

Adriana Goñi-Sarriés¹
Lucía Janda-Galán¹
Patricia Macaya-Aranguren¹
Leire Azcárate²
José J. López-Goñi³
Ignacio Álvarez⁴

Diferencias entre los intentos de suicidio y otras urgencias psiquiátricas hospitalarias

¹ Servicio Navarro de Salud, Osasunbidea, Pamplona
² Centro de Salud Mental de Beasain, Osakidetza, Beasain
³ Universidad Pública de Navarra, Pamplona
⁴ Hospital de Día, Salud Mental, La Rioja

Introducción. No se han encontrado estudios en España que comparen el perfil de los pacientes atendidos en urgencias de psiquiatría por un intento de suicidio con los que acuden por otro motivo. El objetivo de este estudio era describir las diferencias entre ambos tipos de pacientes en relación a variables sociodemográficas, clínicas, la presencia de acontecimientos vitales adversos y la ideación de suicidio.

Metodología. Estudio descriptivo, multicéntrico y caso-control realizado en urgencias de psiquiatría en el que se valoraron 207 pacientes que habían acudido por un intento de suicidio (casos) y 233 que habían acudido por otro motivo (controles).

Resultados. Los casos presentaban una mayor proporción de intentos de suicidio previos (45,4% vs. 30,0%; $p=0,001$), y menor de atenciones previas en urgencias (55,6% vs. 65,7%; $p=0,030$), de antecedentes de trastorno mental (77,8% vs. 86,7%; $p=0,014$) y de seguimiento en Salud Mental (57,0% vs. 65,7%; $p=0,024$). El 31,8% ($n=74$) de los controles mostraba ideación de suicidio en el momento de la atención y el 61,4% ($n=143$) verbalizó su deseo de morir.

Conclusiones. No se ha obtenido un perfil sociodemográfico ni clínico específico entre quienes realizan un intento de suicidio, y sí se ha encontrado un alto porcentaje de pacientes con ideación de suicidio en las personas atendidas por otro motivo. Los resultados encontrados subrayan la necesidad de tener presente y valorar la ideación de muerte y el riesgo de suicidio en todos los pacientes que acuden a urgencias de psiquiatría.

Palabras clave: Salud mental, Urgencias de psiquiatría, Intento de suicidio, Ideación suicida

Actas Esp Psiquiatr 2018;46(3):83-91

Correspondencia:
José J. López-Goñi
Departamento de Psicología y Pedagogía
Universidad Pública de Navarra
Campus de Arrosadía s/n
31006 Pamplona (España)
Tel.: 948169243
Correo electrónico: josejavier.lopez@unavarra.es

Differences between suicide attempts and other psychiatric hospital emergencies

Introduction. In Spain, a comparative research study between those patients treated for suicide attempt and others treated by any other reason hasn't been found. The aim of this study is to describe the differences between both types of patients in relation to sociodemographic and clinic variables together with the adverse vital events and the suicidal ideation.

Methodology. A descriptive, multicentric and case-controlled study carried out in psychiatric hospital emergencies where 207 patients had been evaluated for a suicidal attempt (cases) and 233 were also evaluated by any other reasons (checkings).

Results. The cases presented a larger percentage of previous suicide attempts (45.4% vs. 30.0%; $p=0.001$) and a lower rates of prior emergency care (55.6% vs. 65.7%; $p=0.030$) of a history of mental disorder (77.8% vs. 86.7%; $p=0.014$) and follow-up in mental health. The 31.8% ($n=74$) exhibited suicidal ideation at the time of care and the 61.4% ($n=143$) expressed their desire to die when questioned.

Conclusions. Neither a specific sociodemographic nor clinic profile of those who try to commit suicide has been found. But a high percentage of patients with suicidal ideation were identified in people treated for other reasons. The results emphasize the need to consider and evaluate the ideation of death and the risk of suicide in all the patients treated in psychiatric hospital emergencies.

Keywords: Mental health, Psychiatric emergency, Suicide attempt, Suicidal ideation

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias (SU) son, a menudo, el primer lugar de contacto para personas con enfermedades físicas, mentales y con conductas suicidas, por lo que juegan un papel fundamental en la prevención¹, en la detección y en el tratamiento del suicidio². La conducta suicida supone una urgencia de primera magnitud. En Estados Unidos el ratio medio anual de visitas a urgencias en el periodo 1993-2008 por intento de suicidio era de 150/100.000³. En España no se dispone de registros fiables ni oficiales ya que conocer su incidencia es una tarea compleja metodológicamente debido a la heterogeneidad de pacientes que los presentan y a las dificultades del registro en los sistemas de información. La prevalencia, según un estudio poblacional español realizado entre 2001 y 2002, sería del 1,5%⁴. En otro estudio de 2008 se encontraron 255 intentos de suicidio al año por cada 100.000 habitantes, sin incluir aquellos que no acuden a centros sanitarios, por lo que la cifra estaría infraestimada⁵.

