



Tesis Doctoral

Departamento de Medicina. Universidade da Coruña

**Interconsulta Psiquiátrica en un Hospital General
Intentos de Suicidio y Factores Relacionados
(1997-2007)**

Sonia María Gómez Pardiñas

2013



Sonia María Gómez Pardiñas

**Interconsulta Psiquiátrica en un Hospital General
Intentos de Suicidio y Factores Relacionados
(1997-2007)**

Departamento de Medicina

Directores

Salvador Pita Fernández

Jesús Alberdi Sudupe

2013



DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Dr. Don Salvador Pita Fernández, Doctor en Medicina, Catedrático de Universidad. Universidad de A Coruña. Área de Conocimiento de Medicina Preventiva y Salud Pública como Director.

Dr. Don Jesús Alberdi Sudupe, Doctor en Medicina. Médico Psiquiatra, como Codirector.

Certifican que el trabajo titulado:

“INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA EN UN HOSPITAL GENERAL. INTENTOS DE SUICIDIO Y FACTORES RELACIONADOS (1997-2007)”

Ha sido realizado por Dña. Sonia María Gómez Pardiñas, bajo nuestra dirección y se encuentra en condiciones de ser leído y defendido como tesis doctoral ante el Tribunal correspondiente en la Universidad de A Coruña, lo que firmo a los efectos oportunos en A Coruña,

Salvador Pita Fernández

Jesús Alberdi Sudupe

A mi familia

AGRADECIMIENTOS

Al Prof. Dr. Salvador Pita Fernández por su apoyo y dedicación en la realización de éste y otros trabajos y por transmitirme su entusiasmo por la investigación.

Al Dr. Jesús Alberdi Sudupe por su apoyo incondicional y su inestimable colaboración en la tutorización de este trabajo.

Al Prof. Dr. Fernando Iglesias Gil de Bernabé por su ayuda y su generosidad a la hora de facilitarme el acceso a los datos.

Al Prof. Dr. Manuel Serrano Vázquez, mi jefe, por su animosidad y su voluntad en el fomento de trabajos de investigación como éste.

Al personal de la Unidad de Interconsulta y Enlace por su colaboración; y en especial a Sara Lantes, D.U.E. Especialista en Salud Mental de la Unidad, por su incansable trabajo en la recogida de los datos.

Al personal de la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística por su buena disposición a colaborar en la realización de éste y otros trabajos.

Al personal de la Biblioteca por su enorme profesionalidad y buen hacer que tanto nos facilita el trabajo.

A mis compañeros del Servicio de Psiquiatría, principalmente a los Residentes, por su apoyo y estímulo constantes.

Gracias especialmente a cada uno de los pacientes incluidos en el estudio, porque sin ellos habría sido imposible llevar a cabo este estudio.

Índice

Índice

	<i>Página</i>
Agradecimientos	iv
Índice de tablas y figuras	ix
Listado de abreviaturas	xii
Resumen	xiv
1 Introducción	1
1.1 Psiquiatría de Interconsulta y Enlace en un Hospital General	2
1.2 Concepto de conducta suicida	5
1.3 Epidemiología	9
1.3.1 Epidemiología del suicidio	9
1.3.2 Epidemiología de los intentos de suicidio	13
1.4 Factores de riesgo asociados a la conducta suicida	16
1.4.1 Trastornos psiquiátricos	17
1.4.2 Sentimientos de desesperanza e impulsividad	19
1.4.3 Historia previa de intentos de suicidio	19
1.4.4 Edad, sexo y etnia	20
1.4.5 Estado civil	20
1.4.6 Ocupación	21
1.4.7 Enfermedades físicas	21
1.4.8 Experiencias adversas en la infancia	21
1.4.9 Historia familiar y genética	21
1.4.10 Otros	22

