

TRABAJO FIN DE GRADO

Suicidio post alta en Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría y entrevista (autopsia psicológica) a segundas víctimas (profesionales sanitarios de Atención Primaria y/o Salud Mental).

Post-discharge suicide in the Adult Psychiatric Hospitalization Unit and interview (psychological autopsy) of second victims (Primary Care and/or Mental Health professionals).

Autora

Miriam Cativiela Domingo

Director

Ricardo Claudio Campos Ródenas

Facultad de Medicina
Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología
Curso 2022-2023

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha supuesto para mí un auténtico reto suponiendo un paso más hacia mi futuro profesional y significando el fin de mi etapa como estudiante. Me gustaría agradecer en primer lugar a mi tutor Ricardo Campos, por las ganas y la motivación con la que planteó este estudio tan novedoso desde el principio. Sabíamos que llegar a recopilar toda la información que queríamos para el plazo de tiempo del que disponíamos era muy ambicioso y requeriría mucho tiempo y paciencia, pero me contagié sus ganas de seguir aprendiendo sobre su campo para mejorar y plantear el trabajo como una posibilidad de salvar vidas.

Quiero dar las gracias también a todos aquellos profesionales sanitarios con los que hemos podido contactar para completar la información que no constaba en historias clínicas y que nos han dado sus testimonios, algunos hasta de la manera más íntima.

Quisiera hacer especial mención a Andrea Jiménez Mayoral y Marta Illescas García, autoras de los dos últimos Trabajos de Fin de Grado de los que hace continuidad este, ya que su base de datos ha sido primordial.

Más allá, me gustaría dar las gracias a todos mis amigos de la carrera. Por habernos visto crecer, aprender y seguir adelante a pesar de haber atravesado momentos duros. Gracias por todo el apoyo durante este camino que comenzó lleno de ilusión hace seis años. No he podido tener más suerte de poder compartirlo tan unida a vosotros. Sabíamos que merecería la pena vernos cumplir este sueño.

Quiero agradecer también a mis amigas fuera de este ámbito y a todas las personas que han aportado su granito en este camino, siempre me habéis cuidado y sabido que era más capaz de lo que yo creía.

Y por último, gracias a mi familia, sobre todo a mis padres y mis hermanos. Gracias a vosotros soy lo que soy y conozco los valores con los que quiero ejercer mi profesión. Me habéis enseñado que con dedicación, esfuerzo e ilusión se pueden lograr las cosas por más que parezcan imposibles al principio. Por vuestra paciencia, por ofrecerme siempre vuestra ayuda, por haberme levantado cuando me he caído y porque habéis creído siempre en mí incondicionalmente llenándome de confianza. Sin ninguna duda, esto os lo debo a vosotros.

Ojalá este trabajo pueda ayudar a disminuir la prevalencia de esta situación, aunque sea como dijo mi padre “para salvar solo una vida”.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
1- RESUMEN	3
ABSTRACT	4
2- JUSTIFICACIÓN.....	5
3- INTRODUCCIÓN	6
3.1-Suicidio: características generales	6
3.2-Suicidio post-alta hospitalaria	8
3.3-Autopsia psicológica	11
3.4-Segundas víctimas y duelo tras suicidio	13
3- METODOLOGÍA	16
3.1-Objetivos	16
3.2-Material y métodos	16
3.3-Tipo de estudio.....	17
3.4-Consideraciones éticas	18
5- RESULTADOS	19
5.1- Análisis cuantitativo de la muestra.....	19
5.2- Análisis incidente crítico de los casos.....	24
5.3- Autopsias Psicológicas e Impacto en segundas víctimas	25
6- DISCUSIÓN.....	28
6.1- Limitaciones.....	28
6.2- Comparación de resultados.....	29
7- CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXO	38

1- RESUMEN

Introducción: El suicidio es una de las causas de muerte más prevalente aumentando su riesgo en pacientes con patología psiquiátrica siendo el periodo posterior al alta de una Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) el de máxima vulnerabilidad, suponiendo uno de los mayores retos entre los profesionales de Salud Mental ya que su prevención depende en parte de la coordinación con continuidad de cuidados. El objetivo de este trabajo es establecer un registro de casos con un perfil epidemiológico clínico-asistencial de los pacientes fallecidos por suicidio tras haber sido dados de alta y comparar esas variables con las mencionadas en la bibliografía previa para establecer las señales de alerta más frecuentes, así como conocer el impacto que supone en los profesionales sanitarios que les atendieron previamente al suicidio.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes fallecidos por suicidio tras el ingreso en la UHA de Psiquiatría del HCU Lozano Blesa entre los años 2015 y 2022. Se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de cada caso a través de las autopsias psicológicas realizadas a profesionales de Atención Primaria y Salud Mental. Se hizo una búsqueda bibliográfica para contrarrestar los resultados.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 31 pacientes. El 71% fueron hombres, la edad media fue de 50 años, el 77,4% no estaban activos laboralmente. El 45,16% estaban solteros. El trastorno afectivo fue el diagnóstico con mayor prevalencia. La franja temporal de máxima vulnerabilidad fue durante los tres primeros meses tras ser dados de alta (61,28%). El 67,7% tuvieron tentativas autolíticas previas. El principal método de suicidio utilizado fue la intoxicación medicamentosa (38,7%). Se realizaron 29 Entrevistas de Autopsia Psicológica a 20 profesionales, de los cuales entre el 30 y 45% refieren tener sentimientos de intenso dolor y frustración al ser informados del deceso.

Conclusiones: El perfil clínico de los pacientes que se suicidan tras el alta hospitalaria es predominantemente masculino, entre 40 y 50 años de media, asociado a trastornos afectivos, en personas desempleadas, con un estado civil diferente a casado e ideación autolítica. Los tres primeros meses tras el alta es el periodo de mayor vulnerabilidad. Estas variables son claves como indicadores para una mejoría de la asistencia tras el alta en la que sería deseable un equipo multidisciplinar (Salud Mental, Atención Primaria y Medicina Legal) que permitiera una mejor coordinación y acompañamiento así como un planteamiento de autopsia psicológica para la detección de riesgo y la instauración de medidas efectivas de prevención y postvención.

Palabras clave: suicidio, post alta hospitalaria, factores de riesgo, perfil clínico-asistencial, entrevista de autopsia psicológica, profesionales como segundas víctimas.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is one of the most prevalent causes of death, increasing its risk in patients with psychiatric pathology, being the period after discharge from an Adult Hospitalization Unit (AHU) the one of maximum vulnerability, being one of the greatest challenges among Mental Health professionals since its prevention depends in part on coordination with continuity of care. The aim of this work is to establish a register of cases with a clinical-care epidemiological profile of patients who die by suicide after discharge and to compare these variables with those mentioned in previous literature in order to establish the most frequent warning signs, as well as to know the impact on the health professionals who attended them prior to suicide.

Material and methods: This is a descriptive and retrospective study of patients who died by suicide after admission to the AHU of Psychiatry of the HCU Lozano Blesa between 2015 and 2022. A quantitative and qualitative analysis of each case was performed through psychological autopsies performed on Primary Care and Mental Health professionals. A literature search was performed to counter the results.

Results: A sample of 31 patients was obtained. Seventy-one percent were men, the mean age was 50 years, 77.4% were not active in the labor market. The 45.16% were single. Affective disorder was the most prevalent diagnosis. The time frame of maximum vulnerability was during the first three months after discharge (61.28%). A total of 67.7% had previous self-harm attempts. The main method of suicide used was drug intoxication (38.7%). Twenty-nine psychological autopsy interviews were conducted with 20 professionals, of whom between 30 and 45% reported feelings of intense pain and frustration on being informed of the death.

Conclusions: The clinical profile of patients who commit suicide after hospital discharge is predominantly male, between 40 and 50 years of age on average, associated with affective disorders, in unemployed persons, with a marital status other than married and self-initiated ideation. The first three months after discharge is the period of greatest vulnerability. These variables are key indicators for improving post-discharge care, in which a multidisciplinary team (Mental Health, Primary Care and Legal Medicine) would be desirable to allow better coordination and support, as well as a psychological autopsy approach for risk detection and the implementation of effective prevention and postvention measures.

Key words: suicide, post hospital discharge, risk factors, clinical-assistance profile, psychological autopsy interview, professionals as second victims.

2- JUSTIFICACIÓN

El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial representando una de las diez causas principales de muerte y la primera causa de muerte no natural en todas las edades. Más de 800.000 personas se suicidan cada año. La tasa media española de suicidios es de 8,3 por cada 100.000 habitantes, suponiendo que en nuestro país se suicidan 10 personas cada día. (3)

Existen diversos factores de riesgo de suicidio identificables. Un 90% de las personas que se suicidan han sido diagnosticadas de uno o más trastornos psiquiátricos. Por tanto, es fundamental analizar el suicidio en la población que recibe asistencia psiquiátrica a través de un ingreso en Unidad de Psiquiatría, convirtiéndose en el grupo poblacional de mayor riesgo. De hecho, el antecedente de un ingreso en una Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) es otro de los factores de riesgo a tener muy en cuenta, siendo el periodo posterior al alta el de máxima vulnerabilidad. (4)

Hemos realizado este estudio para obtener un registro de casos con un perfil clínico epidemiológico (diagnósticos psiquiátricos principales, edad, sexo, factores estresantes, periodo de máxima vulnerabilidad tras el alta...) de los pacientes que tras haber sido ingresados en la UHA del HCU Lozano Blesa se han suicidado entre los años 2015 y 2022. De esta forma, se podrán detectar los criterios de mayor riesgo para estar alerta del grado de importancia desde el principio de la asistencia con el objetivo de llevar a cabo una mejor coordinación ambulatoria más exhaustiva de los pacientes de mayor gravedad una vez han sido dados de alta y poder realizar mejores intervenciones para su prevención.

No existen prácticamente estudios que hayan realizado un análisis cuantitativo y cualitativo de cada caso complementándolo con autopsias psicológicas realizadas a profesionales de Salud Mental y Atención Primaria. De esta manera, no solo hemos podido conocer más detalladamente ciertos datos que no aparecían en las historias clínicas electrónicas para completar el perfil clínico-epidemiológico de mayor riesgo, si no que también hemos podido conocer cómo afectan los fallecimientos cuya causa es el suicidio en los profesionales sanitarios que atendieron al paciente de forma ambulatoria o durante el ingreso.

Este trabajo pretende mejorar la prevención del suicidio y un plan de mejora en la atención sanitaria posthospitalaria con la actualización de los datos en este campo mediante la revisión bibliográfica de los estudios más actuales, así como con el análisis de los resultados de nuestra muestra.

3-INTRODUCCIÓN

3.1-Suicidio: características generales

El suicidio es un acto autoinfligido para causarse la muerte de forma voluntaria en el que intervienen sucesivamente el deseo, la idea y el acto suicida.(1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como “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”. No obstante, existen diferentes definiciones sobre este, en las cuales, finalmente el punto en común de todas es que la persona tenía la intención de autoprovocarse la muerte tratando de escapar normalmente de una situación angustiosa de su vida que parece imposible de manejar. (2)

A nivel mundial, el suicidio es un problema de salud pública, de hecho, representa una de las diez causas principales de muerte, estando entre los jóvenes de entre 15-29 años entre las dos o tres primeras causas. Asimismo, es la primera causa no natural de muerte en todas las edades. Se estima que más de 800.000 personas se suicidan cada año.

En España se suicidan alrededor de 10 personas al día, esto duplica el número de fallecimientos producidos por accidentes de tráfico. La tasa media española de suicidios por cada 100.000 habitantes es de 8,3. El mayor número de suicidios corresponde al grupo de 40-59 años.(3)

La etiología es multifactorial, sin embargo, existen factores de riesgo sociodemográficos, clínicos, neurobiológicos y genéticos. A su vez, se ha demostrado que las enfermedades somáticas pueden aumentar el riesgo autolítico.(1) En los estudios de autopsia psicológica (procedimiento desarrollado para conocer retrospectivamente el estado mental de un individuo en los momentos previos a su fallecimiento), la presencia de trastornos mentales se objetiva en el 90% de las personas que consuman el suicidio, siendo los trastornos más frecuentemente asociados la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos, de personalidad y de ansiedad, entre otros. Las previsiones del estudio ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) muestran que un 14,7% de la población europea presentará un trastorno afectivo a lo largo de su vida (casi un 20% en el caso de España), el 14,5% un trastorno de ansiedad y un 5,2% un trastorno por abuso de alcohol. (4)

El suicidio es la complicación más grave que puede presentarse en la evolución de un trastorno psiquiátrico y la tentativa suicida se califica como emergencia psiquiátrica, ya que es aquella conducta suicida sin resultado fatal, pero en la que se buscaba la muerte.(3)

Generalmente el acto suicida suele ir precedido de tentativas suicidas previas. Se estima que se producen alrededor de 10-20 tentativas antes del suicidio consumado. Entre las personas con antecedentes de tentativas suicidas, el 20-50% las repiten, el 1% se suicida en el siguiente año, y el 10%, en los 10 años siguientes, convirtiéndose por tanto las tentativas como uno de los factores de riesgo más importante a tener en cuenta.(3)

Esto se confirma con los datos publicados en el estudio de Hangug et al. (5) en el que se sugiere que este riesgo es destacadamente más elevado inmediatamente tras el intento de suicidio, pues se obtuvo que el 4,3% de los pacientes dados de alta tenían una tentativa registrada en los 30

días anteriores al ingreso, cifra que se eleva hasta el 16,5% en pacientes que tras el alta consumaron el suicidio.

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida tiene gran relevancia, pues el nivel de riesgo aumenta proporcionalmente con el número de factores presentes, teniendo algunos más peso que otros.

Existen diversos tipos de factores de riesgo asociados a la conducta suicida, pudiéndose dividir en tres grupos, algunos de ellos no modificables (4):

- Factores de riesgo individuales: tentativas de suicidio previas, abuso de alcohol u otras sustancias, trastornos mentales, factores psicológicos, edad, sexo (los hombres presentan mayores tasas de suicidio consumado y las mujeres más tentativas), enfermedad crónica o discapacitante...
- Factores de riesgo familiares y contextuales: historia familiar de suicidio, sobre todo de primer grado (convirtiéndose el factor genético en un factor de riesgo a tener muy en cuenta), factores sociales y ambientales (falta de apoyo social, nivel socioeconómico, situación laboral...), historia de maltrato físico o abuso sexual...
- Factores de riesgo que pueden actuar como precipitantes: situaciones vitales estresantes (pérdidas personales como la de un ser querido o rupturas sentimentales, pérdidas financieras, conflictos de relaciones interpersonales...), o facilitadores (fácil acceso a armas de fuego, medicamentos o tóxicos...).

Así como existen estos factores de riesgo que dan lugar a tener una mayor predisposición al suicidio, también se tienen en cuenta los diferentes factores protectores. Estos pueden ser tanto personales (como la habilidad para resolución de conflictos, relaciones sociales, autoconfianza...) como sociales o medioambientales (tener un apoyo familiar y social, poseer creencias religiosas, valores positivos...).

Así mismo, el tratamiento integral permanente y a largo plazo de aquellos pacientes con trastornos mentales o enfermedad física también es un factor protector primordial, siendo fundamental el compromiso y la colaboración del paciente.

Por último, también ha de tenerse muy en cuenta la continuidad de la atención sanitaria tras el alta de hospitalización psiquiátrica, pues además de los problemas con el compromiso, la deficiente atención al paciente también puede contribuir a aumentar el riesgo. Este hecho fue corroborado en un estudio donde Kim et al (6) descubrió que entre 48 947 individuos con trastorno unipolar y bipolar aquellos pacientes que recibieron una alta continuidad de la atención tenían un 65 % menos de probabilidades de morir por suicidio que aquellos que recibieron una baja continuidad de la atención. (6)(7)

Tras una conducta suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección de conducta suicida, siendo la entrevista clínica el instrumento esencial en la valoración de riesgo, ya que es el inicio de la interacción entre el paciente y el profesional.(4)Suelen ser los profesionales de Atención Primaria y Urgencias el primer contacto para detectar a los pacientes. A través de los cuales se debe intentar iniciar una vinculación con salud mental, ya que el tratamiento comprende un abordaje no solo farmacológico, sino también psicoterapéutico. (1,3)

3.2-Suicidio post-alta hospitalaria

Además de los factores de riesgo mencionados anteriormente, cabe destacar que existe una prevalencia más elevada de suicidio en personas tras el alta de las Unidades de Hospitalización de Psiquiatría, principalmente, en el primer año después de esta. Hasta un tercio de los suicidios en pacientes con trastorno mental se producen en los tres primeros meses después del alta de una unidad psiquiátrica, conocidos también como los 90 días fatídicos. (3,6,8)

La tasa de suicidio tras el alta hospitalaria es muy elevada. El riesgo es más de 100 veces superior durante los tres primeros meses tras el alta en comparación con la tasa global de suicidios. Desde una perspectiva clínica, el riesgo durante las primeras semanas tras el alta es de especial importancia, en especial los primeros 30 días.(5,8,9)

Un estudio reciente de Chung et al (9) en EE.UU declaró 178 por 100.000 personas-año en los 3 primeros meses tras el alta, esto es aproximadamente 15 veces la tasa de suicidio nacional de EE.UU. En el estudio de Chung, cuya muestra constaba de 183 pacientes, la tasa de suicidio tras el alta fue aproximadamente 100 veces superior a la tasa global de suicidios durante los tres primeros meses. Los pacientes ingresados con pensamientos o conductas suicidas tuvieron tasas de hasta 200 veces la tasa global incluso años después del alta. Estos datos sugieren que las tasas de suicidio entre los pacientes dados de alta no han disminuido en los últimos 50 años, y que por tanto, es esperable que el 0,28% de todos los pacientes dados de alta se suiciden durante los tres primeros meses tras el alta. Es por esto, que la prevención del suicidio debe comenzar mientras los pacientes están en el hospital, y el periodo inmediatamente posterior al alta debe ser un momento de mayor atención clínica.(8,9)

Este estudio también sugirió que los pacientes ingresados con anterioridad, especialmente aquellos con tentativas previas, permanecen en un riesgo de suicidio notablemente elevado durante años, coincidiendo así con Riblet et al (6), debiendo ser el centro de los esfuerzos para reducir el suicidio en la comunidad.(9) Un meta-análisis posterior fue publicado por el mismo autor, Chung, pero incluyendo solo la primera semana y primer mes tras el alta, y entre estos estudios, la tasa de suicidios a la semana fue casi tres veces superior a la tasa en el periodo de 8-31 días.(10)

Se reconoce que los pacientes psiquiátricos hospitalizados tienen un mayor riesgo de suicidio inmediatamente después del alta hospitalaria, aunque se sabe poco sobre el grado en que el riesgo de suicidio a corto plazo varía según los grupos con trastornos psiquiátricos graves. (8,11) Aquellos que se suicidan con mayor frecuencia tras el alta presentan los siguientes diagnósticos: trastorno depresivo, trastorno bipolar, esquizofrenia y trastorno por abuso de sustancias.(3) Según estudios que han realizado metaanálisis de los factores de riesgo de suicidio tras el alta se llegó a la conclusión de que entre estos, los más asociados son la tentativa previa de suicidio y los síntomas depresivos. (5) Durante el primer año tras el alta de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría, aproximadamente entre el 0,3% y el 1,3% de los pacientes psiquiátricos mueren por suicidio. (7)

A pesar de que solo alrededor del 6% de los pacientes ambulatorios de salud mental son ingresados en Unidad de Psiquiatría cada año, aproximadamente un tercio de todos los suicidios entre pacientes con trastornos mentales se producen en los 3 meses posteriores al alta de una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría.