Es esencial que los SU estén bien equipados con personal entrenado en la evaluación y manejo de estos pacientes y que el resto de servicios estén dotados de suficientes recursos para el seguimiento tras el alta en urgencias⁶. Además se recomienda el uso de protocolos de evaluación del riesgo así como la aplicación de intervenciones breves, efectivas y viables para mejorar la atención sanitaria a estos pacientes⁷.

La investigación ha destacado una serie de factores de riesgo de la conducta suicida. El intento de suicidio es considerado un predictor clínicamente relevante⁸⁻¹⁰ y está presente en un tercio de los suicidios consumados. Otro factor de riesgo es padecer un trastorno mental principalmente, los trastornos afectivos¹¹, el abuso de sustancias¹², los trastornos adaptativos⁹ y los trastornos de personalidad. Estos últimos suelen presentar intentos menos graves, y aunque tienden a repetirlos¹³ son menos letales¹². Los acontecimientos vitales estresantes también están muy relacionados con la conducta suicida. Foster encontró que en aquellos casos en lo que no se objetiva la presencia de un trastorno mental, determinados estresores pueden actuar como factores de riesgo¹⁴. Entre ellos se han señalado los conflictos familiares y de pareja, las enfermedades familiares, las dificultades económicas¹⁵, la falta de apoyo social, vivir solo, el desempleo⁹ y las enfermedades crónicas, incapacitantes y con dolor crónico¹⁶. Habitualmente se señala que las mujeres presentan ratios de intentos de suicidio superiores al hombre y que éste presenta mayores tasas de suicidio consumado^{17,18}. El perfil de las personas que realizan un intento de suicidio suele ser el de una mujer, joven, con diagnóstico psiquiátrico y/o en tratamiento y con algún intento previo^{19,20}. En cuanto a otras características sociodemográficas, los resultados son dispares. Por ejemplo, en diferentes estudios se encuentra que el perfil predominante es de separadas²¹, solteras²⁰, o

que vivían acompañadas²². Algo semejante ocurre en cuanto al nivel de estudios.

En España se han comparado pacientes que habían realizado un intento de suicidio con pacientes atendidos en urgencias de un hospital general²³. Sin embargo, no se han comparado hasta la fecha pacientes que acuden por intento autolítico, frente a los que acuden por otro motivo en urgencias de psiquiatría. El conocimiento de las diferencias entre ambos perfiles de pacientes puede ayudar a establecer protocolos de intervención más ajustados a sus necesidades. Por ello, con el propósito de solventar la ausencia de información, el objetivo de este estudio es describir las diferencias entre los pacientes que acuden a las urgencias hospitalarias psiquiátricas por intento de suicidio y aquellos que lo hacen por cualquier otro motivo psiquiátrico en relación a variables sociodemográficas, clínicas, la presencia de acontecimientos vitales adversos y la ideación suicida.

METODOLOGÍA

La presente investigación cuenta con la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (proyecto nº 95/2014).

Se trata de un estudio observacional descriptivo, multicéntrico y de caso-control, en el que se aplicó un protocolo que recogía variables sociodemográficas, variables clínicas y una evaluación psiquiátrica de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra y del Hospital "Reina Sofía" de Tudela entre enero y octubre de 2015. Cuando se identificaba a un paciente con intento de suicidio (caso), se reclutaba al siguiente paciente atendido como control. Se ha considerado intento de suicidio todo comportamiento autoinfligido, potencialmente perjudicial, con resultado no fatal, para el cual hay evidencia, explícita o implícita, de intención de muerte²⁴.

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, acudir a urgencias psiquiátricas y firmar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron no aceptar participar, presentar imposibilidad para contestar, tener dificultad con el idioma o padecer discapacidad intelectual.

Las variables sociodemográficas recogidas fueron las siguientes: edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, ocupación, nivel de estudios, nivel socioeconómico, situación de convivencia, hijos, creencia religiosa.

Las variables clínicas fueron: antecedentes personales de trastorno mental, intentos previos de suicidio, enfermedad física discapacitante, historia familiar de suicidio, atención previa en urgencias psiquiátricas, ingresos previos en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, actualmente atendido en Salud Mental, en tratamiento farmacológico, apoyo

social/familiar actual, antecedentes familiares de trastorno mental, ajuste farmacológico en urgencias y diagnóstico clínico principal en la urgencia según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)²⁵.

