011
4. Randall JR, Rowe BH, Dong KA, Nock MK, Colman I et al. Assessment of self-harm risk using implicit thoughts. *Psychol Assess*; 2013. P. 714-721.
5. Caterino JM, Sullivan AF, Betz ME, Espinola JA, Miller I, Camargo CA, et al. Evaluating current patterns of assessment for self-harm in emergency departments. *Acad Emerg Med*; 2013. P. 807-815.
6. Anseán A. Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida. 2º ed. Madrid: Fundación Salud Mental; 2014. P. 23-36
7. Gelder M, Mayou R, Geddes J. Suicidio y conducta autolítica. En: Psiquiatría de bolsillo. Madrid: Marbán; 2007. P. 229-231
8. Lonnqvist JK. Suicidio. En: Gelder M, López-Ibor JJ, Andreasen N. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Medica; 2003. P. 1235
9. Knock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M et al. Cross-National prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*; 2008. 192: 98-105
10. Sáiz PA, Rodríguez-Revuelta J, González Blanco L, Burón P, Al-halabí S, Garrido M, et al. Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos. *Rev Psiquiatria Salud Mental*; 2014. 7(3): P. 131-138
11. Ul Haq S, Subramanyam D, Agius M. Assessment of self harm in an accident and emergency service - The development of a proforma to assess suicide intent and mental state in those presenting to the emergency department with self harm. *Psychiatr Danub*; 2010. P. 26–32
12. Penagaluri P, Walker KL, El-Mallakh RS. Hallucinations, pseudohallucinations, and severity of suicidal ideation among emergency psychiatry patients: A pilot study. *Crisis*; 2010. P. 53–56
13. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de práctica clínica en el SNS: Avalia-t 2010-2012
14. Seva A. Urgencias en Psiquiatría. Barcelona: Elsevier Masson; 2015. P. 123-126