El estudio de Olfson et al (11) tuvo como objetivo describir el riesgo de suicidio durante los 90 días posteriores al alta hospitalaria en adultos con estos diagnósticos en relación a pacientes hospitalizados con diagnósticos de trastornos no mentales y la población general.

En la cohorte con trastornos mentales la tasa de suicidio documentada en pacientes con trastorno depresivo fue de 235,1 por 100.000 personas-año, en trastorno bipolar de 216,5 por 100.000 personas-año, en esquizofrenia de 168 por 100.000 personas-año, en los trastornos por consumo de sustancias de 116,5 por 100.000 personas-año y en otros trastornos mentales de 160,4 por 100.000 personas-año. Todas estas tasas fueron sustancialmente superiores a las tasas correspondientes de la cohorte con trastornos no mentales (11,6 por 100.000 personas-año) o de la población general de EE.UU (14,2 por 100.000 personas-año).

Tras estos resultados, se concluyó que tras el alta hospitalaria de Psiquiatría, los adultos con trastornos psicopatológicos complejos con sintomatología depresiva prominente, especialmente los pacientes que no están vinculados a un sistema de atención sanitaria parecen tener un riesgo de suicidio durante los primeros 90 días mucho más elevado, seguidos de los que padecían trastorno bipolar, esquizofrenia y trastornos por consumo de sustancias.(11)

El conocimiento de qué trastornos mentales y otras características fácilmente identificables de los pacientes que ponen a los adultos en mayor riesgo de suicidio a corto plazo tras el alta de una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica podría arrojar luz sobre los mecanismos del riesgo agudo de suicidio y orientar las intervenciones para prevenirlo. El sexo masculino, edad entre 18 y 35 años, trastornos depresivos, historia de autolesiones... son algunas de las características asociadas al riesgo de suicidio a corto plazo. Si bien es cierto que los trastornos depresivos son los que más riesgo tienen a corto plazo.

Se ha demostrado también que la conexión con las relaciones de apoyo de los profesionales de la salud es un proceso clave en los modelos de prevención del suicidio, por eso, también se examinó si existía mayor riesgo de suicidio a corto plazo después del alta hospitalaria psiquiátrica en aquellos pacientes que no tuvieron contacto o no estaban vinculados a servicios ambulatorios en los 6 meses previos al ingreso, ya que existe mayor dificultad de continuidad por parte de salud mental ambulatoria tras el alta.(11)

La prevención del suicidio hoy en día es uno de los objetivos principales. Por ello, tras la decisión del alta hospitalaria, es importante realizar una adecuada planificación y coordinación de cada caso con los servicios de salud mental y de atención primaria ambulatorios para asegurar la correcta vinculación del paciente con los dispositivos de referencia de salud mental, ya sea en Centro de Salud Mental, Unidad de Subagudos, Hospital de día u otros más específicos o intermedios. Y de esta manera, asegurar la continuidad de la atención sanitaria. Es preciso buscar la máxima implicación del paciente y de los profesionales sanitarios a cargo en el proyecto terapéutico establecido durante el ingreso. No hay que olvidar mantener a los familiares informados en todo momento del plan a seguir y cómo actuar en situación de urgencia.

Para ello se están elaborando múltiples estrategias de prevención del suicidio. De particular interés son las teorías que abarcan el marco de la ideación a la acción, que trata los factores que contribuyen a la ideación suicida de manera separada de aquellas razones que llevan de la ideación al intento. Estas teorías incluyen:(6)

- La teoría interpersonal de Joiner: que considera que la percepción de carga y la pertenencia frustrada suponen un factor de riesgo para la ideación suicida y la capacidad adquirida precipita la acción.

- La teoría motivacional-volitiva integrada de O'Connor: que propone que la ideación suicida es el resultado de la percepción de derrota y atrapamiento. A continuación, el paciente pasa a la acción si ha adquirido capacidad y otras características como la impulsividad, así como el acceso a medios letales.
- La teoría de los tres pasos del suicidio (3ST) de Klonsky y May: en esta, en primer lugar, el individuo siente dolor y desesperanza que le llevan a la ideación. En segundo lugar, el individuo percibe que el dolor es superior a su sensación de conexión. Finalmente, hipotetiza que un individuo solo actuará si posee la capacidad para realizar un intento de suicidio.

Por tanto, el modelo ideación-acción no solo es muy útil para realizar intervenciones dirigidas a mitigar el riesgo del suicidio, sino también para proporcionar a los pacientes una comprensión compartida de la importancia de la atención posterior al alta para facilitar la recuperación. Estas intervenciones pueden agruparse de las siguientes maneras: Intervención breve más seguimiento, gestión de casos de conductas suicidas, intervenciones con tarjetas postales, intervención de apoyo entre iguales, psicoterapia para una prevención del suicidio con (o sin) un componente de continuidad asistencial, intervención de planificación de la seguridad, así como tratamiento hospitalario especializado.

Las investigaciones sugieren que no hay pruebas concluyentes sobre el impacto de estas estrategias. Por ejemplo, Milner et al (2015) (6) encontró en un metaanálisis de 11 estudios de intervenciones de contacto breve que estas no redujeron significativamente los episodios posteriores de autolesiones o intentos de suicidio. Por el contrario, Inagaki et al 2019 (6) observó en un metaanálisis de dos ensayos de intervenciones de contacto activo y seguimiento en un entorno de sala de emergencias que hubo una reducción significativa de los intentos de suicidio a los 6 meses. Así como Riblet et al 2017 (6) identificó entre 72 ensayos de diversas estrategias de prevención del suicidio que solo había una estrategia que prevenía la muerte por suicidio en pacientes dados de alta después de un intento de suicidio: el Programa de Intervención Breve y Contacto de la Organización Mundial de la Salud (BIC de la OMS).

La discrepancia en los resultados de mortalidad entre Riblet et al (6) y Milner et al (6) sugiere que otra limitación de los metaanálisis puede ser la relativa heterogeneidad de las intervenciones. Esto puede ser especialmente cierto en lo que respecta a las intervenciones de contacto breve y tarjetas postales, que suelen constar de diversos componentes y pueden definirse de diferentes maneras en los distintos ensayos.

El BIC OMS tiene como objetivo educar a los pacientes sobre el riesgo de suicidio para facilitar el compromiso con el tratamiento y proporcionar a estos pacientes el apoyo necesario tras recibir el alta. Incluye una intervención educativa breve y personalizada en el momento del alta. En el periodo posterior al alta, el paciente mantiene un contacto regular con el miembro del personal de intervención del centro durante un total de 18 meses. El contacto regular ofrece oportunidades para evaluar el bienestar del paciente y proporcionarle el apoyo necesario para que siga comprometido con el tratamiento. La educación breve y las visitas de contacto regulares también incorporan aspectos de la entrevista motivacional (EM). La EM se define como "un método directivo centrado en el paciente para mejorar la motivación intrínseca al cambio mediante la exploración y resolución de la ambivalencia".(6)

3.3-Autopsia psicológica

Para llegar a comprender y detallar realmente el perfil del paciente suicida, así como las causas de su muerte para poder prevenirlo, no podemos olvidar la autopsia psicológica, la cual va cobrando cada vez más importancia en este tipo de investigaciones.(12)

De acuerdo con la definición de Shneidman, la autopsia psicológica es la reconstrucción retrospectiva de la vida de una persona fallecida con el fin de obtener una mejor comprensión de su muerte. Hoy en día, es un procedimiento desarrollado para conocer retrospectivamente el estado mental del individuo en los momentos previos a su fallecimiento para poder intentar valorar el papel desempeñado por la víctima en su propia muerte. (13). Se trata, por tanto, de un recurso que evalúa los fallecimientos de causa violenta o dudosa (suicidio, homicidio, accidente) y pretende detectar entre ellos los suicidios consumados, así como los perfiles de riesgo y factores asociados.(14,15)

Diversos estudios y publicaciones destacan su utilidad en casos de suicidio como instrumento de evaluación clínica y de investigación. Sin embargo, en nuestra sociedad se trata de un método aún poco divulgado y cabe recordar que es una estrategia de evaluación compleja y multidimensional que proporciona orientaciones muy generales sin un instrumento estructurado hasta el momento para la recogida de datos. A falta de este tipo de instrumento, la autopsia psicológica puede ser considerada como un recurso subjetivo, poco fiable, que deja al profesional inseguro y sin un grado razonable de certeza para emitir conclusiones.(16)

Dada la dificultad de obtener información a través de la víctima, la autopsia psicológica, como técnica retrospectiva, incluye teóricamente en su metodología entrevistas con familiares y otras personas cercanas para conocer la situación física, psicológica y social del fallecido, una revisión de los informes disponibles y la integración de toda la información procedente de distintas fuentes para posteriormente realizar una discusión entre profesionales de salud mental y otros expertos en estudios post-mortem.(12,17)

Los objetivos a conseguir son:

- Establecer el modo de muerte en casos dudosos. *En los certificados de defunción hay 3 aspectos importantes: la causa (instrumento utilizado para provocar la muerte), el mecanismo (proceso fisiopatológico que conduce a la muerte), y el modo (según la clasificación "NASH": natural, accidental, suicidio y homicidio).*
- Averiguar por qué una muerte ocurre en un momento determinado.
- Obtener información que permita prevenir los suicidios identificando la población de alto riesgo.

El problema surge con la ausencia de un procedimiento estandarizado y consistente, ya que se trata de una valoración retrospectiva en la que ya no está presente el sujeto de estudio y por tanto aumenta la probabilidad de sesgos tanto por los entrevistados como por los entrevistadores, pues la fiabilidad de la información aportada puede estar alterada por el tiempo o el duelo, así como la fiabilidad de la metodología utilizada por cada profesional. Por ello, técnicamente, la entrevista trata de hacerse en un rango de entre uno y tres meses tras el fallecimiento para evitar los momentos iniciales de shock, pero sin dejar que pase más tiempo para que no haya una reducción del recuerdo que interfiera con la "reconstrucción" de lo ocurrido.(12,15)

Al ser las guías generales, la calidad de la entrevista y sus conclusiones dependen más de las habilidades, experiencia y sensibilidad del entrevistador que de los aspectos metodológicos del instrumento utilizado.(16)

Para evitar estos problemas, se han diseñado diferentes modelos de interés como el Modelo de Autopsia Psicológica Integrado (MAPI) de García-Pérez (2007), el cual se compone de una pauta de entrevista estructurada y con respuestas cerradas, lo que permite disminuir al mínimo el sesgo subjetivo de cualquier argumentación adicional y las propias interpretaciones del explorador.(15)

A su vez, existe un modelo más antiguo publicado por Werlang y Botega (2003) constituido por una entrevista semi-estructurada para autopsia psicológica denominada *Semi-structured Interview for Psychological Autopsy* (SSIPa) de la cual autores como García-Caballero (2010) validaron un modelo en español sobre el que nos vamos a basar para realizar el guion con el que conducir las entrevistas que llevaremos a cabo (*Anexo 1*), aunque de una forma mucho más sencilla y abreviada; pues normalmente la duración de las mismas oscila entre 28 y 143 minutos, y nuestro objetivo es que sean de entre 10 y 15 minutos. Este instrumento consta de 69 ítems divididos en 4 módulos: (12,15)

- 1) Evaluación de los precipitantes y estresores: “¿Ocurrió algo antes de la muerte que podría tener relación con lo sucedido?”
- 2) Evaluación de la motivación: “¿Por qué se produjo el suicidio?”
- 3) Evaluación de la letalidad: “¿Cómo se produjo el fallecimiento?”
- 4) Evaluación de la intencionalidad: “¿Qué pasos llevó a cabo para producir la muerte?”

Esta herramienta tiene la ventaja de disponer de un guion flexible con el cual conducir las entrevistas, evitando omitir información relevante en la reconstrucción del caso. Y finalmente, se analiza la información obtenida mediante un Formulario de Toma de Decisión (FTD), que en la práctica real es procesado estadísticamente para evaluar la concordancia de las conclusiones entre el entrevistador y dos evaluadores más siguiendo un esquema de decisión. El último paso de cada módulo contiene la decisión final sobre ese módulo. Sin embargo, en la parte final del FTD hay un resumen de los 4 módulos con el objetivo de facilitar la obtención de una opinión final sobre el caso.(12,15,16)

En la versión completa de la entrevista (13,14,18) se recomienda investigar los siguientes:

- Datos sociodemográficos de la víctima: fecha de nacimiento, sexo, fecha de muerte, fecha de último contacto con el Sistema Sanitario, contactos con el sistema entre fecha de alta y fecha de fallecimiento, lugar de residencia, ocupación laboral, estado civil, religión, aficiones, trabajo, estilo de vida, personalidad...
- Hábitos tóxicos (alcohol y drogas)
- Antecedentes médicos, psiquiátricos y judiciales, además de tratamientos.
- Historia de fallecimiento de otros miembros de la familia
- Historia del núcleo familiar, explorando los vínculos e interacciones que tenía que con cada uno de los miembros (*padres, hermanos, matrimonio, hijos...*), así como las relaciones con los médicos.

- Existencia de intentos autolíticos previos.
- Información relacionada con “el lado positivo de la vida” de la víctima (mejoras, éxitos, planes).
- Detalles de la muerte desde la perspectiva de la persona entrevistada incluyendo información de otras fuentes disponibles (proceso penal, cartas, grabaciones...)
- Reconstrucción de la vida de la persona haciendo especial énfasis en períodos críticos del ciclo vital, problemas emocionales, periodos de crisis o acontecimientos estresantes recientes, alteraciones de adaptación o síntomas que presentó, cambios de hábitos, existencia de sueños o temores relacionados con la muerte y cómo los enfrentó, etc.
- Evaluación de la intención (papel de la víctima en su propio fin) y de la letalidad
- Reacción de las personas que recibieron la noticia de la muerte
- Comentarios, características especiales.

Con la información completa se debe establecer qué rasgos de personalidad presentaba y si alguna patología mental tuvo incidencia en las circunstancias de su fallecimiento. Es preferible que las preguntas favorezcan respuestas abiertas que permitan al entrevistado asociar detalles relevantes. (13,18)

Finalmente se hace una aproximación a las circunstancias que determinaron su muerte y la posible participación de la víctima en las mismas. Después se discute el caso, mediante la formulación de hipótesis, hasta obtener una información más clara del mismo. (13)

La realización de estudios de autopsia psicológica es una exigencia de cara al diseño de estrategias de prevención eficaces, ya que la realidad de las muertes por suicidio analizadas difiere bastante con respecto a las características de los intentos autolíticos. Sin embargo, es indudable que es necesario que se lleven a cabo más estudios sobre el tema donde esta sea aplicada para que a su vez se vaya estandarizando y sistematizando la forma de cómo y cuándo debe ser realizada. (12,14)

3.4-Segundas víctimas y duelo tras suicidio

El suicidio es un acontecimiento trágico que suele provocar una profunda reacción en el entorno, afectando gravemente no solo a la familia y amigos, sino también a muchas otras personas que estaban en contacto tanto personal como profesional con el fallecido: trabajadores sociales, médicos de familia, psiquiatras, psicólogos... siendo este uno de los eventos más traumáticos que puede sufrir el equipo terapéutico.

Si un paciente muere de una enfermedad cardiovascular o de otra enfermedad maligna, la muerte puede ser esperada y aceptada por los diversos profesionales que procuran no tener ninguna implicación personal sobre ella. Sin embargo, en el suicidio, aunque a menudo está fuertemente relacionado con algunos trastornos o es consecuencia de ciertas enfermedades (como la depresión), puede interpretarse fácilmente como una responsabilidad del terapeuta, pues en comparación con otras muertes, el suicidio se percibe como una muerte antinatural y evitable, con la que el clínico estaba estrechamente relacionado y que debería haber podido evitar.

El suicidio se ha estudiado desde el principio de la humanidad. Litman (1965) (19) ya se refirió a él en sus primeros artículos como un “área tabú de la psicología”, pues solo en los últimos 60 años se ha prestado atención a los familiares, continuando los terapeutas supervivientes de suicidio totalmente desatendidos durante el desarrollo de la investigación suicidológica, a pesar de que la mayoría de los pacientes que se quitaron la vida llevaban algún tipo de tratamiento.

El suicidio se caracteriza por ser un riesgo laboral y previsible, y a su vez también es una fuente de sufrimiento y preocupación para los terapeutas teniendo un efecto tremendo y duradero en cada clínico. Los estudios (19) demuestran que el 97% de los clínicos temen el suicidio de un paciente.