Instrumentos

Escala de Acontecimientos Vitales Adversos de Brugha²⁶. Inventario que examina los acontecimientos vitales experimentados por el paciente en los últimos 6 meses. Consta de 12 ítems dicotómicos que sólo admiten dos respuestas, presente/ausente. A mayor número de acontecimientos mayor gravedad.

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)²⁷. Instrumento heteroaplicado propuesto por el DSM-III-R, que valora el nivel general de actividad del sujeto en la esfera psicosocial y laboral. La puntuación oscila entre 0 y 100. No existen puntos de corte, a mayor puntuación, mejor nivel de actividad. La escala se puntúa de acuerdo a la actividad global previa al intento de suicidio.

Escala Columbia (C-SSRS) de cribado de la ideación suicida²⁸. La escala completa es una entrevista semiestructurada que recoge la gravedad e intensidad de la ideación, la conducta suicida y la letalidad. Recientemente ha sido validada con muestra española²⁹. En este proyecto se utiliza la versión de cribado que recoge 5 tipos de ideación de gravedad creciente con una escala ordinal de 5 puntos (de 1= deseo de morir a 5= ideación suicida con plan específico e intención) y una última pregunta para conducta suicida.

Contexto de la investigación

Los dos centros hospitalarios que participaron en la investigación comparten el protocolo de ingreso y atención en urgencias. Cuando llega un paciente al servicio, personal sanitario debidamente entrenado realiza un triaje de los pacientes. Los que son considerados como un posible intento de suicidio, son atendidos en primer lugar por un médico del servicio de urgencias que tras estabilizar la situación orgánica, solicita interconsulta a psiquiatría. Estos pacientes son valorados por psiquiatras quienes elaboran un plan de tratamiento individualizado. Los pacientes que acuden a urgencias por otras causas relacionadas con salud mental, son derivados directamente desde el triaje para una evaluación psiquiátrica.

Procedimiento

La selección y valoración de la muestra se llevó a cabo a través de los miembros del equipo investigador (facultativos especialistas de psiquiatría y psicología clínica y psiquiatras

residentes) mediante entrevista clínica a los sujetos del estudio. Para ello, previamente se entrenó al equipo de investigación en la administración del protocolo de evaluación, y se realizaron reuniones mensuales para revisar la aplicación del protocolo de recogida de datos.

Las entrevistas se realizaron tras seleccionar y estabilizar, si era preciso, la situación clínica del paciente. Primeramente se les explicaba el protocolo del estudio, y tras haber obtenido el Consentimiento Informado firmado se comenzaba la entrevista. Ésta se realizaba antes del alta de urgencias o después de haber pasado suficiente tiempo en Observación de Urgencias hasta que la situación física y psiquiátrica lo permitía. Los intentos de mayor letalidad, con compromiso vital, se reclutaron tras interconsulta a psiquiatría o durante el ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos para todas las variables. En las comparaciones bivariadas entre los pacientes que habían realizado un intento de suicidio y los que no se empleó el análisis de χ^2 , o la prueba *t* de Student, según la naturaleza de las variables analizadas, considerándose una $p < 0,05$ como significativa. Para el análisis multivariado de las variables relacionadas con la pertenencia a cada uno de los grupos se realizó un análisis de regresión logística (método por pasos hacia adelante) en el que se incorporaron las variables que habían mostrado diferencias estadísticamente significativas. El criterio de entrada de cada variable se estableció en 0,05 y el criterio de retención en 0,10. Se empleó el test de Hosmer-Lemeshow para valorar la bondad del modelo. Se consideró significativa una diferencia de $p < 0,05$. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS (vs. 15.0).

RESULTADOS

En la Tabla 1 se describen las principales variables sociodemográficas de la muestra total, del grupo con intento de suicidio y del grupo sin intento. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos en estas variables.

En la Tabla 2 se recogen las variables clínicas. Quienes realizaron un intento de suicidio presentaban mayor proporción de intentos de suicidio previos (45,4% vs. 30,0%; $p=0,001$), y menor de atenciones previas en urgencias (55,6% vs. 65,7%; $p=0,030$), de antecedentes de trastorno mental (77,8% vs. 86,7%; $p=0,014$) y de seguimiento en Salud Mental (57,0% vs. 65,7%; $p=0,024$).