Índice

1.5 Factores protectores de la conducta suicida	23
1.6 Cribado	23
1.7 Prevención	24
2 Justificación del estudio	26
3 Objetivos	29
4 Material y métodos	31
4.1 Ámbito del estudio	32
4.2 Período de estudio	33
4.3 Tipo de estudio	33
4.4 Criterios de inclusión	34
4.5 Criterios de exclusión	34
4.6 Mediciones	34
4.7 Justificación del tamaño de la muestra	38
4.8 Análisis estadístico	38
4.9 Estrategia de búsqueda bibliográfica	41
5 Aspectos ético-legales	47
6 Resultados	50
6.1 Estudio descriptivo de las Interconsultas de la Unidad de Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría	51
6.2 Intentos de suicidio y sus determinantes en los pacientes que ingresan en un Hospital General	61
7 Discusión	70
7.1 Interconsultas de la Unidad de Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría	71
7.2 Intentos de suicidio y sus determinantes en los pacientes que ingresan en un Hospital General	75
8 Limitaciones del estudio	92

Índice

9 Conclusiones	97
10 Bibliografía	100
11 Publicaciones derivadas del estudio	116
12 Anexos	128
12.1 Anexo 1. Cuaderno de recogida de datos	129

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

	<i>Página</i>
Tabla 1. Clasificación de la conducta suicida propuesta por Silverman et. al.	8
Tabla 2. Resultados del número de reingresos y pacientes.	39
Tabla 3. Distribución de pacientes según hayan presentado intento de suicidio en el último ingreso o no y según intentos de suicidio previos.	40
Tabla 4. Principales estudios sobre Factores de Riesgo asociados a Intentos de Suicidio en la década 1990-1999.	43
Tabla 5a. Principales estudios sobre Factores de Riesgo asociados a Intentos de Suicidio en el período 2000-2011	44
Tabla 5b. Principales estudios sobre Factores de Riesgo asociados a Intentos de Suicidio en el período 2000-2011	45
Tabla 5c. Principales estudios sobre Factores de Riesgo asociados a Intentos de Suicidio en el período 2000-2011	46
Tabla 6. Principales características sociodemográficas de los pacientes incluidos en el estudio.	52
Tabla 7. Distribución de los pacientes en función de su nivel educacional, profesión y situación laboral.	54
Tabla 8. Distribución de los pacientes consultados en función de sus antecedentes personales psiquiátricos.	55
Tabla 9. Distribución de las interconsultas realizadas en función del Servicio solicitante, la modalidad de petición y el número de visitas realizadas.	57
Tabla 10. Distribución de los pacientes valorados por la Unidad de Interconsulta Psiquiátrica en función del motivo de consulta.	58

Índice de tablas y figuras

Tabla 11. Distribución de los pacientes estudiados en función del diagnóstico psiquiátrico (según categorías DSM IV-TR).	60
Tabla 12. Características generales de los episodios atendidos por la UPIE según hayan realizado intento de suicidio o no.	63
Tabla 13. Modelo de regresión logística para predecir intento de suicidio ajustando por diferentes covariables y por tener intentos de suicidio previos.	65
Tabla 14. Modelo de regresión logística para predecir intento de suicidio tras estratificar por sexo, ajustando por diferentes covariables y por tener antecedentes de intentos de suicidio previos.	67
Tabla 15a. Principales estudios sobre factores de riesgo asociados a intentos de suicidio (1990-1999).	76
Tabla 15b. Principales estudios sobre factores de riesgo asociados a intentos de suicidio (1990-1999).	77
Tabla 16a. Principales estudios sobre factores de riesgo asociados a intentos de suicidio (2000-2011).	78
Tabla 16b. Principales estudios sobre factores de riesgo asociados a intentos de suicidio (2000-2011).	79
Tabla 16c. Principales estudios sobre factores de riesgo asociados a intentos de suicidio (2000-2011).	80
Tabla 16d. Principales estudios sobre factores de riesgo asociados a intentos de suicidio (2000-2011).	71
Tabla 16e. Principales estudios sobre factores de riesgo asociados a intentos de suicidio (2000-2011).	82