Se ha evitado estudiar el problema de los supervivientes clínicos del suicidio de pacientes existiendo muy pocas reflexiones sobre ello debido a muchas razones como: los fuertes sentimientos de fracaso en los terapeutas, el temor a las reacciones de la familia del paciente, la creencia en los terapeutas y en su entorno de que serán capaces de afrontar el problema por sí mismos... Sin embargo, estos muchas veces no están preparados ni son inmunes al impacto que puede suponer en ellos y acaban sintiendo una terrible sensación de fracaso por haber defraudado a quienes han depositado su confianza en ellos (Flemming 1997).(19)

El profesional puede ser notificado del exitus por suicidio de muchas formas distintas, aunque independientemente de cómo reciba la información, al igual que en cualquier otra persona cercana al suicida fallecido, lo primero que provoca es conmoción e incredulidad en el terapeuta. Se describe “tiranía de la retrospectiva”, pudiendo recordar las señales de advertencia “obvias” que no reconocieron antes de la muerte.

En la mayoría de los estudios (Grad 2021) (36) se han descrito reacciones emocionales similares de los clínicos tras el suicidio de un paciente, por lo que parecen ser bastante esperables y universales. En el plano afectivo, los sentimientos más frecuentes y dolorosos que experimentaron los terapeutas fueron culpa, tristeza e incompetencia, que estaban estrechamente relacionados con los cognitivos: miedo a la culpa, a los litigios y a la pérdida de prestigio profesional. Todas estas reacciones están muy relacionadas con el vínculo entre el médico y el paciente (cuánto tiempo llevaban trabajando juntos, el grado de compromiso profesional, la implicación emocional del paciente, si el profesional era el único responsable de tratamiento, el entorno (privado o constitucional), si el terapeuta estaba al principio de su carrera o era un terapeuta experimentado...). Experimentar el suicidio de un paciente es más difícil cuando el terapeuta aún está en formación, pues no se les prepara adecuadamente para gestionar o tratar eficazmente este tipo de acontecimientos. Es posible que muchos clínicos experimenten un duelo desprotegido, ya que no es abierto, relevante ni reconocido por el entorno, y por lo tanto, carece de los rituales sociales y el apoyo habituales.

Es muy importante tener en cuenta la personalidad del profesional sanitario, sus propias pérdidas experimentadas previamente, la edad, el sexo... ya que todo ello tiene un papel significativo a la hora de determinar sus sentimientos y su reacción después del suceso. Algunos clínicos experimentaron lo que Rycroft et al. (19) describió como un “vacío profesional”. La mayoría de los sentimientos y patrones de conducta descritos se obtuvieron dentro del ámbito psiquiátrico y psicológico; sin embargo, las reacciones descritas por los médicos de familia fueron muy similares en cuanto a sentimientos de duelo. Por otra parte, estos diferían en otros aspectos: afirmaban sentir menos culpa y tenían más dificultades para revelar sus sentimientos tras el suceso. La mayoría admiten que necesitaban ayuda y apoyo y que lo recibían

principalmente de sus familiares y compañeros sin existir ningún protocolo establecido o formal, que hubieran considerado necesario.

De la misma manera que experimentar y sobrevivir al suicidio de un paciente puede conllevar muchos resultados negativos, también han sido descritos aspectos beneficiosos como aprender de la experiencia para desarrollar habilidades de evaluación de riesgos más exhaustivas y completas en los años de formación. Un estudio ha descubierto que los terapeutas menos angustiados tenían una mayor capacidad para ver sus desgracias como oportunidades de aprendizaje y no como ocasiones para el autorreproche.

Por tanto, ante la gran probabilidad de que ocurra este evento descrito como riesgo profesional, es primordial saber cómo detectar y tratar a los pacientes suicidas (prevención) y cómo buscar ayuda si se produce un suicidio (postvención). La mejor solución sería lograr un equilibrio entre los procedimientos prescritos, obligatorios y formales que servirán a las necesidades administrativas y educativas del terapeuta y de la institución, y los autoelegidos, más informales, que ofrecen a los clínicos la forma más apropiada y conveniente de aceptar esta difícil experiencia en su vida profesional. (19)

3- METODOLOGÍA

3.1-Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo son:

-Llevar a cabo un registro de casos sobre los pacientes fallecidos por suicidio tras haber estado ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) del Hospital Clínico Universitario (HCU) Lozano Blesa desde 2015 a 2022 para efectuar un análisis descriptivo del perfil clínico epidemiológico obtenido de nuestra muestra y de sus variables, así como realizar un análisis incidente cualitativo descriptivo de cada caso.

-Utilizar una versión abreviada de la Entrevista de la Autopsia Psicológica para analizar la información y repercusión que ha tenido en los profesionales de Atención Primaria y /o Salud Mental (segundas víctimas) de los pacientes suicidados tras el alta de la Unidad de Hospitalización de Adultos del HCU.

-Reflexionar sobre indicadores más pertinentes para conseguir una mejoría de la calidad asistencial en cuanto a la continuidad de cuidados de estos pacientes, sobre todo de aquellos que ingresaron por tentativa suicida o antecedentes de la misma, así como un plan de apoyo y postvención a los profesionales como segundas víctimas.

3.2-Material y métodos

La primera parte de este trabajo trata de una revisión bibliográfica sistemática sobre la epidemiología del suicidio tras el alta de una hospitalización en un servicio de psiquiatría y los factores de riesgo que lo rodean, así como de la autopsia psicológica como herramienta para llegar a comprender el perfil del paciente suicida, las causas de su muerte para poder prevenirlo y el impacto en segundas víctimas.

Para su elaboración, se contó con diferentes recursos, entre ellos, material físico aportado por el tutor en forma de artículos (3,6,9,11,12,19) y los Trabajos de Fin de Grado sobre los que hacemos continuación con este estudio cuyas autoras son Andrea Jiménez y Marta Illescas. Así mismo, se realizó la búsqueda de artículos y libros en diferentes fuentes tras determinar las palabras clave para realizarla: suicidio (con su traducción al inglés: Suicide), pacientes psiquiátricos (en inglés: psychiatric patients), alta hospitalaria (en inglés: post discharge) y autopsia psicológica (en inglés: psychological autopsy)

PUBMED fue el primer servidor utilizado usando como descriptores aparte de los ya mencionados: intento autolítico (en inglés: self-harm), riesgo de suicidio (en inglés: suicide risk), tras alta hospitalaria (en inglés: after discharge), epidemiología (en inglés: epidemiology) y estudio (en inglés: study). De la misma manera, se utilizó: autopsia psicológica (en inglés: psychological autopsy), suicidio post alta (en inglés: suicide after discharge), segundas víctimas (en inglés: second victims), para los cuales no se encontraron artículos con la información y características que nos interesaban.

Con el propósito de disponer de las publicaciones más recientes, se acotó la búsqueda a publicaciones de los últimos 10 años, mostrando especial interés en las de los últimos 5 años.

Además, los resultados se restringieron a revisiones sistemáticas cuyos artículos se encontrasen disponibles de forma completa y gratuita.

En segundo lugar, también se llevó a cabo la búsqueda bibliográfica en Science Direct empleando como palabras clave: factores de riesgo y protección en suicidios (en inglés: protective and risk factors in suicide), alta psiquiátrica (en inglés: psychiatric discharge) y autopsia psicológica (en inglés: psychological autopsy).

Entre otras bases, también se realizó una búsqueda en Google Académico, ordenando los resultados por relevancia y acotando la búsqueda entre los años 2015 y 2022. En este caso, las palabras clave empleadas fueron: suicidio tras el alta (suicide after discharge) y autopsia psicológica (psychological autopsy) de nuevo.

3.3-Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo que pretende realizar un análisis retrospectivo observacional de los pacientes que fallecieron por suicidio tras el ingreso en la UHA del HCU Lozano Blesa, así como del impacto que ello supuso en profesionales sanitarios que los atendieron previamente a su fallecimiento tanto de Centros de Salud como de Centros de Salud mental y en ocasiones en la propia Unidad de Hospitalización.

La recogida de nuestra muestra se llevó a cabo a partir de una base de datos donde aparecían todos los pacientes que fueron ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza entre los años 2015 a 2022. Tras ello, se realizó una revisión de los informes de alta comprendidos entre esos años y finalmente, se identificaron aquellos que aparecían como fallecidos, cuya causa de éxitus constaba como suicidio o posible duda para después analizarlo mediante las autopsias psicológicas realizadas a los profesionales sanitarios.

En referencia a la recogida de la segunda muestra de los profesionales sanitarios a los cuales se les ha hecho la autopsia psicológica, esta se llevó a cabo a partir de los pacientes fallecidos por suicidio de nuestra muestra, identificando aquellos profesionales que les habían atendido y quisieron participar en el estudio. Hemos contado con la ayuda del Instituto Anatómico Forense para la información sobre el resultado de la autopsia médico-forense.

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

- Criterios de inclusión en estudio:
 - Pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza) entre los años 2015-2022. Pacientes fallecidos por suicidio tras el alta de la Unidad.
 - Profesionales sanitarios que habían tratado de manera ambulatoria al paciente previamente al suicidio tal y como recoge la historia clínica electrónica.
- Criterios de exclusión de la muestra: Pacientes ingresados fuera del periodo establecido. Pacientes no fallecidos hasta el momento presente. Pacientes fallecidos por causas ajenas a suicidio.
- Limitaciones de la muestra: Son las propias de un estudio retrospectivo y observacional a las que se pueden añadir las dificultades para determinar si el fallecimiento fue debido

a muerte por suicidio, además del carácter voluntario para realizar las autopsias psicológicas, que implica que solo obtenemos en el estudio aquellos que sí hayan querido participar. Además, hay que tener en cuenta que algunas autopsias psicológicas están siendo realizadas hasta años después del fallecimiento, lo que puede interferir en la “reconstrucción” de lo ocurrido.

En la segunda parte del trabajo, el conocimiento del impacto que supuso el fallecimiento de estos pacientes en los profesionales sanitarios involucrados en la asistencia ambulatoria previa al fallecimiento, se obtuvo a través de un modelo de Entrevista de Autopsia Psicológica de manera abreviada adaptando la información disponible a nuestro alcance y recogiendo las siguientes variables:

- Datos sociodemográficos: fecha de nacimiento, sexo, fecha de fallecimiento, fecha de último contacto con el Sistema Sanitario, contactos con el sistema entre fecha de alta y fecha de fallecimiento, lugar de residencia, ocupación laboral, estado civil, convivencia...
- Diagnóstico psiquiátrico principal y otros antecedentes médicos y familiares.
- Historia previa de estresores: tentativas de suicidio previas, ruptura sentimental, conflicto con familiares, situación de duelo, patología orgánica, pérdida de trabajo, deudas económicas, accidentes, hábitos tóxicos...
- Circunstancias que rodean al fallecimiento, incluyendo la perspectiva de la persona entrevistada así como la información de otras fuentes:
 - Procedencia del ingreso. Carácter voluntario. Tipo de alta.
 - Método de suicidio: ahorcamiento, defenestración, ahogamiento, intoxicación por sustancias, choque con vehículo...
 - Grabaciones, cartas, proceso penal...

Tras llevar a cabo la identificación de segundas víctimas y obtener su Consentimiento Informado, se procedió a realizar las autopsias psicológicas de cada paciente en forma de entrevista clínica a cada profesional siguiendo el guion de la SSIPA (*Semi-structured Interview for Psychological Autopsy*) en su modelo adaptado en español y de una forma abreviada, ya que el objetivo era no superar los 15 minutos. (*Ver en Anexo 1*).

Como la identificación de las reacciones de cada profesional frente al suceso pueden ser muy subjetivas, hemos analizado las variables más predominantes en nuestras entrevistas para poder analizar los resultados de la forma más objetiva posible (*Tabla 4 en apartado 5.3*).

3.4-Consideraciones éticas

Antes de realizar este estudio, fue necesario solicitar la aprobación por parte del Comité de Ética de Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA) para obtener nuestra muestra y los resultados de la misma sobre los pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría del HCU, entre los años 2015-2022, quien nos transmitió su conformidad, así como un compromiso de confidencialidad respecto al trato de la información y la custodia de datos de los pacientes incluidos en la muestra.

El **Documento 1** en *Anexo 5* muestra el certificado de aprobación del CEICA.

5- RESULTADOS

5.1- Análisis cuantitativo de la muestra

Llevamos a cabo la recogida de la muestra a partir de una base de datos en la que constaban todos los episodios de los pacientes (N) dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Universitario Lozano Blesa (Zaragoza), producidos entre los años 2015 (N=429), 2016 (N=415), 2017 (N=396), 2018 (N=356), 2019 (N=356), 2020 (N=309), 2021 (N=296), 2022 (N=262). De ahí realizamos el primer cribado seleccionando a los pacientes fallecidos, obteniendo un total de 119.

Posteriormente, a partir de este, se seleccionó a los pacientes cuyo éxitus estaba registrado como suicidio, siendo la muestra tras esta clasificación de N=26.

A su vez, obtuvimos 17 casos dudosos, de los cuales 3 se descartaron, 9 están en proceso de obtener información a través de la Entrevista de Autopsia Psicológica para poder confirmar o no esta causa, y 5 fueron confirmados como suicidios, obteniendo una muestra final de N=31 que constituye un 26% de las causas de muerte en esta cohorte. Y que supone el 1,1% de los episodios de ingreso atendidos en estos 8 años estudiados.

De la cohorte de pacientes fallecidos por suicidio, se obtuvieron resultados respecto a las variables del perfil clínico y epidemiológico de los pacientes que expondremos posteriormente.

Tras realizar este registro de casos (2015-2022), se llevó a cabo la identificación de segundas víctimas (profesionales sanitarios que habían tratado de forma ambulatoria al paciente previamente al suicidio). La muestra fue de 20 profesionales (la mayor parte de Salud Mental). Todos los profesionales contactados han colaborado voluntariamente en el estudio para realizar la autopsia psicológica de cada paciente, y de esta manera, reconstruir retrospectivamente la vida de la persona fallecida para obtener una mejor comprensión de su muerte y obtener más conocimientos para aprender y tratar de prevenirlas en la medida de lo posible en un futuro. Así como también nos sirvió para conocer el impacto de estos fallecimientos en “segundas víctimas”, ya que no existen estudios con estas características.

La mayoría han aportado información sobre un caso, teniendo dos informadores en tres de los casos y tres informadores en uno de los casos incluidos en el Registro (obteniendo 29 testimonios). En 16 de los 31 casos no se ha podido localizar al profesional de referencia bien de Salud Mental o Atención Primaria aunque en 10 de estos casos hemos tenido alguna referencia por parte de los profesionales actuales de las Unidades de Salud Mental a través de lo documentado en las Historias Clínicas (HC). En relación a ello señalar las dificultades para su acceso ya que los HC están en un pasivo que es gestionado por otra empresa. Estamos pendientes de localizar a 25 profesionales vinculados a los diferentes casos, de los cuales 20 de los mismos son Médicos de Atención Primaria.

5.1.1- Datos sociodemográficos

Respecto al **sexo** en los pacientes de la muestra, un 70,96% de los que cometieron suicidio tras el alta hospitalaria fueron hombres y un 29,03% mujeres. (*Gráfico 1*)

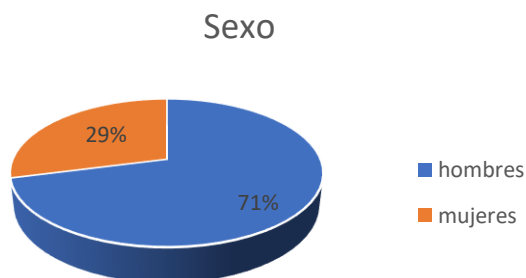


Gráfico 1: Sexo

En cuanto a la variable de la **edad** en el momento del deceso, se obtuvo una media de 50,16, siendo en hombres 49,95 y en mujeres 50,67.

Analizando el **estado civil** de los pacientes de nuestra muestra, un 45,16% estaban solteros en el momento del fallecimiento, coincidiendo el porcentaje de divorciados y casados con un 25,80%. Tan solo el 3,22% se encontraba en estado de viudedad. (*Gráfico 2*)

Por sexo, había el mismo porcentaje de mujeres solteras y casadas: 44,44%, siendo el de divorciadas de 11,11%. Sin embargo, en varones predominaban los solteros: 45,45%, continuando los divorciados con un 31,81%, los casados con un 18,18%, y por último el 4,54% restante en estado de viudedad. (*Gráfico 3 y Gráfico 4*)

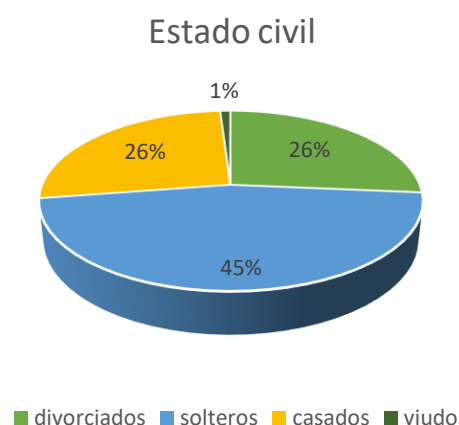


Gráfico 2: Estado civil



Gráfico 3: Estado civil en mujeres

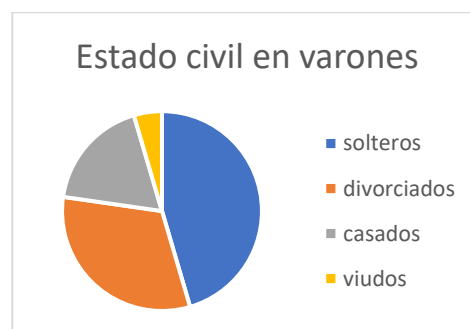


Gráfico 4: Estado civil en varones

Así mismo, se analizó la **situación laboral** de los pacientes de la muestra, dominando la situación de incapacidad laboral con un 32,25%, seguida por la jubilación y pacientes en activo con un 19,35% en ambas. El 12,9% se encontraban en desempleo, coincidiendo así con el porcentaje de personas de baja (12,9%). El 3,22% restante corresponde a estudiantes.

Por último, los resultados para la situación de **convivencia** en nuestra muestra son de un 61,29% para aquellos que vivían con familiares, un 22,58% vivían en solitario, el 9,68% se encontraban atravesando un cambio de convivencia, y el 6,45% restante en pisos compartidos o albergues.