En los que no acudieron por intento se realizó más ajuste farmacológico que en los que acudieron por intento de

Tabla 1	Descripción de variables sociodemográficas							
	Total (N=440)		No intento de suicidio (n=233)		Intento de suicidio (n=207)		X ² (g.l.)	p
	n	%	n	%	n	%		
Sexo								
Hombres	184	41,8	99	42,5	85	41,1	0,09 (1)	0,762
Mujeres	256	58,2	134	57,5	122	58,9		
Estado civil								
Soltero/a	166	37,7	96	41,2	70	33,8	5,16 (3)	0,161
Casado/a o en pareja	167	38,0	86	36,9	81	39,1		
Divorciado/a Separado/a	88	20,0	39	16,7	49	23,7		
Viudo	19	4,3	12	5,2	7	3,4		
Nacido/a en España	378	85,9	201	86,3	177	85,5	0,05 (1)	0,819
Nivel de estudios								
Sin estudios	22	5,0	9	3,9	13	6,3	5,53 (3)	0,137
Estudios primarios	169	38,4	82	35,2	87	42,0		
Estudios secundarios	189	43,0	104	44,6	85	41,1		
Estudios universitarios	60	13,6	38	16,3	22	10,6		
Ocupación								
Empleado	217	49,20	106	45,50	111	53,60	5,92 (2)	0,052
No empleado	108	24,50	55	23,60	53	25,60		
Retirado	115	26,20	72	30,90	43	20,70		
Nivel socioeconómico								
Bajo	179	40,7	91	39,1	88	42,5	0,54 (1)	0,461
Medio	261	59,3	142	60,9	119	57,5		
Situación de convivencia								
Solo	80	18,20	45	19,30	35	16,90	3,56 (2)	0,168
Familia	322	73,00	163	69,90	159	76,80		
Otros	38	8,60	25	10,70	13	6,30		
Tiene hijos/as	227	51,6	113	48,5	114	55,1	1,90 (1)	0,168
Creencia religiosa								
No	190	43,2	98	42,1	92	44,4	0,58 (2)	0,747
Sí, no practicante	131	29,8	73	31,3	58	28,0		
Sí, practicante	119	27,0	62	26,6	57	27,5		
	M	(d.t.)	M	(d.t.)	M	(d.t.)	t (g.l.)	p
Edad	45,1	14,8	45,5	15,3	44,6	14,3	0,6 (438)	0,533

Tabla 2	Descripción de variables clínicas							
	Total (N=440)		No intento de suicidio (n=233)		Intento de suicidio (n=207)		X ² (g.l.)	p
	N	%	n	%	n	%		
Antecedentes de trastorno mental	363	82,5	202	86,7	161	77,8	6,00 (1)	0,014
Intentos de suicidio previos	164	37,3	70	30,0	94	45,4	11,07 (1)	0,001
Enfermedad física discapacitante	89	20,2	42	18,0	47	22,7	1,49 (1)	0,223
Atención previa en urgencias psiquiatría	268	60,9	153	65,7	115	55,6	4,70 (1)	0,030
Ingreso previo unidad hospitalización psiquiátrica	171	38,9	96	41,2	75	36,2	1,14 (1)	0,286
Tto. farmacológico actual	355	80,7	193	82,8	162	78,3	1,47 (1)	0,225
Apoyo social/familiar	364	82,7	190	81,5	174	84,1	0,48 (1)	0,486
Atendidos en Salud Mental	271	61,6	153	65,7	118	57,0	5,10 (1)	0,024
Antecedentes familiares de trastorno mental								
No	219	49,8	118	50,6	110	48,8		
Sí	178	40,5	93	39,9	85	41,1	0,17 (2)	0,920
No consta	43	9,8	22	9,4	21	10,1		
Historia familiar de suicidio	53	12	26	11,2	27	13	0,37 (1)	0,544
Ajuste farmacológico en urgencias	264	60,0	166	71,2	98	47,3	26,09 (1)	0,000
Diagnóstico urgencias								
No diagnóstico	78	18,6	23	9,9	55*	26,6		
Trastornos de consumo	51	13,0	23	9,9	28	13,5		
Esquizofrenia	22	5,6	16	6,9	6	2,9		
Otras psicosis	36	9,2	27	11,6	9	4,3		
Trastorno bipolar	25	6,4	20	8,6	5	2,4		
Trastornos afectivos	76	19,3	37	15,9	39	18,8	96,30 (12)	0,000
Ansiedad y trastornos obsesivo compulsivos	32	8,1	28	12,0	4	1,9		
Trastornos adaptativos	56	14,2	26	11,2	30	14,5		
Trastorno personalidad	41	10,4	22	9,4	19	9,2		
Retraso mental	4	1,0	3	1,3	1	0,5		
Otros **	19	4,8	8	3,4	11	5,3		

* Se incluyen los casos cuyo único diagnóstico es el intento de suicidio. ** Otros incluye: F09, F44, F45, F50-59, F84, Código Z

suicidio ($p < 0,001$). Los diagnósticos clínicos más representados en la muestra total fueron los trastornos afectivos, adaptativos y los trastornos por consumo de sustancias. Los trastornos afectivos, de consumo y adaptativos aparecieron en mayor proporción en los que acudieron por intento, fren-

te a las psicosis y los trastornos de ansiedad, en los que acudieron por otro motivo ($p < 0,001$).