Índice de tablas y figuras

Tabla 16f. Principales estudios sobre factores de riesgo asociados a intentos de suicidio (2000-2011).	83
Tabla 16g. Principales estudios sobre factores de riesgo asociados a intentos de suicidio (2000-2011).	84
Tabla 16h. Principales estudios sobre factores de riesgo asociados a intentos de suicidio (2000-2011).	85
Figura 1. Índices globales de suicidio desde 1950 y tendencias hasta 2020.	10
Figura 2. Mapa de las tasas de suicidio a nivel mundial.	11
Figura 3. Imagen del Hospital A Coruña.	32
Figura 4. Mapa del área de influencia del Complejo Hospitalario A Coruña.	33
Figura 5. Relación entre probabilidad de intento de suicidio, edad y diagnóstico en mujeres.	68
Figura 6. Relación entre probabilidad de intento de suicidio, edad y diagnóstico en hombres.	69

ABREVIATURAS

CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
CHUAC	Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
CIE-10	Clasificación Internacional de enfermedades 10ª edición
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> . Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado. 4ª edición.
EEG	Ecuaciones de Estimación Generalizadas
EEUU	Estados Unidos
ESEMeD	Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales
HRI	<i>Hoja de Registro Individual</i> . Registro hospitalario del Servicio de Psiquiatría en el que se recogen datos de los pacientes a los que se solicita interconsulta psiquiátrica. Cuaderno de recogida de datos
ILP	Incapacidad laboral permanente
ILT	Incapacidad laboral temporal
MesH	<i>Medical Subjects Headings</i> . Encabezados de Temas Médicos. Es el nombre de un amplio vocabulario terminológico controlado, para publicaciones de artículos
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i> . Instituto nacional de Salud Mental. Es una de las 27 agencias de investigación biomédica del gobierno federal de los Estados Unidos.
OMS	Organización Mundial de la Salud
SUPRE	<i>Suicide Prevention</i> . Programa de la OMS para la Prevención del Suicidio.

Abreviaturas

UPIE	Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace
USPSTF	<i>United States Preventive Services Task Force</i> . Panel de expertos en atención primaria que desarrolla recomendaciones para los servicios clínicos preventivos, en EEUU, fundamentadas en la Medicina Basada en la Evidencia

RESUMEN

Introducción

Describimos las Interconsultas a la Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (1997-2007).

Trataremos de determinar las variables asociadas al intento de suicidio.

Material y Métodos

Estudio observacional descriptivo. Incluimos 5234 ingresos válidos (4509 pacientes). De ellos n=361 ingresos(6.9%) fueron por “intento de suicidio”

Los ingresos por intento de suicidio se compararon con los ingresos por otros motivos. Para estudiar factores asociados al intento de suicidio utilizamos modelos de regresión logística.

Autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

Resultados

Medicina Interna fue el servicio que solicitó más interconsultas, el motivo principal fueron síntomas afectivos. Los diagnósticos más frecuentes realizados por Psiquiatría fueron Trastornos de Ansiedad y Trastornos Adaptativos.

Ajustando por edad, sexo, nivel educacional, tipo de convivencia, estar profesionalmente activo, diagnóstico psiquiátrico e intentos de suicidio previos, las variables asociadas con riesgo de intento de suicidio fueron: edad(OR=0.969),

Resumen

diagnóstico psiquiátrico (Trastornos Afectivos(OR=7.49), Trastornos de Personalidad(OR=7.31), Trastornos Psicóticos(OR=5.03)) e intentos de suicidio previos(OR=23.63).

Conclusiones

En la muestra estudiada existe un predominio de varones, sin antecedentes psiquiátricos con una mediana de edad de 50 años.

La mayoría de interconsultas procedían de Medicina Interna y el motivo más frecuente fueron síntomas afectivos. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fueron Trastornos de Ansiedad y Adaptativos.

Las variables asociadas al intento de suicidio fueron edad, diagnóstico psiquiátrico e intentos previos de suicidio.

Palabras clave: “Psychosomatic Medicine”, “Referrals to Psychiatry”, “General Hospital”, “Suicide attempted”, “Risk factors”.

RESUMO

Introdución

Descubimos as Interconsultas realizadas pola Unidade Psiquiátrica de Interconsulta e Enlace de Psiquiatría do Complexo Hospitalario Universitario A Coruña (1997- 2007).

Trataremos de determinar as variables asociadas ao intento de suicidio.