5.1.2-Diagnóstico psiquiátrico principal

Acerca de los antecedentes médicos y psiquiátricos relacionados con el fallecido destaca que la gran mayoría de los pacientes de nuestra muestra padecen más de un diagnóstico psiquiátrico al ingreso. El 64,5% estaban diagnosticados de dos patologías, y el 9,7% de hasta tres.

Teniendo en cuenta los diagnósticos principales, los Trastornos afectivos son la patología con mayor prevalencia (38,7%). Entre estos, predominaban los de clínica depresiva en el 75%, correspondiendo el 25% restante a trastornos bipolares. La segunda patología más frecuente corresponde a los Trastornos Adaptativos (22,5%) seguida de los Trastornos psicóticos (19,35%). En un menor porcentaje se encuentran los trastornos de Personalidad (9,7%). De manera minoritaria encontramos Trastorno de Espectro Autista, Trastorno Distímico y Alcoholdependencia correspondiendo al 3,2% cada uno. (Gráfico 5)

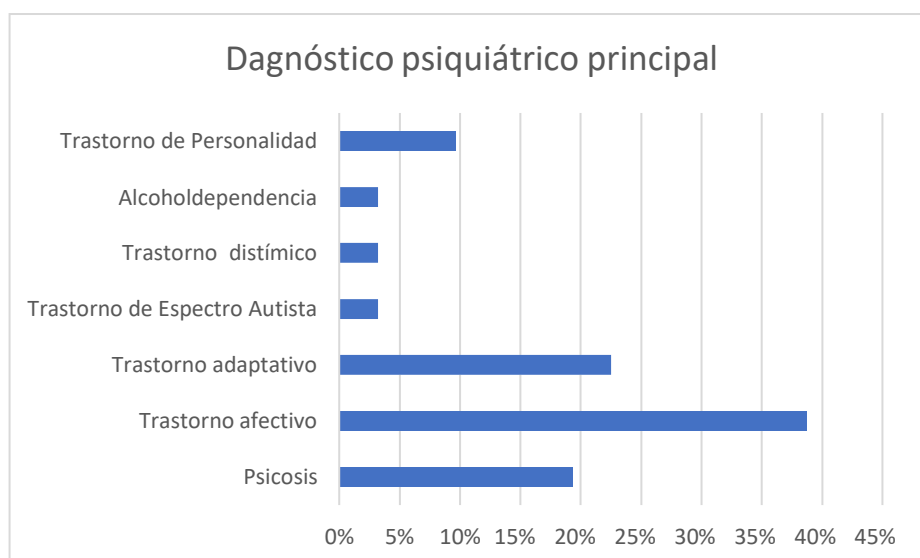


Gráfico 5: Diagnóstico psiquiátrico principal

De entre los pacientes que tenían diagnósticos secundarios (74,2%) predominaba el Trastorno de la Personalidad con el 56,5% seguido de la alcoholdependencia con el 13%. Los diagnósticos restantes eran Trastorno delirante, Trastorno neurocognitivo, Trastorno distímico, Agorafobia, Trastorno Conversivo, Trastorno Adaptativo y Trastorno por Consumo de Sustancias con un porcentaje de 4,35% cada uno.

Desglosando por sexos los diagnósticos principales, los Trastornos Afectivos siguen siendo los más prevalentes para ambos sexos siendo en varones del 36,36% y en mujeres del 44,44%. En mujeres, en segundo lugar continúa el Trastorno Adaptativo (22,22%), teniendo los trastornos psicóticos, el Trastorno Distímico y el Trastorno de la Personalidad la misma prevalencia como tercer diagnóstico más frecuente correspondiendo al 11,11% cada uno. Sin embargo, en varones el Trastorno Adaptativo se iguala en segundo lugar con los Trastornos Psicóticos correspondiendo al 22,7% cada uno. En tercer lugar el Trastorno de Personalidad con el 9%, siendo la alcoholdependencia y el Trastorno de Espectro Autista el porcentaje restante. (Gráfico 6)

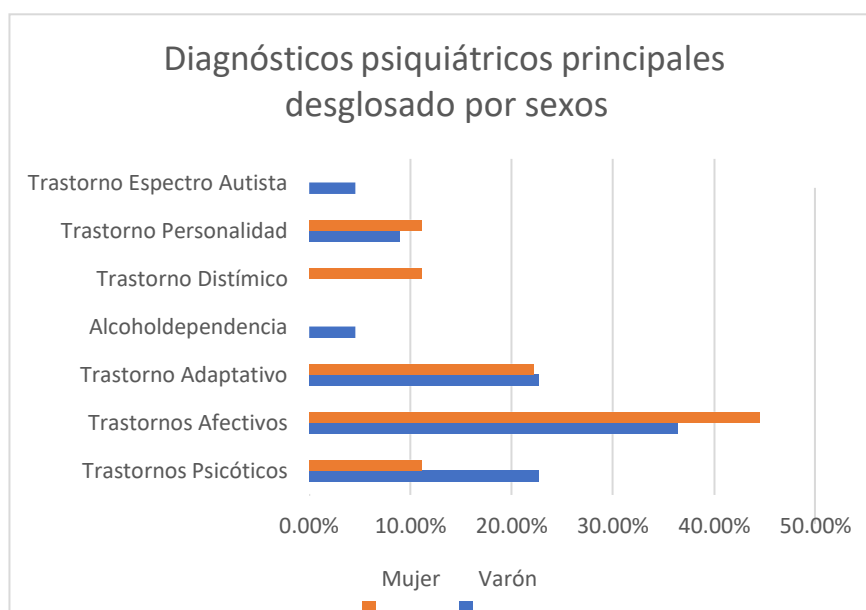


Gráfico 6: Diagnóstico psiquiátrico principal

5.1.3- Franja temporal de máxima vulnerabilidad

Los resultados en nuestra muestra fueron sin separación por sexos de un 12,90% para los suicidios que ocurrieron en la primera semana tras el alta hospitalaria, un 48,38% dentro de los tres meses post alta, el 29% entre los tres meses y el primer año (aunque un 33,33% de este grupo de pacientes recibió ingresos hospitalarios posteriores en otras Unidades falleciendo en los primeros 20 días tras el alta), el 9,7% restante falleció en fechas posteriores al primer año.(Gráfico 7)

Estratificado por sexo, en el caso de varones solo el 9,09% se suicidaron en la primera semana, el 50% en los tres primeros meses, el 36,36% entre los tres primeros meses y el año, y el 4,54% restante posteriormente. En mujeres, el 22,22% en la primera semana, el 44,44% fue en los tres primeros meses, el 11,11% restante entre los tres primeros meses y el año, y el 22,22% restante tras el primer año.

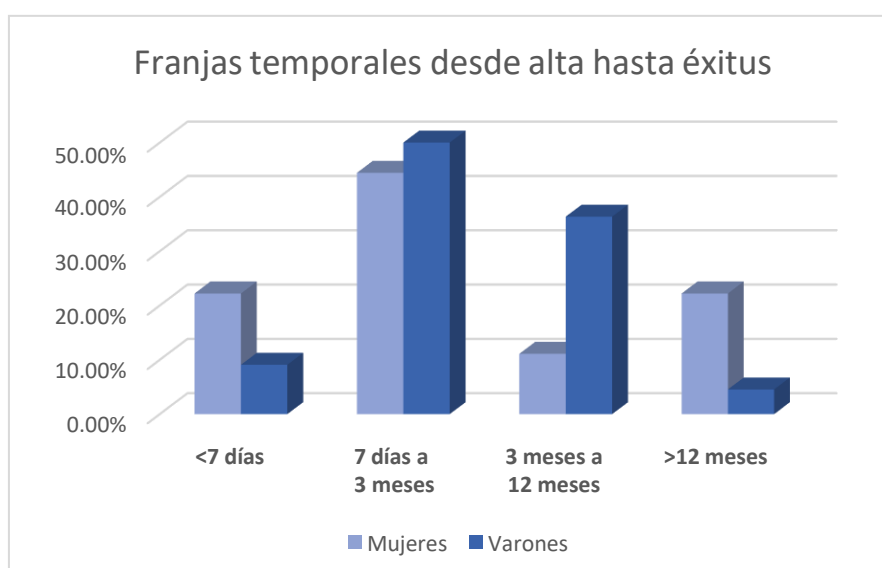


Gráfico 7: Franjas temporales desde alta hasta éxitus.

5.1.4- Historia previa de estresores

Como historia previa de estresores, el 83,9% habían presentado ideación autolítica previa, de los cuales un 80,8% llegaron a realizar intentos autolíticos, siendo el método más frecuente la sobreingesta e intoxicación medicamentosa. Un gran porcentaje de estos intentos autolíticos (41,9%) fueron la causa del ingreso hospitalario a través de Urgencias. A su vez, un 35,5% consumía alcohol o tenía antecedentes de ello.

Por otra parte, existen otros estresores de los actos autolíticos: enfermedad física crónica y/o secuelas (Parkinson, cáncer, ACV...), conflictos laborales, cambios vitales como despido, jubilación, cambio de vivienda, ruptura sentimental, duelo por pérdida de seres queridos, relaciones conflictivas o separación de familiares, consumo de sustancias... presentando todos los pacientes de nuestra muestra al menos uno de ellos.

Entre ellos, el 22,5% tenían historia de ruptura sentimental y un 19,4% de duelo complicado tras pérdida de seres queridos. Así mismo, el 19,4% de pacientes presentaban historia de heteroagresividad.

Hay un 22,5% de pacientes que tenían antecedentes familiares con patología psiquiátrica o de suicidio.

5.1.5- Circunstancias que rodean al fallecimiento

También estudiamos la duración del último ingreso hospitalario en nuestra Unidad previo al deceso obteniendo una media de 17,35 días. El 22,5% de pacientes de nuestra muestra tuvieron un ingreso inferior o igual a una semana.

De entre los pacientes que pudimos obtener información la media de tiempo de espera para la primera cita posthospitalización obtenida fue de 8,4 días.

En cuanto a los factores de riesgo para cometer suicidio consideramos: el carácter de voluntariedad de la hospitalización (obteniendo un porcentaje del 25,8% de ingresos de forma involuntaria), el historial previo de tentativas suicidas o autolesiones (67,7%), el último ingreso hospitalario causado por tentativa (41,9%), el consumo de drogas/alcohol (48,38%), la petición de alta voluntaria (12,9%), la ausencia de atención sanitaria en los últimos seis meses (22,5%), ingresos previos (67,75%)...presentando el 100% al menos uno de ellos.

Por último, en cuanto al método de suicidio, el más prevalente fue la intoxicación medicamentosa voluntaria llevada a cabo por el 38,7% de los pacientes de nuestra muestra. En segundo lugar, un 25,8% se suicidaron mediante precipitación. El ahorcamiento fue el tercer método más utilizado (16,12%), seguido del ahogamiento (9,68%). El porcentaje restante corresponde a métodos menos frecuentes: autolisis con el coche, tirarse a las vías del tren y coma insulínico autoprovocado siendo del 3,2% en cada uno. (Gráfico 8)

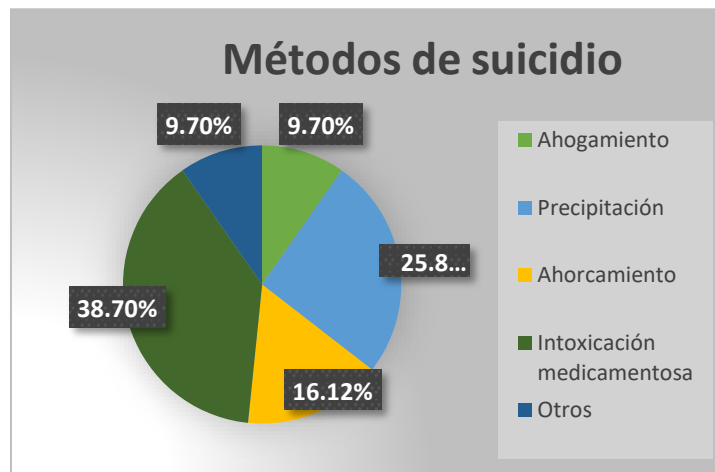


Gráfico 8: Métodos de suicidio

Estratificado por sexo, el porcentaje de sobreingesta medicamentosa en mujeres se iguala con la precipitación siendo del 33,3% en ambos. Sin embargo, en varones, sigue predominando la sobreingesta medicamentosa con un 40,9%, seguido de la precipitación con un 22,7%.

Ver Tabla 1: Resultados cuantitativos de la muestra en Anexo 2.

5.2- Análisis incidente crítico de los casos

En la Tabla 2 y Tabla 3 que figuran en Anexo 3 hemos realizado un resumen clínico y asistencial de cada uno de los pacientes incorporados al registro de casos y algunos de sus contenidos serán objeto de análisis y comentarios en la discusión con el objetivo de intentar encontrar indicadores de alarma que nos permitan un mejor abordaje para la atención a los actuales y futuros pacientes ingresados en la UHA. Las variables seleccionadas a analizar para cada uno de los 31 pacientes son las siguientes:

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Situación laboral
- Año del último ingreso en la Unidad Hospitalización de Adultos (UHA) en el Hospital Clínico Universitario (HCU) Lozano Blesa.
- Duración del último ingreso.
- El carácter de voluntariedad de los ingresos: (voluntarios o involuntarios).
- Las altas voluntarias.
- Franja temporal: haciendo referencia al tiempo que transcurre desde que es dado de alta de nuestra UHA hasta el fallecimiento.
- Diagnóstico psiquiátrico principal y otros diagnósticos concomitantes.
- Otros diagnósticos médicos: mencionando aquellas patologías que pudiera tener el paciente que no fueran psiquiátricas.
- Ideación e intentos autolíticos previos.
- Historia previa de estresores y Circunstancias que rodean el fallecimiento: en este apartado consta la información del motivo del ingreso, antecedentes de ingresos previos, evolución del ingreso y modo de asistencia tras este, estresores o factores precipitantes...

- Convivencia: si el paciente vivía solo, en familia o atravesaba un cambio.
- Antecedentes familiares.
- Último contacto con el sistema de salud: en este apartado se añade cuánto tiempo hubo desde el último contacto con el sistema de salud hasta el fallecimiento en los casos conocidos.
- Métodos de suicidio.
- Nota de despedida.

5.3- Autopsias Psicológicas e Impacto en segundas víctimas

Tras llevar a cabo la identificación de segundas víctimas y obtener su Consentimiento Informado, se procedió a realizar las autopsias psicológicas de cada paciente en forma de entrevista clínica a cada profesional (*Anexo 4*) siguiendo el guion de la SSIPA (*Semi-structured Interview for Psychological Autopsy*) en su modelo adaptado en español y de una forma abreviada. (*Anexo 1*)

Al realizar estas entrevistas, se consiguió información más detallada acerca de cada caso aparte de la que constaba en las historias clínicas. Esta ha sido incluida también en las *Tablas 2 y 3* del *Anexo 3* del apartado 5.2. La fecha de último contacto con el sistema sanitario es un ejemplo de los datos que hemos podido conseguir en algunos casos a través de estas, así como si el paciente dejó notas de despedida u otros estresores de la historia que rodea el fallecimiento. No obstante, muchos datos seguían siendo desconocidos en la mayoría de pacientes. Un aspecto importante a considerar es que hay pacientes que no llegaron a acudir a Salud Mental (22,5%) o si lo hicieron no mantuvieron una vinculación con las Unidades de Salud Mental.

En el punto nº5 del guion de la SSIPA se analizó la información y repercusión que ha tenido en los profesionales de Atención Primaria y /o Salud Mental (segundas víctimas) de los pacientes suicidados tras el alta de la Unidad de Hospitalización de Adultos del HCU que quisieron participar y que pudimos localizar. En un 32,25% de los casos de nuestra muestra no conseguimos contactar con los profesionales de referencia y en otro 12,9% de los casos quedó pendiente de completar información a través de su MAP (*Médico de Atención Primaria*) o psiquiatra de referencia por diversos motivos: falta de disponibilidad de la historia clínica en USM (*Unidad de Salud Mental*), jubilación, excedencias, poco conocimiento del paciente, traslado del psiquiatra de referencia...disponiendo en estos tan solo los datos escritos en la historia clínica electrónica.

Al existir pocos estudios en relación a este tema, se ha considerado de interés incluir en el *Anexo 4* los casos sobre los cuales hemos podido conocer el impacto de algunos de los profesionales que los atendieron mediante sus testimonios y cuyas variables hemos analizado a continuación.

Tabla 4: Análisis de las reacciones predominantes en base a las Autopsias Psicológicas a los profesionales sanitarios (segundas víctimas).

CASOS	Afectación psicológica	Frustración e impotencia	Inseguridad posterior	Culpabilidad	Aprendizaje
Caso 1	2	2	1		1
Caso 3	1	1			1
Caso 4	1		1		
Caso 5					
Caso 6					1
Caso 7					
Caso 8	1			1	1
Caso 9		1			
Caso 10					
Caso 11				1	
Caso 12	1				
Caso 13	1	1			
Caso 15					
Caso 19	1				
Caso 20					1
Caso 21	1				
Caso 23	1	1			1
Caso 26		1			
Caso 27	1				
Caso 28	1	1			
Caso 29	1	1		1	1
TOTAL PROFESIONALES	13	9	2	3	7

De estas 29 entrevistas clínicas realizadas en relación a 21 de los 31 casos clínicos de nuestra muestra hemos analizado los resultados obtenidos de ellas llamando la atención que un 44,8% de los profesionales sufrieron un fuerte impacto y afectación al enterarse del deceso debido a que en un 28,5 % de los casos analizados refieren mejoría de la sintomatología, así como de planes de futuro.

Los sentimientos de frustración e impotencia se encuentran en un porcentaje algo más minoritario (31%), ya que una cantidad importante de los suicidios se atribuyen como causa de la gravedad de la enfermedad psiquiátrica, difícilmente controlable.