La Tabla 3 recoge el resultado de la Escala Brugha. En el grupo de atención por intento de suicidio se ha objetivado

Tabla 3	Acontecimientos Vitales Adversos, Evaluación de la Actividad Global								
	Total (N=440)		No intento de suicidio (n=233)		Intento de suicidio (n=207)		X ²	g.l.	p
	n	%	n	%	n	%			
Escala de Acontecimientos Vitales Adversos									
Enfermedad propia	203	46,1	112	48,1	91	44,0	0,74	1	0,388
Problema grave con persona cercana	185	42,0	87	37,3	98	47,3	4,50	1	0,034
Enfermedad familiar	102	23,2	57	24,5	45	21,7	0,46	1	0,499
Crisis económica grave	96	21,8	38	16,3	58	28,0	8,81	1	0,003
Ruptura de relación	94	21,4	42	18,0	52	25,1	3,28	1	0,070
Pérdida de empleo o no encontrado	73	16,6	41	17,6	32	15,5	0,36	1	0,547
Muerte familiar o amigo 2º grado	61	13,9	36	15,5	25	12,1	1,04	1	0,307
Separación	48	10,9	19	8,2	29	14,0	3,87	1	0,049
Problemas con la policía o legales	48	10,9	26	11,2	22	10,6	,032	1	0,859
Muerte familiar 1º grado	24	5,5	9	3,9	15	7,2	2,43	1	0,119
Robo o pérdida de objeto de valor	23	5,2	12	5,2	11	5,3	,006	1	0,939
Despido laboral	19	4,3	11	4,7	8	3,9	0,19	1	0,659
Escala de Evaluación de la Actividad Global									
0-30	37	8,4	23	9,9	14	6,8			
40-60	254	57,7	131	56,2	123	59,4	1,45	2	0,483
70-100	149	33,9	79	33,9	70	33,8			
Escala Columbia									
Deseo de estar muerto	346	78,6	143	61,4	203	98,1	87,86	1	< 0,001
Pensamientos activos de suicidio no específicos	262	59,5	74	31,8	188	90,8	158,73	1	< 0,001
Pregunta de conducta suicida	101	23,0	10	4,3	91	44,0	97,54	1	< 0,001
	Total (N=262)		No intento de suicidio (n=233)		Intento de suicidio (n=207)		X ²	g.l.	p
	n	%	n	%	n	%			
Ideas activas con cualquier método sin intención de actuar	215	82,1	57	24,5	158	77,0	1,77	1	0,183
Ideas activas con alguna intención de actuar sin plan específico	171	65,3	36	15,4	135	64,8	12,56	1	< 0,001
Ideas activas con intención y plan específico	91	34,7	13	5,6	78	37,8	13,40	1	< 0,001

una mayor frecuencia de acontecimientos adversos del tipo crisis económica grave, problema grave con una persona cercana y la separación de pareja, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a la escala EEAG (Tabla 3), más de la mitad de la muestra atendida puntuó en síntomas moderados y graves, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En la escala Columbia se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cinco de los seis ítems de la escala (Tabla 3).

Finalmente, el análisis de regresión logística mostró que los antecedentes de trastorno mental (OR=1,80; IC₉₅ (1,005–3,242); p=0,048) y la atención previa en urgencias de psiquiatría (OR=2,060; IC₉₅ (1,246–3,404); p=0,005) se relacionaban con acudir por un motivo distinto al intento de suicidio. Entre quienes acudieron por un intento de suicidio la principal relación se encontró con la presencia de intentos previos (OR=0,320; IC₉₅ (0,201–0,508); p<0,001). El modelo (constante=1,220; p=0,216) clasificó correctamente al 61,1% de la muestra total (64,7% de los que habían realizado un intento de suicidio y 57,9% de los que no).

CONCLUSIONES

En este estudio realizado en urgencias de psiquiatría se planteaba describir las principales diferencias entre los pacientes atendidos por intento de suicidio y los que eran atendidos por otro motivo. En líneas generales se puede afirmar que se encuentran más semejanzas que diferencias entre ambos tipos de pacientes. En los dos grupos estudiados, la mayoría estaba recibiendo tratamiento farmacológico y estaba siendo atendida en la red de Salud Mental. Entre los que acudieron por un intento de suicidio, se ha encontrado que la proporción de pacientes atendidos en Salud Mental era inferior a un estudio anterior (cuya proporción era del 84%)⁹ y superior a otro (28,4%)³⁰. Más allá de la diferencia de cifras, una cuestión clave es que a pesar de los tratamientos que recibían, estos pacientes necesitaron atención en urgencias, tanto por intentos de suicidio como por otros motivos. Estos datos confirman la importancia de los servicios de urgencias para responder a las crisis de los pacientes psiquiátricos²².