Material e Métodos

Estudo observacional descritivo. Incluímos 5234 ingresos válidos (4509 pacientes). De eles n=361 ingresos(6.9%) producíronse por “intento de suicidio”

Os ingresos por intento de suicidio foron comparados cos ingresos por outros motivos. Para estudar factores asociados ao intento de suicidio utilizáronse modelos de regresión loxística.

Autorizado polo Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

Resultados

Medicina Interna foi o Servizo que solicitou máis interconsultas, o motivo principal foron síntomas afectivos. Os diagnósticos máis frecuentes realizados por Psiquiatría foron Trastornos de Ansiedade e Trastornos Adaptativos.

Axustando por idade, sexo, nivel educacional, tipo de convivencia, estar profesionalmente activo, diagnóstico psiquiátrico e intentos de suicidio previos, as variables asociadas co risco de intento de suicidio foron: idade(OR=0.969),

Resumen

diagnóstico psiquiátrico (Trastornos Afectivos(OR=7.49), Trastornos da Personalidade(OR=7.31), Trastornos Psicóticos(OR=5.03)) e intentos de suicidio previos(OR=23.63).

Conclusiones

Na mostra estudiada existe un predominio de varóns, sen antecedentes psiquiátricos, cunha mediana de idade de 50 anos.

A maioría das interconsultas realizadas procedían de Medicina Interna e o motivo de consulta máis frecuente foron síntomas afectivos. Os diagnósticos psiquiátricos máis frecuentes foron Trastornos de Ansiedade e Adaptativos.

As variables asociadas ao intento de suicidio foron idade, diagnóstico psiquiátrico e intentos previos de suicidio.

ABSTRACT

Background

We describe the profile of the patients assessed by the Consultation and Liaison Psychiatric Unit of the A Coruña University Hospital (1997-2007).

We will try to determine the variables associated with suicide.

Methods

Observational-descriptive study. We include n=5,234 valid admissions (4,509 patients); n = 361 (6.9%) were subsequent to a suicide attempt.

Admissions arising from a suicide attempt were compared with admissions occurring due to other reasons. Multivariate generalised estimating equation logistic regression models were used to examine factors associated with suicide attempts.

We have authorization by The Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

Results

Internal Medicine was the hospital department who requested more psychiatric assessments. The main reason was affective symptoms. Most frequently psychopathological diagnoses were Anxiety and Adjustment Disorders.

Adjusting by age, gender, educational level, cohabitation status, being employed or unemployed, psychiatric diagnosis and previous suicide attempts, the variables associated with the risk of suicide attempt were: age(OR=0.969), psychiatric

Resumen

diagnosis (Affective Disorders(OR=7.49), Personality Disorders(OR=7.31), Psychotic Disorders(OR=5.03)) and previous suicide attempts(OR=23.63).

Conclusions

The studied sample had a predominance of males, without psychiatric antecedents, with a median of 50 years.

The referrals came mostly of Internal Medicine and the most frequently reason was affective symptoms. The most common psychiatric diagnosis were Anxiety and Adjustment Disorders.

Variables associated with suicide attempt were age, psychopathological diagnosis and previous suicide attempts.

Introducción

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PSIQUIATRÍA DE INTERCONSULTA Y ENLACE EN UN HOSPITAL GENERAL

La Psiquiatría de Interconsulta y Enlace, también llamada Medicina Psicosomática, centra su interés clínico, de investigación y sus esfuerzos educativos, en la interacción entre la Psiquiatría y el resto de la Medicina. Se ocupa del tratamiento de cuatro tipos de condiciones: la comorbilidad entre enfermedades médicas y psiquiátricas, cuyo manejo resulta complejo por la interacción entre ambas; los trastornos psiquiátricos que son consecuencia de enfermedades médicas o de sus tratamientos, como es el caso del delirium, la demencia u otros trastornos mentales secundarios; y por último alteraciones como por ejemplo los trastornos somatomorfos o trastornos funcionales de diversos tipos, y cuadros psicopatológicos agudos con comorbilidad médico-quirúrgica que ingresan en unidades hospitalarias, como son los intentos de suicidio (1).