Es curioso como en algunos casos varía la reacción frente al suicidio según el profesional que es entrevistado, siendo el mismo caso para algunos completamente esperable, mientras que para otros es recibido como una sorpresa absoluta. Un ejemplo es el caso clínico 3, en el que el psiquiatra privado refiere “quedarse helado”, debido a que el día anterior el paciente le había expresado planes de futuro, convirtiéndose en la segunda víctima con mayor impacto al haber sido el último contacto con el sistema sanitario el día previo. Sin embargo, el psiquiatra de la UHA refiere no haber sentido una alta sorpresa a pesar de su frustración, ya que era una posibilidad que había sido comentada tanto con compañeros del Servicio como con el propio psiquiatra privado. En global, predominan las situaciones esperadas con respecto a las inesperadas debido a la complejidad de los diagnósticos de algunos casos, aunque sin mucha diferencia significativa.

Con respecto a sentimientos de inseguridad posterior con otros pacientes debido a lo ocurrido observamos tan solo un porcentaje del 6,9%, que coincide con la poca experiencia laboral del facultativo (siendo en un caso adjunto de primer año y en otro caso residente).

En cuanto a sentimientos de culpabilidad hallamos un porcentaje del 10,3%, del cual el 6,9% refiere que no se le dio al paciente el trato más efectivo al coincidir con periodo vacacional, y por tanto, no pudieron ser atendidos personalmente y existió falta de coordinación entre profesionales de psiquiatría. El porcentaje restante corresponde al caso clínico 29, sobre el cual su psiquiatra reflexionaba si debía “haber sido más cauta” a la hora del tratamiento para poder haber evitado de esta manera que la paciente tuviera los medios para producirse una intoxicación medicamentosa. Sin embargo, no llegó a otra alternativa de actuación terapéutica, ya que la paciente rehusaba volver a ser ingresada y refería mejoría y apoyo social de la familia.

Así mismo, de la misma manera que existen sentimientos de sorpresa, impacto, impotencia, frustración, inseguridad... cabe destacar que un 24,13% de los profesionales que fueron entrevistados lograron utilizar esta dura situación como método de reflexión y aprendizaje. Es así por ejemplo en el caso clínico 1 donde al enterarse de la noticia, tras los sentimientos de frustración y rabia, el profesional refiere una reflexión sobre el desconocimiento del riesgo de suicidio, así como el planteamiento de haber ingresado al paciente en Subagudos a pesar de su negativa. Además, se consideró la necesidad de acompañamiento permanente en los pacientes tan graves, a pesar de haber apoyo familiar o de profesionales.

En el caso clínico 3, tras el deceso, se realizaron dos reuniones con integrantes directos del equipo asistencial, así como una sesión clínica en la UHA y en el Servicio para profundizar en el caso y aprender de este sobre el indicador de factor de riesgo que tuvo el paciente: simulación de una falsa mejoría y minimización de síntomas. Esto mismo ocurrió en el caso clínico 23 en el que se objetivó una clara mejoría en el ingreso siendo sustituida la clínica depresiva melancólica por manifestaciones ansiosas y somatizadas desestimando así la utilización de otros posibles tratamientos como el TEC (*Terapia Electroconvulsiva*). Estos casos se denominan “máscaras de la depresión” e impiden ser más efectivos utilizando otros abordajes.

En el caso clínico 6 el terapeuta reflexiona acerca de la dificultad existente con la vinculación con dispositivos de media estancia y el tratamiento de pacientes jóvenes con trastorno mental grave de muchos años de desarrollo. Otro ejemplo es el caso clínico 20 en el que fue complejo valorar el riesgo de suicidio exacto por la forma en la que el paciente expresaba de forma objetiva lo que iba a hacer y ocurrir como llamada de atención a su familia.

Por último, el caso clínico 29 requiere especial atención, ya que el dolor y la frustración que sintieron las segundas víctimas les llevó a reflexionar sobre la dificultad que existe en el acompañamiento de los pacientes que refieren reacciones complicadas a duelos convirtiéndose en situaciones de trauma complejo muy difíciles de manejar. La paciente fue la madre de una de las dos chicas con Trastorno de Conducta Alimentaria que se suicidaron en un pacto suicida llevado a cabo mientras se encontraban en un permiso de la Unidad de Hospitalización de Infanto-Juvenil. Todo ello supuso un estado de intensa consternación y dolor en la comunidad de Aragón.

6- DISCUSIÓN

6.1- Limitaciones

Algunas de ellas vienen implícitas por el tipo de estudio del que se trata: observacional, retrospectivo y descriptivo. De manera que, aunque se han generado hipótesis sobre el perfil epidemiológico y los factores de riesgo, hay que tener en cuenta que estas pueden ser debidas al azar, ya que no existe grupo control.

El periodo elegido para la realización de las autopsias psicológicas ha sido otra de las limitaciones de nuestro estudio, ya que el periodo óptimo para llevarlas a cabo es entre uno y seis meses tras el fallecimiento para evitar que puedan olvidarse recuerdos que sirvan en la “reconstrucción” de lo ocurrido. Sin embargo, no hemos podido seguir este intervalo de tiempo al haber incluido en nuestra muestra pacientes desde el año 2015, lo que ha conllevado que muchos profesionales de la salud que atendieron a los pacientes en el periodo posterior al alta no los recordaran o no fueran localizables en la franja de tiempo y con los recursos que disponíamos para llevar a cabo el estudio, lo que también ha supuesto una limitación para completar la información. En este contexto nos hemos encontrado con profesionales que atendieron ambulatoriamente a estos pacientes y que están ya jubilados y por tanto de muy difícil acceso. El tiempo del estudio conlleva que la historia clínica electrónica ha sido de reciente implantación (los últimos 2 años de nuestro estudio) y que las historias clínicas en papel de los pacientes fallecidos se han enviado a unos almacenes de gestión por empresa privada para cuyo acceso hay que solicitar un permiso y que tardan en remitirlas (estamos en el proceso de recibir algunas de ellas).

A su vez, hemos tenido la dificultad añadida de tardar en tener el dictamen favorable del CEICA ya que objetaron que hiciéramos la entrevista de Autopsia a los profesionales sin que hubiera consentimiento previo por parte de la familia. Una vez que realizamos el consentimiento modificado para los familiares y también un documento informativo para los profesionales (*que se adjunta en el Documento 2 de Anexo 6*), volvieron a contactar para comunicarnos que habían decidido finalmente que no se contactase con la familia (tal y como habíamos planteado nosotros inicialmente). En este sentido nos encontramos con que todavía no parece estar resueltas de forma clara los estándares de calidad sobre los aspectos éticos de la autopsia verbal (Chandramohan et al, 2005) (22). Todo ello a pesar de que se estima la autopsia verbal como la mejor forma de aminorar los escotomas de información que conlleva esclarecer la causa y circunstancias del fallecimiento en los registros de mortalidad (no solo de suicidio).

Por último, también contamos con la limitación del estudio de tener dificultades para el acceso a profesionales de referencia (en 16 de los 31 casos) sobre todo con los médicos de Atención Primaria de los casos de nuestro registro en parte por alta tasa de relevo, en parte por el escaso tiempo disponible. Es por ello que en el estudio de segundas víctimas todavía estamos pendientes de localizar a 25 profesionales vinculados a los diferentes casos, de los cuales 20 de los mismos son Médicos de Atención Primaria. Este aspecto hace que nuestro estudio esté todavía en proceso de completarse.

6.2- Comparación de resultados

En los últimos años se ha enfatizado en el estado de vulnerabilidad en la que están las personas que son dados de alta de una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría ya que están en más riesgo de presentar graves incidentes entre los que se encuentran mortalidad de todo tipo, suicidio, conductas autolesivas y muertes accidentales así como incidentes de violencia (bien como víctimas o como manifestación clínica hacia los demás). Para ello disponemos de estudios de cohortes nacionales recientes bien europeos (Walter y cols, 2019, Haglung y cols, 2019) (5,23) como los realizados en USA (Olson y cols. 2016). (11). Los estudios relacionados con esta cohorte de pacientes son difíciles de realizar pero están en auge en los últimos años (Riblet & Shiner, 2021). (6)

La epidemiología clásica es consistente con que la mayoría de las personas que fallecen por suicidio tienen un trastorno mental y que una proporción significativa de al menos un tercio de ellos han tenido contacto reciente con los dispositivos de Salud Mental. En este grupo, el periodo de mayor riesgo son el año siguiente a haber sido ingresado, siendo el periodo más crítico el de los 3 primeros meses. Así se documentó en los estudios de registros oficiales casos realizados en Manchester (Appleby et al, 1999) (24) y que se han replicado en estudios de revisiones (Forte y cols. 2019) (25), meta-análisis recientes (Chung y cols, 2017; 2019) (9,10) o estudios de cohortes nacionales (Walter y cols, 2019; Haglund y cols, 2019) (5,23). Goldacre y cols. 1993 (26) estimaron que sería un 1% la tasa anual de suicidios en el primer año tras el ingreso en Psiquiatría y que supondrían un 10% de todos los suicidios en el Reino Unido. Actualmente los meta-análisis de más de 100 estudios en los tres primeros meses dan elevación de 100 veces la tasa de suicidio anual global (1.132 por persona año versus 11.4 por 100,000 persona año respectivamente) y este factor de riesgo es común para todos los pacientes ingresados, independientemente de otros factores de riesgo adicionales. Nuestro estudio no puede compararse con otra muestra nacional y las estimaciones son notablemente inferiores de un 1.1% en los ocho años a las previamente documentadas en la bibliografía.

Respecto a las **características clínico-epidemiológicas** del paciente suicida, nuestro estudio coincide con los artículos de nuestra revisión bibliográfica en cuanto al predominio del **sexo** masculino, ya que corresponde al 71% de la muestra. (5,8,10,11)

Analizando la **edad promedio** para cometer suicidio en nuestra muestra fue de 50,16 años, Siendo 50,7 para mujeres y 49,9 para hombres, difiriendo así de los estudios revisados en los que indican que predomina una edad más precoz entre 18-35 años en unos (9,11). Algunas otras publicaciones como el trabajo de Bojanic et al (27) y Forte et al (25) proponen edades más elevadas entre los 35 y 50 en otros. Dicha cifra se acerca más a nuestra media, pero pese a ello, ningún estudio establece edades tan avanzadas como las de nuestros resultados. Si bien es cierto, nuestro estudio sí que coincide con hipótesis de la bibliografía revisada en la que se establecen las edades medias adultas como periodos de mayor riesgo que periodos extremos de la vida como adolescencia o senectud.

En referencia al **estado civil**, en nuestro trabajo la proporción de pacientes casados (25,8%) coincide con la obtenida para separados o divorciados (25,8%), siendo los solteros (45,16%) el perfil con más prevalencia de suicidio, pudiendo convertirse en un factor de riesgo individual a tener en cuenta. Al analizar la situación laboral también se ha llegado a la conclusión de que encontrarse en desempleo, ya sea por baja laboral, incapacidad, jubilación, paro... resulta un factor de riesgo, ya que solo existe un 19,35% de pacientes de nuestra muestra que se

encuentren en activo. Estos datos coinciden con estudios como el de Bojanic et al (27) que 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% desempleado y el 51,08% vivía solo. Este último dato no es coincidente, ya que en nuestro estudio, aunque predominen los casos sin pareja, predominan las situaciones en las que se convivía con algún miembro de la familia en un 61,29%.

Para comparar el **diagnóstico psiquiátrico** principal Forte et al. (25) 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. (28) 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 el estudio de Bojanic et al. (27) en el que se incluyeron pacientes que se suicidaron en la primera semana tras el alta, sus resultados muestran que el diagnóstico principal más común en ambos grupos fue el trastorno afectivo (44,18%), seguido de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (14,04%). Chung et al. (10), 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 nuestra muestra, queda representada la relevancia de los trastornos afectivos (38,7%), ya que son los primeros grupo diagnóstico con mayor incidencia de suicidios, seguidos por los pacientes con trastornos adaptativos (22,5%), estando los trastornos psicóticos en tercer lugar (19,35%).

Destacar el artículo de Haglund et al. (5) 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, pues un 22,5% padecía este tipo de trastorno como diagnóstico principal y el 71,4% de estos pertenecían al grupo masculino.

En nuestro registro, aparece el caso número uno de un joven con el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista y cuya semiología clínica también permite la discusión teórica acerca de si existía un trastorno delirante de base. Hay interés reciente (Zahid y cols) (29) sobre la revisión del riesgo de suicidio en estos pacientes.

Deseamos señalar el complejo manejo que supone la comorbilidad, ya que la asociación de un trastorno de personalidad añade gravedad a la patología psicótica de base, hecho que se demuestra en nuestra muestra con una prevalencia del 56,5%. Respecto a la comorbilidad de otros trastornos en el caso ocho se expone como las depresiones graves que cursan con clínica ansiosa o agitada son más complejas debido a las máscaras conductuales. En retrospectiva esta paciente no mantendría el diagnóstico de distimia ni de trastorno conversivo sino el de una depresión atípica con clínica ansiosa y somática propia de una depresión mayor endógena sobre una personalidad con alto neuroticismo.

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. (28) 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. (25) concede un papel crucial al correcto soporte y monitorización de los pacientes, lo que incluye la calidad asistencial del mismo, así como la rapidez.

En nuestra serie de casos que conforma el registro, aunque sí hubo contacto con los profesionales, hay ejemplos en que faltó una adecuada coordinación y adherencia con la red de salud mental. En la paciente ocho 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 once 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.

En nuestra muestra, con respecto a la **franja temporal de máxima vulnerabilidad** el mayor porcentaje ocurrió en los tres primeros meses post alta, concretamente el 61,28%. Los resultados de Forte et al. (25) 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. Bachman et al.(30) contempla en su estudio la ventana temporal de 4-12 semanas post alta como el periodo con mayores tasas de suicidio. Todo ello corrobora que el riesgo es inversamente proporcional al tiempo transcurrido desde el alta hospitalaria hasta el fallecimiento.

Respecto a los **intentos de suicidio**, quedan reflejados en estudios como el de Clarke et al. (31) como el principal factor de riesgo y se vincula con tiempos más largos de hospitalización. En nuestro modelo: un 83,9% de los pacientes habían tenido ideas autolíticas previas a la última hospitalización y el 67,7% del total habían realizado un acto autolítico con anterioridad. En comparación con otros estudios, Haglund et al. (5) obtuvo cifras muy significativas, 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.

En nuestro registro el 83,9% presentaban ideación suicida al momento del ingreso y el motivo del ingreso fue un intento autolítico en el 41,9%, lo cual relaciona la proximidad de la ideación autolítica directamente con el riesgo de suicidio. Chung et al. (9) 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.

Profundizando más en los factores de riesgo se planteó el **alta voluntaria**, Kuo et al (32) 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 solo hubo cuatro altas voluntarias (12,9%) de las estancias de nuestro estudio finalizaron en el momento indicado por los médicos responsables. En el registro de casos se recoge un fallecimiento por suicidio (caso 21) que se produce en un permiso hospitalario en una serie de ingresos (en forma de puerta giratoria) que se produjeron en otra Unidad de Hospitalización de nuestra ciudad y otro (caso 27) que se produjo en un permiso de salida de una Unidad de Media-Larga Estancia. Estas circunstancias revelan la complejidad que supone la transición de cuidados.

La asociación entre **reingreso** y suicidio también podría tener trascendencia, Chung et al (9) detectó que las muestras de pacientes que ingresaron por primera vez tenían una tasa de suicidio posterior al alta más baja que aquellas que tenían antecedente de ingreso. Nuestra muestra corrobora esta publicación, ya que un 67,75% de pacientes se registraron con ingresos previos.

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. (33) y Deisenhammer et al. (34) el ahorcamiento aparece con un 42.1% y 34%, así como la precipitación obtiene un 6.3% y 18%, respectivamente. En nuestra muestra, la intoxicación medicamentosa voluntaria llevada es llevada a cabo por el 38,7% de los pacientes, siendo este el método más empleado. En segundo lugar, un 25,8% se suicidaron mediante precipitación. El ahorcamiento fue el tercer método más utilizado (16,12%), seguido del ahogamiento (9,68%). Por lo que esta variable está influida por la complejidad de cada caso y condicionada por la posibilidad individual de acceso a los métodos.

Por último, es interesante el análisis subdividido por ventanas temporales del estudio realizado por Bojanic et al.(27). En nuestra serie entre los pacientes que se suicidaron en la primera semana el 50 % lo hicieron mediante el salto de una altura. Creemos que esto es probablemente debido a la facilidad y rapidez de acceso a estos métodos, que requieren menos planificación que otros procedimientos.

En referencia a la segunda parte del trabajo en la que se realizaron autopsias psicológicas siguiendo el guion de la SSIPA (*Semi-structured Interview for Psychological Autopsy*) a profesionales sanitarios que habían atendido al paciente (segundas víctimas) no se encuentran estudios que siguieran estas características, por lo que los resultados obtenidos no pueden ser contrastados. La Entrevista de Autopsia Psicológica nos ayuda a esclarecer la naturaleza del fallecimiento incluso en los casos en los que la autopsia forense ha documentado la causa última del fallecimiento pero sin llegar a determinarla como un suicidio consumado. En nuestro registro tenemos 3 casos muy paradigmáticos de la utilidad de la información psicológica y social en la confirmación de estos casos (en alguno de ellos el paciente había ido a despedirse del propio profesional semanas antes).

Además de todo esto, gracias a las entrevistas, también hemos podido indagar sobre el impacto que suponen los fallecimientos cuya causa es el suicidio en profesionales sanitarios. Se obtuvieron 29 entrevistas en relación a 21 de los 31 casos clínicos siendo 20 los profesionales (predominando los profesionales con más de 20 años de experiencia sobre los más jóvenes) colaboradores. Los resultados de la muestra obtenidos fueron que el 44,8% sufrieron dolor y afectación intensa tras enterarse, el 31% experimentaron sentimientos de pesar en forma de frustración y rabia por no haber podido hacer más. Las situaciones esperadas predominan con respecto a las inesperadas debido a la complejidad de los diagnósticos de los casos aunque sin diferencia significativa. Hay un porcentaje de 6,9% que sintieron inseguridad con otros pacientes posteriormente; esto se achaca también a la poca experiencia laboral de estos profesionales (19). El 10,3% sienten culpabilidad cayendo en la “tiranía retrospectiva”, recordando las señales de advertencia que parecían “obvias” pero no se reconocieron. No es infrecuente la valoración de que era la crónica de una muerte anunciada, incluso a pesar de que realizar una asistencia intensiva y con adecuada coordinación.