Entre los pacientes que acudieron por un motivo distinto al intento de suicidio, un resultado destacable ha sido que un 31,8% mostraba ideación suicida en el momento de la atención. Este dato podría explicarse por estar en un contexto de urgencias en situación de crisis y concuerda con lo observado por otros autores, que señalan que la prevalencia de ideación suicida es alta entre los pacientes que acuden a

servicios de urgencia por motivos de salud mental^{3,31} y entre los fallecidos por suicidio que visitaron los servicios de urgencias en el año previo a la muerte³². Para Baca y colaboradores no sólo la ideación autolítica, sino también el deseo de morir es un potente predictor de la conducta suicida³³. Además en este estudio se ha encontrado que un 61,4% de estos pacientes verbalizó su deseo de morir al preguntarles por ello. Por lo tanto, es necesario contar con protocolos específicos de detección del riesgo⁷ que incluyan la exploración del deseo de morir y de la ideación suicida, no sólo para los pacientes que acuden por intentos autolíticos, sino también para quienes acuden por otros motivos³³.

En lo referente a los intentos de suicidio previos, un 45,5% de los pacientes que acudieron por este motivo a urgencias ya lo habían intentado previamente. Pero hay que subrayar que también el 30% de los atendidos por otro motivo presentaban algún intento previo. Estos datos refuerzan las observaciones de que el riesgo de suicidio está muy presente en la población psiquiátrica y de que es mucho mayor que en la población general^{34,35}. Por lo tanto se recalca la necesidad de explorar el riesgo de suicidio en cualquier paciente atendido en urgencias psiquiátricas. En esta investigación se ha utilizado la escala C-SSRS de cribado, que ha encontrado diferencias significativas entre los dos grupos de pacientes estudiados. Esta escala ha sido bien valorada por el equipo que ha llevado a cabo el estudio por su brevedad y precisión. Disponer de herramientas breves y precisas que evalúen la ideación suicida y complementen a la entrevista aumenta la precisión del clínico³⁶.

Se ha señalado que un diagnóstico psiquiátrico es un fuerte predictor para la aparición tanto de la conducta como de la ideación suicida³⁵. Los trastornos afectivos y de consumo de sustancias contribuyen de forma directa en la conducta suicida^{6,23,37}, y este trabajo corrobora la presencia de dichos diagnósticos entre quienes realizaron un intento de suicidio y apunta a la coexistencia de ambas variables como predictoras del suicidio consumado. Es importante destacar que un 26,6% de quienes acudieron por un intento de suicidio no recibieron ningún diagnóstico incluido en las categorías principales de la CIE-10 en el momento de la urgencia. Este resultado es similar a un estudio previo²², pero muy inferior a otro³⁸ pudiendo radicar las diferencias en los profesionales que valoraron a las diferentes muestras. En este estudio la valoración la realizó un especialista en psiquiatría, por lo que se deduce un diagnóstico más preciso que cuando es realizado por otros profesionales. La ausencia de un diagnóstico psiquiátrico permite hipotetizar que los sucesos vitales estresantes acontecidos previamente y la escasa capacidad de resolución de los mismos, podrían actuar como precipitantes de un intento de suicidio³⁹.

De hecho, las personas atendidas en urgencias informan de diferentes acontecimientos vitales adversos en los últi-

mos 6 meses que pueden precipitar la atención en urgencias de psiquiatría en personas vulnerables. Quienes fueron atendidos por intento de suicidio relataron en mayor proporción problemáticas con personas cercanas, separación de la pareja o preocupaciones económicas. Estudios previos ya habían relacionado la influencia de problemas interpersonales^{40,41} y económicos en los intentos de suicidio²².

Un resultado esperanzador es el alto porcentaje de pacientes que cuentan con apoyo familiar. El apoyo familiar y social se considera un factor protector del comportamiento suicida¹⁷, y como tal, se tiene en cuenta a la hora de establecer el plan de tratamiento al alta.

En este estudio se ha encontrado que las características sociodemográficas de los dos grupos de pacientes son muy semejantes. Habitualmente se señala que la mujer realiza más intentos de suicidio que los hombres^{19,35}, pero también es cierto que la mayor parte de las personas atendidas en los recursos de salud mental son mujeres⁴² tal y como ha ocurrido en la muestra evaluada. Se han encontrado 6 mujeres por cada 4 hombres, tanto entre quienes habían acudido a urgencias por un intento de suicidio como por otra causa. Por lo que habría que relacionar el intento de suicidio con el hecho de estar recibiendo tratamiento psiquiátrico, además del sexo del paciente.