Todo ello nos hace reflexionar sobre la necesidad de crear un plan de apoyo y postvención para estas segundas víctimas, que al fin y al cabo experimentan un duelo de manera desprotegida. Brown et al (35) propone que cualquier terapeuta que trabaje, especialmente aquellos en su

periodo de residencia, con pacientes suicidas debería estar preparado de antemano para la posibilidad de experimentar un suicidio consumado de uno de sus pacientes. Tras esto, es necesario compartir la responsabilidad y hablar de los propios sentimientos y temores. Algunos opinan que lo más útil es hablar con la familia y amigos y con asesores o supervisores. Esto puede hacerse en reuniones especiales entre supervisor y terapeuta o en reuniones de grupo, en las que el terapeuta puede contar su historia sobre el paciente. Algunos proponen tomarse "días de descanso". Las revisiones del caso o las autopsias psicológicas pueden ser útiles si están orientadas al aprendizaje y no a la culpabilización. Un mensaje claramente útil es que hay que limitar las fantasías de los terapeutas de tener el control último sobre la vida de los pacientes. El suicidio de un paciente puede influir en el vínculo terapéutico con los pacientes y contaminar su relación con la culpa, por eso requiere apoyo.

A la luz de esta información contradictoria, es obvio que planificar de antemano cualquier ayuda que sea universalmente útil es una tarea difícil, si no imposible. Por tanto, estamos de acuerdo con Grad et al (36) cuando considera que tal vez lo más sensato sería preparar un marco de procedimientos para luego escuchar las necesidades de la segunda víctima, o las necesidades del equipo que vivió el suicidio del paciente. Cada institución debería preparar unas guías de postvención flexibles para apoyar y atender las necesidades individuales de los profesionales.

7- CONCLUSIONES

1. Se ha establecido el primer Registro de casos de pacientes víctimas de suicidio tras el alta de UHA del Servicio de Psiquiatría del HCU en los años 2015-2022. A falta de esclarecer la causa de la muerte en el 7,5% de los fallecidos, el porcentaje de pacientes que han fallecido por suicidio supone el 26% de las causas de muerte y del total de los episodios de hospitalización significan el 1,1% de los mismos.
2. En relación al perfil sociodemográfico de los mismos destacar que hay un predominio masculino (71%) y una edad media de 50 años. La situación laboral más frecuente es el desempleo, ya sea por incapacidad laboral, baja, jubilación...(77,4%). El estado civil más prevalente es estar soltero (45%). Como factores precipitantes a tener muy en cuenta destacan las rupturas sentimentales (22,5%) y los duelos complicados por pérdida de seres queridos (19,4%).
3. El trastorno psiquiátrico asociado más frecuentemente con el suicidio es el trastorno afectivo (38,7%), seguido por el trastorno adaptativo (22,5%). En tercer lugar se encuentran los trastornos psicóticos (19,35%). Estas patologías psiquiátricas elevan la gravedad. El abuso de alcohol o consumo de sustancias concomitante, así como la comorbilidad con otros trastornos médicos asociados son factores predisponentes.
4. La comorbilidad física existente en esta cohorte era de un 9,7% de trastornos médicos asociados.
5. El 61,28% de los pacientes se suicidaron durante los tres primeros meses tras el alta (90 días fatídicos), y un 21,05% de estos fue durante la primera semana tras el alta. La estancia media hospitalaria (17,35 días) no supuso un factor de riesgo para suicidio.
6. El 83,9% de pacientes presentaban ideación de muerte en el momento del ingreso. El 67,7% del total habían tenido tentativas previas y un 41,9% ingresaron a causa de ello, convirtiéndose la ideación y conducta autolítica en el principal factor de riesgo a tener en cuenta.
7. El método de suicidio principal es la sobreingesta medicamentosa voluntaria (38,7%), por lo que una adecuada supervisión de la disponibilidad que tiene el paciente a los medicamentos podría ser una estrategia de prevención. El segundo método con más prevalencia es la precipitación (25,8%).
8. De los 20 profesionales sanitarios que habían tratado al paciente previamente al suicidio refieren en sus testimonios haber tenido un fuerte impacto y sentimientos de dolor y afecto (44,8%), así como rabia y frustración por no haber podido hacer más (31%) e inseguridad (6,9%). Se propone unas guías de postvención flexibles para apoyar y atender las necesidades individuales de los profesionales.
9. El análisis incidente crítico de los 31 casos, así como la realización de las autopsias psicológicas a 20 segundas víctimas señala la inmensa complejidad de cada uno aportando indicadores clínicos (máscaras de depresión que simulan falsa mejoría, reactividad al tratamiento, suicidios crónicamente anunciados...) y asistenciales (altas voluntarias, no acudir a citas...) de signos de alarma y de alto riesgo.
10. En este contexto se proponen registros de casos de suicidio tras el alta que incluyan autopsias psicológicas de forma estandarizada realizada conjuntamente por el equipo multidisciplinar especialmente con Atención Primaria y Medicina Legal y que pudiera quedar reflejada en un apartado reservado de la Historia Clínica Electrónica. Todo ello conlleva cambios en los estándares relacionados con coordinación en los planes de continuidad asistencial post-alta (ej. plazos de primeras y sucesivas visitas post-hospitalización).

BIBLIOGRAFÍA

1. Nizama V. Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología* [Internet]. 2011;15(2):81–85. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203122516002>
2. 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>
3. Cuevas J, Serrano A, Rodríguez JL, Baladón L. Hospitalización psiquiátrica breve. Conducta suicida. En: Cuevas J. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2020. p. 245–57.
4. Álvarez M, Atienza G, Ávila MJ, Canedo C. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. ed. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Galicia; 2012
5. 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).
6. 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.
7. Desai RA, Dausey DJ, Rosenheck RA. Mental health service delivery and suicide risk: the role of individual patient and facility factors [Internet]. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):311-318. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org>
8. Prestmo A, Høyen K, Vaaler AE, Torgersen T, Kvithyld TP, Cohen LJ, et al. Post-discharge suicide among high-risk psychiatric inpatients: Risk factors and warnings signs. *J Affect Disord Reports*. 2023;12(7006).
9. 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.
10. 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 hospitalisation. *BMJ Open*. 2019;9(3):3–5.
11. 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.
12. García-Caballero A. Adaptación y validación de la entrevista semi-estructurada de autopsia psicológica (SSIPA) en Español. *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38(6): 332-9
13. Jiménez I. La autopsia psicológica como instrumento de investigación. *Rev colomb Psiquiatr*. 2001;271-6
14. Cañón Buitrago SC, Garcés Palacios S, Echeverry Díaz J, Bustos Gonzales E, Pérez Uribe V, Lopez MA. Autopsia psicológica: una herramienta útil en la caracterización del suicidio. *Arch Med*. 2016;16(2):410–21.
15. Ceballos-Espinoza, F. Aplicación de la autopsia psicológica en muertes de alta complejidad. *Anuario de Psicología Jurídica*. 2015; 25(1) 65-74.

16. Werlang BSG, Botega, NJ. A semistructured interview for psychological autopsy: an inter-rater reliability study. *Suicide Life-Threat Behav* 2003;33,3:326-330.
17. Katherine D, Poches P. Métodos , modelos y evaluación en la autopsia psicológica : una revisión bibliográfica en Iberoamérica. *Rev Crim.* 2019;145–59.
18. De Lycitra LA, Yavarone. La autopsia psicológica. Técnica de trabajo pericial forense. 2011. En: <https://franciscomanes.files.wordpress>.
19. Gad OT. Clinicians after the suicide of their patients. En: Wasserman D. ed. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. New York: Oxford University, 2021. pp 549-553.
20. 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.
21. Illescas M. Estudio longitudinal y autopsia psicológica de los pacientes ingresados entre 2019-2021 fallecidos por suicidio tras el alta hospitalaria. Trabajo Fin de Grado. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. 2022.
22. Chandramohan D, Soleman N, Shibuya K, Porte J. Ethical issues in the application of verbal autopsies in mortality surveillances systems. *Tropical Medicine and International Health*. 2005; 10; 11: 1087-89.
23. 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).
24. Appleby L, Shaw J, Amos T et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services. National Clinical Survey. *BMJ*. 1999; 318; 1235-39.
25. 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.
26. Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric in-patient care. *Lancet*. 1993; 342: 283-286.
27. 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.
28. Turecki 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).
29. Zahid S, Upthegrove R. Suicidability in Autistic Spectrum Disorders. *Crisis*. 2017; 38: 237-246.
30. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(7):1–23.

31. Clarke S, Allerhand LA, Berk MS. Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. *F1000 Faculty Rev.* 2019;8: 1-12.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. Brown HN. Patient suicide during residency training: incidence, implications and program response. *J. Psychiatric Education.* 1987; 11: 201-16.
36. Grad OT, Andriessen K. Guidelines to assist clinical staff after the suicide of the patient. International Association for Suicide Prevention (IASP). http://www.iasp.info/pdf/postvention/guideline_to_assist_clinical_staff_after_suicide_patient_grad.pdf.

ANEXO

-Anexo 1: Guion SSIPA (*Semi-structured Interview for Psychological Autopsy*)

- 1. Precipitantes o estresores:** *¿Ocurrió algo antes de la muerte que pudo tener relación con lo sucedido?*
 - 1.1 *¿Acontecimiento inmediato?*
 - 1.2 *¿Cuál ha sido el grado de frustración o reacción afectiva?*
 - 1.3 *¿Hubo otros acontecimientos?*
- 2. Motivación suicida:** *¿Por qué se produjo el suicidio?*
 - 2.1 *¿Razones para desear morir?*
 - 2.2 *¿Problemas o acontecimientos suficientemente graves para tomar decisión de morir para acabar con ellos?*
 - 2.3 *¿Síntomas de malfuncionamiento biopsicosocial?*
 - 2.4 *¿Rasgos de personalidad de patrón de no confrontación existencial?*
 - 2.5 *¿Antecedentes familiares o de otro tipo como predisponentes?*
 - 2.6 *¿Otras razones que lo expliquen mejor el exitus?*
- 3. Letalidad:** *¿Cómo se produjo?*
 - 3.1 *Método letal*
 - 3.2 *Autoinfligido.*
 - 3.3 *Capacidad para evaluar grado de letalidad.*
 - 3.4 *Accesibilidad del método elegido.*
- 4. Intencionalidad:** *¿Qué pasos llevó a cabo para producir la muerte?*
 - 4.1. *Pruebas de desempeño de papel directo y consciente.*
 - 4.2. *¿Verbalización de suicidio para solucionar sus problemas?*
 - 4.3. *¿Estilo de vida con implicaciones peligrosas o nocivas para la salud que indicasen deseos o intención de morir?*
 - 4.4. *¿Testamentos, disposiciones, regalos, notas de despedida... sugerentes de posible suicidio?*
 - 4.5. *¿Hubo planificación de lugar, hora, día para efectuar acto suicida?*
 - 4.6. *¿Justificación de situación insostenible y/o altruismo?*
 - 4.7. *¿Otras pruebas que conllevasen otra posibilidad diferente al suicidio?*
- 5. Reacción emocional de los profesionales y de la familia**

-Anexo 2: Tabla 1- Resultados cuantitativos de la muestra

Características del paciente	Número de pacientes (N=31)	Porcentaje en nuestra muestra
Sociodemográficas		
Mujer	9	29,03%
Hombre	22	70,96%
Soltero	14	45,16%
Casado	8	25,80%
Separado	8	25,80%
Viudo	1	1%
Vivir solo	7	22,58%
Estado laboral activo	7	22,50%
Estado laboral no activo	24	77,40%
Diagnóstico principal		
Trastorno psicótico	6	19,35%
Trastorno afectivo	12	38,70%
Trastorno adaptativo	7	22,50%
Trastorno Personalidad	3	9,70%
Trastorno Espectro Autista	1	3,22%
Trastorno Distímico	1	3,22%
Alcoholdependencia	1	3,22%
Características clínicas		
Ruptura sentimental reciente	7	22,58%
Duelo complicado	6	19,40%
Intentos autolíticos	21	67,70%
Franja temporal		
<7 días	4	12,90%
7 días-3 meses	15	48,38%
3 meses-12 meses	9	29%
>12 meses	3	9,70%
Métodos de suicidio		
Precipitación	8	25,80%
Ahorcamiento	5	16,12%
Sobreingesta medicamentosa	12	38,70%
Chocar con vehículo	1	3,20%
Ahogamiento	3	9,70%

-Anexo 3: TABLA 2- Análisis incidente crítico de los casos

Caso	Sexo	Edad	Estado civil	Situación laboral	Año del último ingreso en HCU	Duración del último ingreso en HCU	Ingresos	Altas Voluntarias	Franja temporal	Franja temporal (días)
1	V	21	soltero	Estudiante	2022	7 días	Voluntario	Alta Voluntaria	21 días tras su ultimo ingreso, 5 meses después tras ingreso en nuestra Unidad	150
2	M	48	soltera	Incapacidad laboral	2021	17 días	Voluntario		3 meses	90
3	V	51	divorciado	activo	2021	11 días	Voluntario		3 días	3
4	M	61	soltera	jubilada	2021	17 días	Involuntario		42 días	42
5	V	65	divorciado	desempleo	2021	10 días	Involuntario		42 días	42
6	V	31	soltero	discapacitado	2021	45 días	Involuntario		7 meses tras UHA, 5 meses tras alta en subagados	210
7	V	53	separado	incapacidad laboral	2021	30 días	Voluntario		18 meses	540
8	M	67	casada	no actividad	2020	13 días	Voluntario		5 días	5
9	V	48	soltero	incapacidad	2020	16 días	Involuntario		8 días	8
10	V	72	viudo	jubilado	2020	18 días	Voluntario		50 días	50
11	V	78	casado	jubilado	2019	13 días	Voluntario		50 días	50
12	V	34	soltero	Incapacidad laboral	2019	42 días	Involuntario		120 días	120
13	V	40	soltero	activo	2019	15 días	Voluntario		4 meses	120
14	V	43	soltero	incapacidad permanente absoluta	2018	17 días	Involuntario		40 días	40
15	V	68	divorciado	incapacidad permanente absoluta	2018	15 días	Voluntario		5 días	5
16	V	33	soltero	desempleo	2018	20 días	Voluntario		10 días	10
17	V	39	casado	conductor, baja laboral reciente	2017	16 días	Voluntario		4 meses	120
18	V	48	casado	activo, agricultor	2017	3 días	Voluntario	Alta Voluntaria	17 días	17
19	M	63	casada	actividades domesticas	2017	13 días	Involuntario		4 días después de su ultimo ingreso, 23 meses tras nuestro ingreso	690
20	V	66	divorciado	jubilado	2017	17 días	Voluntario		19 días	19
21	V	61	divorciado	incapacidad absoluta	2017	9 días	Posterior ingreso Involuntario (1mes) a los 7 días en HUMS, e ingreso de nuevo a los 6 días (43 días)	Alta Voluntaria	Durante el ingreso (día 17)) en un permiso, 5 meses desde nuestro alta	150

-Anexo 3: TABLA 2- Análisis incidente crítico de los casos

22	V	43	soltero	incapacidad laboral	2017	10 días	Voluntario		5 meses	150
23	M	67	casada	jubilada	2016	33 días	Voluntario		2 días	2
24	M	39	casada	baja	2016	3 días	Voluntario	Alta voluntaria	4 meses	120
25	M	21	soltera	desempleo	2016	4 días	Voluntario		3 años	13140
26	V	70	casado	jubilado	2016	40 días	Voluntario		2 meses	60
27	V	44	soltero	incapacidad laboral	2016	28 días	Involuntario		5 meses	150
28	M	45	soltera	baja	2015	20 días	Voluntario		3 meses tras ingreso en UHA y 2 semanas tras alta en H. de Día	90
29	M	45	separada	activa	2015	9 días	Voluntario		21 días	21
30	V	44	soltero	baja laboral	2015	21 días	Voluntario		1 mes	30
31	V	47	separado	activo	2015	6 días	Voluntario		30 días	30

-Anexo 3: TABLA 3- Análisis incidente crítico de los casos

Caso	Diagnóstico psiquiátrico principal	Diagnóstico 2	Diagnóstico 3	Otros diagnósticos médicos	Ideación e intentos autolíticos previos	Historia previa de estresores y Circunstancias que rodean el fallecimiento	Convivencia	Antecedentes familiares	Último contacto con el sistema de salud	Métodos de suicidio	Nota de despedida
1	Trastorno Desarrollo (Trastorno Espectro Autista)	Trastorno Adaptativo			Intentos autolíticos previos	3 ingresos previos, vinculación previa con USM Infanto-Juvenil desde los 9-13 años por TDH y posterior asistencia en UTCA y Hospital de Día. Dificultad social. Buen apoyo familiar. Estresores académicos, no permitía cambios en la medicación. Se constató mejoría durante el ingreso. Se le citó posthospitalización en 1 semana en la UHA y en 20 días con psiquiatra de Adultos. Ingresos posteriores a nuestro ingreso por intentos autolíticos.	familia (padres)	No información, fue adoptado con 2 años origen ucraniano.		Precipitación	Se fue a despedir de algún profesional
2	Trastorno afectivo	Agorafobia	Trastorno personalidad	Hipotiroidismo, migrañas, dislipemia, hernia de hiato	Intento autolítico previo mediante IMV (motivo del ingreso)	6 ingresos previos. Seguida desde hace 30 años por distintos psiquiatras y servicios. Estresores: Discusión con su madre, cambio de psicóloga, empeoramiento de varias semanas con inestabilidad emocional, marcada soledad con pérdida de amistades y conflictiva intrafamiliar. Evolución favorable con mejoría anímica en el ingreso. Tras el alta, atendida en Urgencias Y consultas por crisis de ansiedad.	familia (madre y hermano)	Antecedentes familiares de depresión	10 días antes con la psicóloga	Sobreingesta medicamentosa voluntaria	
3	Trastorno Adaptativo				Intento autolítico previo (IMV asociada con alcohol) (motivo de ingreso)	Antecedentes psiquiátricos: contactos con psiquiatras desde hace 11 años por malestar psicológico sin existir continuidad. Personalidad premelancólica. Ruptura relación conyugal tras 15 años de manera inesperada, malestar emocional, estresores laborales y económicos lo que le lleva a crisis suicida. Se objetiva mejoría en el ingreso y se recomienda acompañamiento por previsible nuevas oleadas. Manifiesta planes de futuro con psiquiatra tras el alta.	cambio convivencia		Día anterior a Urgencias por dolor torácico inespecífico y psiquiatra privado	Precipitación	
4	Trastorno esquizoafectivo			hipotiroidismo, HTA		Ingresos previos hace 15 años. Motivo del ingreso: descompensación psicótica. Últimos dos años de predominio de clínica delirante y fases depresivas o maníacas y marcada dificultad para lazo social. Ingesta de alcohol. Dificultad de adherencia al tto. Discreta mejoría en el ingreso. Posteriores visitas en Consulta.	familia (hermana)	Hermana con trastorno esquizoafectivo y suicidios en familiares de rama materna	18 días antes en Urgencias, opresión precordial	Precipitación	

-Anexo 3: TABLA 3- Análisis incidente crítico de los casos

Caso	Diagnóstico psiquiátrico principal	Diagnóstico 2	Diagnóstico 3	Otros diagnósticos médicos	Ideación e intentos autolíticos previos	Historia previa de estresores y Circunstancias que rodean el fallecimiento	Convivencia	Antecedentes familiares	Último contacto con el sistema de salud	Métodos de suicidio	Nota de despedida
5	Trastorno delirante	Alcoholdependencia		Ca. Prostata previo		Alcoholdependencia, nula relación con su hijo, expareja y familia de origen. Motivo de ingreso: clínica paranoide de desconfianza hacia vecinos e ideación delirante de envenenamiento. No llegó a tener contacto con su psiquiatra por voluntad propia.	solo		No llegó a acudir a profesionales de Salud mental	Ahorcamiento	
6	Esquizofrenia	Posible Trastorno de Asperger		plaquetopenia, hidroadenitis	ideación de muerte	Trastorno mental grave desde los 18 años. Ingresos previos por clínica psicótica paranoide, aislamiento social, cronicidad de trastorno mental. Motivo de ingreso: reagudización psicótica. Reacción a toma de medicación. Atenuación de angustia en el ingreso. Se deriva a Subagudos donde mejora. Posterior seguimiento en Consultas y Centros de Día.	familia		2 semanas en Consultas	Sobreingesta medicamentosa voluntaria	Despedida a su psiquiatra de referencia
7	Trastorno Afectivo (Depresión recurrente)	Trastorno Personalidad		Radiculopatía en contexto de accidente de moto	ideación y conducta autolítica (cortes en brazos)	Motivo de ingreso: riesgo suicida. Historia de depresión desde su primer divorcio, ingresos previos, accidente de moto que precisó UCI un mes antes, situación de aislamiento y dificultades relacionales. Evolución del ingreso favorable.	solo		2 días antes con su psiquiatra de referencia	Sobreingesta medicamentosa voluntaria	
8	Trastorno Distímico	Trastorno Conversivo con clínica de depresión mayor de 3 meses		hipotiroidismo, HTA, dislipemia, DM	ideación autolítica	Personalidad premórbida neurótica, síntomas somáticos acudiendo hasta 6 veces a Urgencias en 2 meses, situación de claudicación familiar. Motivo de ingreso: clínica de depresión mayor grave de 3 meses de evolución. No mejoría durante el ingreso. Se propone alta ante el riesgo de desarrollar dependencia y tratamiento ambulatorio realizado a los 3 días tras el alta sin llegar a acudir a la cita la semana siguiente por fallecimiento.	familia (marido e hijos)		3 días antes en consulta con psiquiatría	Precipitación	

-Anexo 3: TABLA 3- Análisis incidente crítico de los casos

Caso	Diagnóstico psiquiátrico principal	Diagnóstico 2	Diagnóstico 3	Otros diagnósticos médicos	Ideación e intentos autolíticos previos	Historia previa de estresores y Circunstancias que rodean el fallecimiento	Convivencia	Antecedentes familiares	Último contacto con el sistema de salud	Métodos de suicidio	Nota de despedida
9	Trastorno delirante	Trastorno Personalidad			Ideación autolítica	Motivo de ingreso: Dificultades relacionales con compañeros de piso y alteraciones conductuales en domicilio materno. Ingresos previos en nuestra unidad. Asistencia ambulatoria desde 2013. Desconfianza al tratamiento. Frustración por no poder llevar vida autónoma	piso compartido protegido		3 días antes con psiquiatra de referencia	Sobreingesta medicamentosa voluntaria	
10	Trastorno Depresivo Mayor	Trastorno Personalidad		Inicio deterioro cognoscitivo	ideacion y conducta autolitica por IMV	Historia previa de consumo de alcohol, vinculacion intermitente con USM desde 2003. Motivo de ingreso: intenso malestar psicológico con riesgo suicida. No adaptacion residencia. Viudedad reciente. Mejoría en el ingreso. Se recomendó tto ambulatorio con Salud Mental al que no acudió.	solo	Historia familiar de suicidio (hermana, tío y sobrino)	MAP	Ahogamiento en acequia	
11	Trastorno Adaptativo			ACV, aneurisma aortico, valvulopatía, hipertrofia prostática	ideacion y tentativas de baja letalidad previas (motivo de ingreso) intento autolítico grave 15 días tras el alta	Estado depresivo de varios meses que lo llevan a Urgencias hasta en 3 ocasiones con malestar psicológico ante las secuelas de ACV. Antecedente de consumo de alcohol, alteraciones conductuales. Motivo de ingreso: tentativas e ideación autolítica. Mejoría en el ingreso. Se recomendó tto ambulatorio	familia (mujer, hija y yerno)			Ahogamiento en acequia	
12	Esquizofrenia paranoide			Sobrepeso, consumo de sustancias anabolizantes		Motivo de ingreso: Descompensación psicótica aguda. Antecedentes de asistencia psiquiátrica desde los 18 años por consumo de psicoestimulantes. Ingresos previos. Historia de siniestros totales en conducción de coches. Discreta mejoría con persistencia de clínica delirante.	familia (padres)			Precipitacion	
13	Trastorno Personalidad	Trastorno por Consumo de sustancias psicoactivas		Bronquitis asmática	Tentativas de baja letalidad, gestos autolesivos (motivo de ingreso)	Motivo de ingreso: tentativas y Consumo Perjudicial de sustancias, Ingresos previos y largo recorrido de profesionales privados. Situación de claudicación familiar. Mejoría parcial de clínica depresiva. Se recomendó tto ambulatorio en Salud Mental y en Centro de Atención de Drogodependencia.	familia		Neumólogo o privado	Sobreingesta medicamentosa voluntaria	

-Anexo 3: TABLA 3- Análisis incidente crítico de los casos

Caso	Diagnóstico psiquiátrico principal	Diagnóstico 2	Diagnóstico 3	Otros diagnósticos médicos	Ideación e intentos autolíticos previos	Historia previa de estresores y Circunstancias que rodean el fallecimiento	Convivencia	Antecedentes familiares	Último contacto con el sistema de salud	Métodos de suicidio	Nota de despedida
14	Trastorno delirante	Trastorno Personalidad		cistoadenoma páncreas	Ideación autolítica	Antecedentes de ingreso psiquiátrico y asistencia desde 2007 a nivel ambulatorio. Consumo de alcohol. Motivo de ingreso: reagudización de tr.bipolar asociado a clínica paranoide. Disputa familiar con cese de convivencia, rasgos narcisistas e histrionicos. Mejoría parcial de clínica paranoide	familia (padres)	Hermano suicidado por sobredosis tras ADVP. Hermana tr bipolar		Autolisis con el coche	Nota de despedida advirtiendo el método empleado
15	Trastorno Depresivo	Trastorno Delirante	Alcohol dependencia	HTA, dislipemia, hipertrofia prostática	intento autolítico previo IMV (motivo del ingreso)	Antecedentes de ingreso psiquiátrico, vinculación a Consultas Externas. Consumo de alcohol y ludopatía. Personalidad con tendencia a introversión. Depresión crónica al fallecer su padre. Mejoría parcial de clínica depresiva. Se recomendó tto ambulatorio a los 15 días pero no llegó a acudir.	solo			Se tiró a las vías del tren	
16	Trastorno Bipolar (episodio depresivo)	Trastorno Personalidad			intento autolítico, consumo de sustancias psicoactivas (motivo del ingreso)	Antecedentes de ingreso psiquiátrico en contexto de consumo de sustancias. Mejoría de clínica depresiva. Se recomendó tto ambulatorio en Salud Mental con cita posthospitalización a la semana	familia			Sobreingesta medicamentosa voluntaria	
17	Trastorno Adaptativo mixto	Trastorno Personalidad		Bradicardia y mareos	intento autolítico por IMV y alcohol (motivo del ingreso)	Contactos puntuales en Salud Mental en 2007 por ingestas etílicas. Malestar psicológico en forma de disforia y ansiedad generalizada desde hace 6 meses. Estresores relacionados con su familia de origen. Mujer en proceso oncológico. Se reseña consumo de sustancias psicoestimulantes con 9 meses de abstinencia. Dificultad en el ingreso para control de impulsos y agresividad, mejoría anímica. Se recomendó cita posthospitalización en 10 días a la cual no acudió.	familia		12 días antes con MAP	Sobreingesta medicamentosa voluntaria	
18	Trastorno Adaptativo	Trastorno Personalidad		SAOS	intento autolítico	Ingresos previos. Antecedentes de alcohol dependencia. Estresores laborales y económicos. Motivo de ingreso: clínica depresiva y ansiosa de 2 años de evolución. Alta agresividad en forma de enfado hacia ingreso y profesionales expresando en consultas posteriores persistencia de clínica	familia (mujer e hija)	Madre: depresión. Dos tíos maternos suicidio tras depresión		Sobreingesta medicamentosa voluntaria	

-Anexo 3: TABLA 3- Análisis incidente crítico de los casos

Caso	Diagnóstico psiquiátrico principal	Diagnóstico 2	Diagnóstico 3	Otros diagnósticos médicos	Ideación e intentos autolíticos previos	Historia previa de estresores y Circunstancias que rodean el fallecimiento	Convivencia	Antecedentes familiares	Último contacto con el sistema de salud	Métodos de suicidio	Nota de despedida
19	Trastorno delirante crónico			Dislipemia, HTA, epilepsia lóbulo frontal, gonartrosis	intento autolítico por descompensación psicótica	Motivo de ingreso: descompensación psicótica que cursó con agitación. Antecedente de ingreso y tto ambulatorio regular de 30 años de evolución. Estresores: desconfianza hacia el psiquiatra de referencia. Patología psicótica muy grave. Evolución: remisión parcial de clínica psicótica. Se remite a tto ambulatorio.	familia			Precipitación	Hizo voluntades anticipadas
20	Trastorno Personalidad			Dislipemia, episodios de dolor precordial no coronarios	intento autolítico previo (motivo de ingreso)	Antecedentes de ingreso en nuestra Unidad. Vinculación con USM desde hace 9 años. Estresores: Cambio reciente de psiquiatra, proceso de separación tras 37 años de matrimonio. Evolución favorable y expresión de planes de futuro	cambio de convivencia	Posible suicidio de su abuelo		Ahorcamiento	Nota de despedida encontrada por su hija
21	Trastorno Depresivo recurrente	Trastorno Personalidad			ideación y conducta autolítica	Ingresos previos. Historia de primera descompensación depresiva a los 40 años. Tras su divorcio hubo una recurrencia y desde entonces no hubo recuperación de eutimia. Motivo de ingreso: intensificación clínica depresiva con riesgo autolítico. Situación de aislamiento y reingresos frecuentes. Alta Voluntaria, se recomendó cita en USM pero hubo historia de reingresos hasta que se suicidó en un permiso del último.	solo	Depresión rama materna (tía)		Precipitación	
22	Alcohol dependencia	Trastorno Personalidad			intento autolítico previo (motivo de ingreso)	Alcohol dependencia con repercusiones a nivel legal, social y familiar. Motivo de ingreso: tentativa de suicidio por ansiedad y depresión en 3 últimos meses. Discusión con su madre de la que tiene orden de alejamiento. Aislamiento social. Se recomienda Centro de Día.	albergue			Ahorcamiento	

-Anexo 3: TABLA 3- Análisis incidente crítico de los casos

Caso	Diagnóstico psiquiátrico principal	Diagnóstico 2	Diagnóstico 3	Otros diagnósticos médicos	Ideación e intentos autolíticos previos	Historia previa de estresores y Circunstancias que rodean el fallecimiento	Convivencia	Antecedentes familiares	Último contacto con el sistema de salud	Métodos de suicidio	Nota de despedida
23	Trastorno afectivo recurrente			Colecistectomía		Ingresos previos. Historia de depresión de hace 15 años precipitado por colecistectomía. Motivo de ingreso: empeoramiento de estado de ánimo, angustia por pérdida de peso. Estresores: Fallecimiento de su madre hace 8 meses que conlleva ruptura de relaciones con su hermano. Evolución favorable con planes de futuro. Tras el ingreso se citó con psiquiatra pero fue a los 2 días cuando desapareció dejando una nota.	familia			Ahogamiento en el canal	Nota de despedida
24	Trastorno personalidad	Trastorno de Conducta Alimentaria		Discopatía L4-L5, rizolisis, úlcera duodenal, hernia de hialo	Intento autolítico previo por IMV (motivo del ingreso)	Antecedentes de ingresos previos. A nivel ambulatorio visitada por psiquiatra privado. Estresores: Situación crónica de conflictividad relacional intrafamiliar. Incremento de malestar emocional. Se solicitó alta voluntario y continuar tto ambulatorio en 10-15 días.	familia		2 días antes en Urgencias por herida en el talón	Ahorcamiento	No información
25	Trastorno Adaptativo	Trastorno Personalidad			Ideación de muerte y gestos autolesivos de baja letalidad, consumo de sustancias (IMV) (motivo del ingreso)	Motivo de ingreso: episodio de agitación e intento autolítico. Estresores: Situación reciente de ruptura sentimental e historia previa traumática relacionada a duelo complicado tras fallecimiento de su madre. Consumo excesivo de alcohol. Evolución favorable. En citas posteriores en CSM verbaliza continuidad de ideación autolítica. Se cambia a vivir a otro sector.	familia			Sobreingesta medicamentosa voluntaria	
26	Trastorno Depresivo recurrente	Trastorno Neurocognitivo (Parkinson)	Inicio deterioro cognoscitivo	Parkinson	intento autolítico (motivo de ingreso)	Historia previa de ingresos por crisis de melancolía delirante en contexto de Parkinson e intentos autolíticos. Empeoramiento progresivo de su salud, Heteroagresividad del paciente hacia su mujer.	familia			Sobreingesta medicamentosa voluntaria	

-Anexo 3: TABLA 3- Análisis incidente crítico de los casos

Caso	Diagnóstico psiquiátrico principal	Diagnóstico 2	Diagnóstico 3	Otros diagnósticos médicos	Ideación e intentos autolíticos previos	Historia previa de estresores y Circunstancias que rodean el fallecimiento	Convivencia	Antecedentes familiares	Último contacto con el sistema de salud	Métodos de suicidio	Nota de despedida
27	Trastorno esquizoafectivo					Antecedente de ingresos Motivo de ingreso: Heteroagresividad verbal en vía pública por descompensación psicótica. Estresores: Cronicidad de trastorno mental grave, desvinculación familiar y desacuerdo con estar ingresado en Institución. Falleció en un permiso de salida de la UME de Huesca.	solo en la calle			Ahorcamiento	
28	Trastorno Depresivo	Trastorno Personalidad		dislipemia, quistes ováricos	Ideación autolítica y gestos autolíticos graves previos	Ingresos previos. Motivo de ingreso: intensificación de clínica depresiva con alto riesgo suicida. Estresores: Aislamiento social, cronicidad de Tr afectivo, dificultad en gestión emocional y elaboración de duelo del fallecimiento de su madre. Mejoría anímica. Se recomienda acudir a H. de Día produciéndose el suicidio 2 semanas más tarde de darle el alta de este.	familia		6 días antes en USM	Coma insulínico provocado	
29	Trastorno Adaptativo	Trastorno afectivo (Distimia)		hipotiroidismo	Ideación de muerte y gesto autolesivo en forma de IMV	Ingreso tras fallecimiento por suicidio hace 3 días de su hija de 17 años con TCA. Tenía fantasías de reunión con su hija. Historia de depresión asociada a consumo de alcohol relacionada con una separación traumática hace 4 años. Evolución favorable con atenuación de malestar y verbalización de razones para seguir viviendo (su hijo). Atendida posteriormente 4-5 veces en USM. Se suicidó justo al mes de la muerte de su hija.	sola			Sobreingesta medicamentosa voluntaria con alcohol	
30	Trastorno depresivo (Episodio depresivo mayor)			Alteraciones de la marcha, quiste aracnoideo, papiloma en plexos coroideos	ideación de muerte	Motivo de ingreso: clínica depresiva de varios meses. Historia de reacción de duelo hacia 15 años por el fallecimiento por suicidio de su primo. Tras fallecimiento de su padre hace 4 años, cambio en su vida centrada a cuidar a su madre con la que describe intensa dependencia. Personalidad vulnerable de tipo obsesivo. Evolución favorable. Se propuso incorporación al Hospital de Día al que no se llegó a incorporar por suicidio.	familia			Sobreingesta medicamentosa voluntaria	

-Anexo 3: TABLA 3- Análisis incidente crítico de los casos

Caso	Diagnóstico psiquiátrico principal	Diagnóstico 2	Diagnóstico 3	Otros diagnósticos médicos	Ideación e intentos autolíticos previos	Historia previa de estresores y Circunstancias que rodean el fallecimiento	Convivencia	Antecedentes familiares	Último contacto con el sistema de salud	Métodos de suicidio	Nota de despedida
31	Trastorno Adaptativo	Alcoholdependencia	Trastorno Personalidad		ideación e intento autolítico (motivo de ingreso)	Ingreso previo por clínica depresiva. Motivo de ingreso: crisis suicida. Natural de Nicaragua donde tiene dos hijos con los que mantiene relación. Estresores: Reciente ruptura de su última pareja, problemas de salud de su madre con cáncer, reciente intento autolesivo por ahorcamiento de su hijo de 22 años. Consumo perjudicial de alcohol. Se le atendió en USM y Consultas tras mejoría para tratar adicciones.	piso compartido, cambio convivencia			Precipitación	

-Anexo 4: Entrevistas mediante autopsia psicológica a los profesionales sanitarios (segundas víctimas)

- **Registro de caso #1:**

-MAP: le atendió 4-5 veces. No le llegó a conocer salvo por los buzones de informes por frecuentes intentos de autolisis de métodos variados y de gravedad.