Por lo que respecta a la generalización de los resultados, hay que tener en cuenta algunas limitaciones. En primer lugar, señalar que este estudio se ha realizado únicamente en el contexto de urgencias de psiquiatría. Esto implica que el perfil de los pacientes con intento autolítico se limita a aquellos que han requerido de este tipo de atención, y puede diferir, por ejemplo, de aquellos que realizan un intento y no llegan a recibir atención médica. En segundo lugar, hay que tener presente que los pacientes han informado sobre su situación durante una urgencia psiquiátrica, por lo que sus respuestas se corresponden con ese momento de crisis personal. Motivo por el cual la ideación suicida y el deseo de morir son tan prevalentes entre quienes no acudieron por un intento de suicidio.

En resumen, en este estudio observacional, multicéntrico y caso-control realizado en urgencias de psiquiatría, se ha encontrado que quienes realizaron un intento de suicidio presentaban mayor proporción de intentos de suicidio previos, y menor de atenciones previas en urgencias, de antecedentes de trastorno mental y de seguimiento en Salud Mental en comparación con el resto de pacientes atendidos. Ahora bien, no se ha encontrado un perfil sociodemográfico ni clínico específico entre quienes realizan un intento de suicidio. Sí se ha encontrado un alto porcentaje de pacientes con ideación suicida en las personas atendidas por otros motivos. Por lo tanto, los resultados encontrados subrayan la necesidad de tener presente y valorar la ideación de muerte

y el riesgo de suicidio en todos los pacientes que acuden a urgencias de psiquiatría.

FINANCIACIÓN

El presente trabajo se financió con una ayuda del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (Resolución 3036/2014).

CONFLICTO DE INTERESES

Leire Azcárate trabajó como personal de apoyo a la investigación con un contrato de 12 meses con cargo a la ayuda recibida para el proyecto. El resto de autores no tienen posibles conflictos de intereses que declarar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, Pelletier AJ, Camargo Jr CA. National Study of US Emergency Department Visits for Attempted Suicide and Self-Inflicted Injury, 1997-2001. *Ann Emerg Med.* 2005;46(4):369-75.
2. Betz ME, Boudreaux ED. Managing suicidal patients in the Emergency Department. *Ann Emerg Med.* 2016;67(2):276-82.
3. Ting SA, Sullivan AF, Boudreaux ED, Miller I, Camargo Jr CA. Trends in US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1993-2008. *Gen Hosp Psychiatr.* 2012;34(5):557-65.
4. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española: Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin.* 2007; 129(13):494-500.
5. López-Castromán J, Méndez-Bustos P, Pérez-Fominaya M, Villoria Borrego L, Zamorano Ibarra MJ, Molina CA, et al. Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos. *Actas Esp Psiquiatr.* 2015;45(3):142-8.
6. Lin C-J, Lu H-C, Sun F-J, Fang C-K, Wu S-I, Liu S-I. The characteristics, management, and aftercare of patients with suicide attempts who attended the emergency department of a general hospital in northern Taiwan. *J Chin Med Assoc.* 2014; 77(6):317-24.
7. Betz ME, Arias SA, Miller M, Barber C, Espinola JA, Sullivan AF, et al. Change in Emergency Department Providers' Beliefs and Practices After Use of New Protocols for Suicidal Patients. *Psychiat Serv.* 2015;66(6):625-31.
8. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med.* 2003(33):395-405.
9. Parra Uribe I, Blasco-Fontecila H, García-Parés G, Giró Batalla M, Llorens Capdevila M, Cebrià Meca A, et al. Attempted and completed suicide: Not what we expected? *J Affect Disorders.* 2013(150):840-6.
10. De Jong TM, Overholser JC, Stockmeier CA. Apples to oranges?: A direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *J Affect Disorders.* 2010(124):90-7.
11. Kawashima Y, Yonemoto N, Inagaki M, Yamada M. Prevalence of suicide attempters in emergency departments in Japan: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disorders.* 2014; 163:33-9.