-Psiquiatra de UHA: (adjunto de primer año). Tuvo una reacción inicial de negación. Le costó acordarse de él cuando se lo dijeron a pesar de que le conocía mucho del ingreso y de visitas posteriores. Estaba en estudio de investigación sobre Trastornos de Espectro Autista. Posteriormente hubo sentimiento de intenso pesar e impotencia por lo sucedido. Fue su primer paciente del que supo que se había suicidado. Sintió mucha frustración y rabia porque con frecuencia pensamos que sabemos más sobre el riesgo de suicidio. Posteriormente hubo un tiempo de inseguridad sobre valoración de riesgo autolesivo.

-Psiquiatra de referencia: Le conocía desde que hizo 18 años. Le sorprendió la noticia a pesar que era un paciente muy grave. Los padres le dijeron que era difícil su acompañamiento porque no había indicadores previos antes de los intentos de suicidio. Llamó para dar el pésame a su madre. Le afectó y reconoce que sintió pesar e impotencia. Se preguntó si se podría haber hecho algo más. Pensó en Subagudos pero el paciente no quería, era de los que rebatía mucho aunque también era cariñoso. Reflexionó que hay pacientes muy graves que necesitarían un acompañamiento permanente a pesar de que él tuvo apoyo de familia y de muchos profesionales.

- **Registro de caso #3:**

- Psiquiatra privado que le atendió el día de antes de su fallecimiento: Se vio profundamente afectado: “me quedé helado, el día anterior había expresado planes de futuro”. Fue al funeral y estuvo en contacto con la familia.

- Psiquiatra de la UHA: Sentimientos de frustración aunque no de alta sorpresa ya que esta posibilidad había sido comentada con compañeros del Servicio y también con el psiquiatra privado que le atendió. Hubo indicadores ya tardíos de que podía haber disimulado mejoría y que cuando le fueron a dar el alta él no había avisado a su padre tal y como les había dicho. Además, al comentar el informe de alta minimizó el impacto de la ruptura no deseada y mantuvo la idealización de la relación. Se contactó durante el ingreso con amigo personal del paciente que es médico del Hospital quién le vino a visitar y estuvo con él después del alta. Tras su fallecimiento hubo dos reuniones con los integrantes directos del equipo asistencial (psicóloga, enfermería, psiquiatra y residente) así como sesión clínica en la UHA y en el Servicio.

- **Registro de caso #4:**

- Residente de Psiquiatría que fue la última en valorarla en Urgencias dos semanas antes de su fallecimiento: Su reacción fue de disgusto y de tristeza. Era la primera paciente que fallecía por suicidio en sus dos años de experiencia. Recordaba que la paciente se despidió de ella refiriendo haber mejorado. Recuerda que cuando se produjo la defenestración la llevaron a Urgencias y ella estaba de guardia. Le acompañaron su hermana y primas. Hubo comentarios inadecuados por parte de algún profesional de Urgencias con respecto al alivio de la familia ante su fallecimiento. Reconoce que le impactó y generó cierta inseguridad temporal en la atención posterior a pacientes con crisis suicidas.

- **Registro de caso #5:**

- Su psiquiatra de UHA se enteró a través de una residente de nuestro Servicio que es de Calatayud. Le produjo sorpresa debido a que no había mencionado ideación suicida y la clínica era paranoide con una crítica parcial.

No hemos podido realizar entrevista con MAP y en USM de Calatayud no tenía abierta HC.

- **Registro de caso #6:**

- Su psiquiatra de referencia planteó causa de muerte natural tal y como decía la autopsia. Se entrevistó a la madre y se le confortó en su dolor.

- Su psiquiatra de UHA valoró el suicidio por ingesta de algún tóxico o producto como causa muy probable de suicidio. La reacción como profesional es de reflexión acerca de la dificultad inherente al tratamiento con pacientes jóvenes pero con muchos años de Trastorno Mental Grave y dificultad para vinculación con dispositivos de media estancia. El fallecimiento era la crónica de una muerte anunciada.

- **Registro de caso #7:**

- Psiquiatra de UHA: valoró el suicidio consumado como un suceso esperable tras muchos años de patología psíquica y en donde había una elaboración previa con algunos intentos previos y un estilo de vida en donde había alta impulsividad y realización de actividad de riesgo (conducción de motos...).

- **Registro de caso #8:**

- MAP: Conocía muy bien a la paciente y a su familia tras 30 años. Le sorprendió que le dieran un alta tan temprana. La situación clínica era insostenible desde que se inició su desestabilización psíquica. Como médico le surgían sentimientos de estar desbordado ya que hubo múltiples consultas a médicos de diferentes especialidades. Dio el pésame a la familia y les siguió atendiendo. Ellos no quisieron hablar de lo sucedido aunque recordaron el aniversario de su muerte en una consulta posterior.

- Psiquiatra privado: valoró el suicidio consumado como una manifestación de la gravedad del episodio depresivo que surgió sin estresor identificable. Coincidió con periodo vacacional en la UHA y por tanto no se le pudo atender personalmente, lo que también influyó para que no hubiera coordinación entre profesionales de la Psiquiatría. Considera difícil valorar la gravedad de su clínica que tuvo apariencia neurótica como así aparece en el diagnóstico del ingreso. La paciente atribuía su situación a una enfermedad neurodegenerativa como expresión de contenido melancólico en forma de ideación delirioide hipocondriaca. La paciente no llegó a ser atendida en USM: inicialmente por lista de espera y lo segundo por la gravedad de su patología tras no haberse conseguido remisión clínica. La cita posthospitalización era a la semana de la fecha de alta.

- **Registro de caso #9:**

- Psiquiatra de UHA: valoró una alta probabilidad de que hubiera un suicidio consumado como una manifestación de la gravedad y cronicidad de su patología psíquica. En los ingresos previos no había habido intentos autolesivos pero sí actos violentos hacia objetos en domicilio familiar. En el último ingreso había un alto grado de rabia y frustración tras años de enfermedad y de conflictividad actual por no estar de acuerdo con seguir plan de tratamiento psicofarmacológico y de rehabilitación (aunque estaba en contacto con el Centro de Inserción laboral y en programa

de Pisos Protegidos). La reacción profesional fue de frustración pero no de sorpresa ya que la vinculación terapéutica era muy precaria y complicada.

- **Registro de caso #10:**

-Psiquiatra ambulatoria: comentó la dificultad del trato con este paciente y consideró que el inicio de un proceso de demenciación fue clave para su decisión del suicidio. No le supuso sorpresa.

- **Registro de caso #11:**

-El psiquiatra de referencia ambulatorio: comentó que no había vinculación previa, que lo atendió un residente ya que era periodo estival. Posteriormente fue a Urgencias y fue a una residencia.

- **Registro de caso #12:**

- Psiquiatra de referencia: hubo un gran impacto entre los profesionales que le habían atendido. Había habido muchos intentos de tratamientos y todo el mundo era consciente de su gravedad. La reacción familiar (hermana) fue de enfado.

- **Registro de caso #13:**

-Psiquiatra de UHA y hasta fallecimiento: valoró la existencia de una alta probabilidad de que hubiera un suicidio consumado como una manifestación de la gravedad y cronicidad de su patología psíquica. La presión de sufrimiento era muy alta desde su adolescencia y se complicó con el temprano consumo de sustancias y del que nunca llegó a dejar (en últimos años en forma de consumo de psicofármacos o broncodilatadores). Había sentimiento crónico de vacío y de no haber cumplido expectativas de sus padres (maestros que le habían adoptado al poco de nacer ya que su madre biológica lo había dejado en una institución). Su estado de ánimo era depresivo de forma mantenida pero predominaba la inestabilidad. Había habido intentos autolesivos previos y conducta autolesiva sin finalidad autolítica. En este contexto de cronicidad se mostró ambivalente hacia sus padres con los que llegó a tener situaciones de enorme conflictividad a pesar del apoyo incondicional de ellos. Se marcharon de su Comunidad de origen donde él había tenido problemas interpersonales. La evolución fue tórpida desde el punto de vista psíquico, existía una ideación elaborada de suicidio como salida en caso de no encontrar alivio a su sufrimiento. La clínica de disnea y necesidad de alivio con broncodilatadores era un factor mantenedor importante. En las últimas consultas no hubo intensificación de ideación suicida, un disparador fue la insatisfacción e interpretación paranoide de la última consulta con Neumólogo. Su fallecimiento supuso pesar y sentimiento de impotencia por no haber encontrado alivio sintomático suficiente. No hubo sorpresa por otra parte. Expresó sus condolencias a sus padres quienes agradecieron el cuidado prestado, siendo conscientes de la dificultad del mismo.

- **Registro de caso #15:**

-Psiquiatra de UHA: le sorprendió la información de su muerte (proporcionada por la hija del paciente a través de una amiga suya que es médico del hospital). A pesar de la gravedad de la tentativa suicida que motivó ingreso, durante su estancia hubo mejoría y el paciente había verbalizado planes de dejarse cuidar e ir a una residencia. La relación de los hijos era de apoyo, incluso de su exmujer. No se ha podido contactar con psiquiatra ambulatorio de referencia por haberse jubilado.

- **Registro de caso #19:**

-Psiquiatra privada: le atendió cuatro días antes de su fallecimiento nos comentó reacción de intenso dolor y sorpresa en todo el equipo ya que la paciente había mostrado signos de mejoría a pesar de la persistencia de clínica psicótica. Pudo transmitir las condolencias a su esposo.

-Psiquiatra de la UHA: En el ingreso en la UHA dos años antes predominaba la clínica de fenómenos de influencia y pasividad que denotaban no solo gravedad sino cronicidad. No hubo manifestaciones depresivas asociadas importantes ya que el intento grave de suicidio fue hace 30 años.

- **Registro de caso #20:**

-Psiquiatras de referencia de la USM expresaron la complejidad de este caso por la especial forma de avisar previamente y con búsqueda de objetivos concretos. Previamente había duda en relación a la valoración de celotipia en la que se sospechó que pudiera tener una cualidad delirante. La respuesta de la hija fue de intenso desagrado y frustración hacia la conducta de supadre pero de agradecimiento hacia los profesionales.

- **Registro de caso #21:**

-No hemos podido realizar entrevista con MAP ni psiquiatras de referencia por estar en situación de jubilación y excedencia. Su muerte produjo un notable dolor y disgusto ya que todavía no estaba dado de alta. Se intentó minimizar el impacto ante otros pacientes todavía ingresados.

- **Registro de caso #23:**

-Psiquiatra de referencia junto con MIR de Psiquiatría: experimentaron sorpresa e incredulidad ya que la paciente había expresado mejoría en salidas progresivas a domicilio y porque no mencionaba directamente la ideación suicida. La clínica depresiva melancólica se fue acompañando de manifestaciones ansiosas y somatizadas que impidieron estimar la gravedad y por tanto haber planteado otras alternativas como TEC. Hubo un componente de especial tensión y repercusión mediática ya que se tardó en encontrar el cuerpo y en saber dónde estaba. La policía llamó a la planta ya que pensaron inicialmente que podía haberse ido con otra paciente con quien había quedado para comer. Se pusieron en contacto con la familia antes de saber su fallecimiento y también después. Su reacción fue la de un intenso dolor y estupefacción. Hubo un gran impacto personal y profesional.

- **Registro de caso #26:**

-Psiquiatra de UHA: su fallecimiento produjo pesar y frustración a pesar de que su evolución era cada vez más tórpida. Hubo situación de claudicación familiar por parte de las hijas y también situación de heteroagresividad del paciente hacia su esposa que era sintomática de su patología pero que se interpretó como propia de situación de violencia doméstica. No se ha podido contar con la psiquiatra que atendía al paciente por haberse jubilado.

- **Registro de caso #27:**

-Psiquiatra de referencia: su fallecimiento tuvo un profundo impacto entre los profesionales del CRP y produjo sorpresa ya que había habido una cierta estabilización clínica.

-Psiquiatra de UHA : su estado mental denotaba gravedad en su descompensación aguda y también deterioro relacional posterior con ruptura de lazos familiares y sociales (pasó tiempo en otros países y en situaciones sin techo).

- **Registro de caso #28:**

-Psiquiatra de la USM: (aunque no era ella quién atendía directamente a la paciente). Se produjo un fuerte impacto emocional tanto en profesionales que la atendieron como en la población. Hubo preocupación porque se extendiese el método de suicidio empleado. Estamos pendientes de contactar con MAP de la localidad donde vivía la paciente.

- **Registro de caso #29:**

-Psiquiatra de referencia de la USM: reveló el profundo impacto que supuso el fallecimiento de la paciente a pesar de que era consciente de que era una muerte anunciada. Sigue preguntándose si pudiera haber habido una mejor forma de haberse evitado (“haber sido más cauta”). La paciente no deseaba volver a ingresar y tenía apoyo social de su familia de origen. Es la paciente en donde el suicidio ha estado más de cara tras 10 años de vida profesional.

-Psiquiatra de la UHA: destacaría la complejidad de su cuidado tras haberse producido el suicidio de su hija con quién había una estrecha conexión previa. Todo ello a pesar de tener un apoyo de calidad por parte de su familia y allegados. Este suicidio tuvo una gran repercusión mediática al tratarse de menores ingresadas en planta de II por TCA y en el contexto de un pacto suicida. La noticia del fallecimiento de la paciente supuso una reacción de dolor y frustración así como de constatación de la enorme dificultad en el acompañamiento de personas con duelos que revelan situaciones de trauma complejo.

-Anexo 5: Documento 1. Dictamen favorable del Comité Ético de Investigación
Clínica de Aragón (CEICA)



**Informe Dictamen Favorable
Trabajos académicos**

C.I. PI23/124

5 de abril de 2023

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

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 05/04/2023, Acta Nº 07/2023 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Suicidio post alta en Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría y entrevista (autopsia psicológica) a segundas víctimas (profesionales sanitarios de Atención Primaria y/o Salud Mental).

Alumna: Miriam Cativiela Domingo

Tutor: Ricardo Campos Ródenas

Versión protocolo: Versión 3; Año 2022-2023

Versión documento de información y consentimiento: Versión 2, de fecha 01/04/23 (profesionales)

Se acepta la realización del estudio sin solicitar consentimiento a los familiares.

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 de los consentimientos informados y 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.**

Lo que firmo en Zaragoza
GONZALEZ HINJOS MARIA
DNI 03857456B
Firmado digitalmente
por GONZALEZ HINJOS
MARIA - DNI 03857456B
Fecha: 2023.04.10
16:19:33 +02'00'
María González Hínjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

-Anexo 6: Documento 2: Documento informativo para los profesionales.

INFORMACIÓN SOBRE ESTUDIO SUICIDIO POST ALTA EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS DE PSIQUIATRÍA Y ENTREVISTA (AUTOPSIA PSICOLÓGICA) A SEGUNDAS VÍCTIMAS (PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y/O SALUD MENTAL).

El ingreso en una Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) de Psiquiatría es un indicador asistencial de gravedad clínica y estamos interesados en disponer de una mejor información sobre aquellos pacientes que han fallecido tras haber sido dado de alta entre 2015-2022 en la UHA del Hospital Clínico Universitario (HCU). Hemos incluido el estudio de las causas naturales como las producidas por otras causas como son los suicidios consumados ya que hay muy pocos estudios internacionales y ninguno en nuestro país.

Por todo se plantea un estudio en el contexto de un Trabajo Fin de Grado y los investigadores son Miriam Cativiela Domingo (estudiante de sexto Grado de Medicina) y el Dr. Ricardo Campos Ródenas (Jefe de Sección de la UHA y Responsable del Servicio de Psiquiatría del HCU) quienes han firmado un Compromiso de confidencialidad. Es un estudio no financiado y para el que contamos con el permiso de la Dirección Médica del Hospital Clínico Universitario así como con la aprobación del Comité de ética de Investigación de Aragón.

En la primera parte del estudio se revisa variables clínicas y asistenciales de la historia clínica electrónica (y en concreto el informe de alta) de los pacientes fallecidos tras el ingreso. La revisión de la historia será realizada por el Dr. Campos quién confeccionará una ficha epidemiológica anonimizada en la que figura un código del estudio y no el nombre del paciente. Esta ficha será utilizada por la estudiante Miriam Cativiela para que su análisis descriptivo pueda ofrecernos indicadores que nos ayuden a mejorar nuestra asistencia a los pacientes ingresados y facilitar una mejor continuidad asistencial.

Hay una segunda parte de este estudio dirigida a los profesionales sanitarios, tanto de Salud Mental como de Atención Primaria, que atendieron (bien en el ingreso o bien ambulatoriamente) al paciente fallecido. Con ellos se solicitará su consentimiento para participar en el Estudio a través de una entrevista de 15-20 minutos de duración. En ella el Dr. Campos seguirá un guión de preguntas abiertas basada en una Entrevista Psicológica semiestructurada diseñada para valoración de personas que han fallecido de forma no natural. A través de ella se pretende hablar sobre áreas como precipitantes, motivación, letalidad, intencionalidad del fallecimiento así como la reflexión y repercusión emocional que el fallecimiento haya podido producir en el profesional.

Este estudio será defendido por la estudiante Miriam Cativiela en la Facultad de Medicina en Junio de este año y su estudio de campo se realizará en los meses de Abril y Mayo.