12. Giner L, Blasco-Fontecilla H, Pérez-Rodríguez MM, García-Nieto R, Giner J, Guíja JA, et al. Personality disorders and health problems distinguish suicide attempters from completers in a direct comparison. *J Affect Disorders*. 2013;151:474-83.
13. Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Dervic K, Perez-Rodriguez MM, Saiz-Gonzalez MD, Saiz-Ruiz J, et al. Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta Psychiat Scand*. 2009;119(2):149-55.
14. Foster T. Adverse Life Events Proximal to Adult Suicide: A Synthesis of Findings from Psychological Autopsy Studies. *Arch Suicide Res*. 2011;15(1):1-15.
15. Antón-San-Martin JM, Sánchez-Guerrero E, Pérez-Costilla L, Labajos-Manzanares MT, De-Diego-Otero Y, Benítez-Parejo N, et al. Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anal Psicol*. 2013;29(3):810-5.
16. Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373:372-81.
17. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30:133-54.
18. Värnik P. Suicide in the World. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(3):760-71.
19. Schmidtke A, BilleBrahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: Rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiat Scand*. 1996;93(5):327-38.
20. Chartrand H, Bhaskaran J, Sareen J, Katz LY, Bolton JM. Correlates of Nonsuicidal Self-Injury and Suicide Attempts among Tertiary Care, Emergency Department Patients. *Can J Psychiat*. 2015;60(6):276-83.
21. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiat*. 1999;56(7):617-26.
22. Zeppegno P, Gramaglia C, Castello LM, Bert F, Gualano MR, Ressico F, et al. Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):13.
23. Alberdi-Sudupe J, Pita-Fernandez S, Gomez-Pardinas SM, Iglesias-Gil-de-Bernabe F, Garcia-Fernandez J, Martinez-Sande G, et al. Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: a ten-year cross-sectional study (1997-2007). *BMC Psychiatry*. 2011;11.
24. O'Carroll PW, Berman DL, Haris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life-Threat*. 1996;126(3):237-45.
25. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
26. Brugha TS, Cragg D. The list of threatening experiences: The reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiat Scand*. 1990;82:77-81.
27. American Psychiatric Association. Escala de Evaluación de la Actividad Global-EEAG. DSM-III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1987.
28. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiat*. 2011;168(12):1266-77.
29. Al-Halabi S, Sáiz PA, Burón P, Garrido M, Benabarre A, Jiménez E, et al. Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Rev Psiquiatr Salud*. 2016;9(3):134-42.
30. Ferreira AD, Sponholz A, Mantovani C, Pazin-Filho A, Passos ADC, Botega NJ, et al. Clinical Features, Psychiatric Assessment, and Longitudinal Outcome of Suicide Attempters Admitted to a Tertiary Emergency Hospital. *Arch Suicide Res*. 2016;20(2):191-204.
31. Larkin GL, Smith RP, Beautrais AL. Trends in US Emergency Department Visits for Suicide Attempts, 1992-2001. *Crisis*. 2008;29(2):73-80.
32. Gairin I, House A, Owens D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. *Brit J Psychiat*. 2003;183(1):28.
33. Baca-García E, Perez-Rodriguez MM, Oquendo MA, Keyes KM, Hasin DS, Grant BF, et al. Estimating risk for suicide attempt: Are we asking the right questions? *J Affect Disorders*. 134(1):327-32.
34. Nordentoft M, Madsen T. [High risk of suicide among psychiatric patients]. *Ugeskrift for laeger*. 2011;173(39):2415-8.
35. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Brit J Psychiat*. 2008;192(2):98-105.
36. Brown GK, Currier GW, Jager-Hyman S, Stanley B. Detection and classification of suicidal behavior and nonsuicidal self-injury behavior in emergency departments. *J Clin Psychiat*. 2015;76(10):1397-403.
37. Alvarado-Esquível C, Sánchez-Anguiano LF, Arnaud-Gil CA, Hernández-Tinoco J, Molina-Espinoza LF, Rábago-Sánchez E. Socio-Demographic, Clinical and Behavioral Characteristics Associated with a History of Suicide Attempts among Psychiatric Outpatients: A Case Control Study in a Northern Mexican City. *Int J Biomed Sci*. 2014;10(1):61-8.
38. Grover S, Sarkar S, Bhalla A, Chakrabarti S, Avasthi A. Demographic, clinical and psychological characteristics of patients with self-harm behaviours attending an emergency department of a tertiary care hospital. *Asian J Psychiatr*. 2016;20:3-10.
39. Kattimani S, Sarkar S, Rajkumar R, Menon V. Stressful life events, hopelessness, and coping strategies among impulsive suicide attempters. *J Neurosci Rural Pract*. 2015;6(2):171-6.
40. Chartrand H, Sareen J, Toews M, Bolton JM. Suicide attempts versus nonsuicidal self-injury among individuals with anxiety disorders in a nationally representative sample. *Depress Anxiety*. 2012;29(3):172-9.
41. Zhao C-J, Dang X-B, Su X-L, Bai J, Ma L-y. Epidemiology of Suicide and Associated Socio-Demographic Factors in Emergency Department Patients in 7 General Hospitals in Northwestern China. *Med Sci Monitor*. 2015;21:2743-9.
42. Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usallf J, et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit*. 2004;18:175-81.