Además la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace abarca una gran variedad de entornos y campos de trabajo (desde la Interconsulta y Enlace en los Hospitales Generales que atiende a unidades médico-quirúrgicas, al trabajo de apoyo con Atención Primaria o con otras especialidades médicas)(1, 2).

Este área de interés clínico y de investigación existe en la Psiquiatría desde hace unos 100 años. En los años 60 la Medicina Psicosomática, más conocida entonces como Psiquiatría de Interconsulta y Enlace, comienza a ser aceptada como área de actividad clínica, que requiere conocimiento y formación específicos dentro

1.Introducción

de la Psiquiatría, sobre todo en los Estados Unidos, donde, desde 2003, está reconocida oficialmente como subespecialidad psiquiátrica (3).

A pesar de que la investigación sobre morbilidad psiquiátrica en los pacientes médicos y quirúrgicos ha suscitado el interés de los epidemiólogos y clínicos desde hace mucho tiempo, el conocimiento acerca de la prestación de servicios psiquiátricos y psicológicos en el ámbito del Hospital General es muy limitado (4). Numerosos estudios han mostrado una elevada tasa de pacientes con enfermedades somáticas que presentan trastornos psiquiátricos comórbidos. Sin embargo, los estudios epidemiológicos en pacientes ingresados en Hospitales Generales son menos numerosos que los que se han realizado en pacientes médicos y quirúrgicos ambulatorios, debido a la mayor complejidad de los primeros, sobre todo en relación con la mayor gravedad clínica, la situación del ingreso y las condiciones ambientales.

En 1967, en una revisión de la literatura disponible hasta esa fecha, Lipowski (5) concluyó que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes ingresados en las unidades médicas y quirúrgicas de los Hospitales Generales estaba entre un 20 y un 70%. En ésta y otras revisiones de la literatura científica se pone de manifiesto una amplia oscilación en las tasas de prevalencia que puede estar relacionada con la metodología empleada en los diferentes estudios.

Mientras la prevalencia de los trastornos psiquiátricos comórbidos en pacientes médicos y quirúrgicos ingresados en Hospitales Generales se estima, en general, en alrededor de un 45%, el porcentaje de pacientes a los que se les realiza una interconsulta psiquiátrica es menos del 6% del total de los ingresos (6) y el porcentaje de los que reciben un diagnóstico y tratamiento por Unidades de Interconsulta está solo entre el 1% y el 5% de los ingresos (7). Todo ello tiene implicaciones sobre la

1.Introducción

estancia media hospitalaria, que se ha visto que se incrementa hasta dos veces, además de los costes económicos que supone (8).

En cuanto a la clínica que suscita las interconsultas psiquiátricas en los Hospitales Generales, en un estudio realizado en 11 centros italianos a finales de los años 90 (9), a lo largo de un período de 1 año, las neurosis, los síndromes relacionados con el estrés y los síndromes afectivos fueron los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes entre los pacientes ingresados en plantas médico-quirúrgicas. Los síntomas psiquiátricos como ansiedad, tristeza patológica o síntomas médicos no explicados por causas orgánicas fueron los motivos de interconsulta más frecuentes a Psiquiatría (74%), mientras que los intentos de suicidio/riesgo de suicidio y el abuso de sustancias los menos comunes (6 y 4.7% respectivamente).

En este trabajo estudiamos aquellos pacientes que requirieron ingreso hospitalario en servicios médicos o quirúrgicos del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC) (que atiende a un área de población de 500.000 habitantes) para los cuales se solicitó valoración mediante interconsulta a la Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace (UPIE) del Servicio de Psiquiatría, a lo largo de un período de 11 años (1997-2007).

De todos los pacientes atendidos por esta Unidad se recogen una serie de datos sociodemográficos y clínicos que son registrados en un formulario de gestión del Servicio de Psiquiatría (Hoja de registro individual -HRI-)(Anexo1), con los que posteriormente se elabora una base de datos.

1.Introducción

Estudiamos tanto las características sociodemográficas y clínicas como los principales motivos de consulta y derivación, así como los servicios médicos o quirúrgicos que solicitaron interconsulta a Psiquiatría con más frecuencia.

Asimismo dentro de esta población de pacientes hospitalarios atendidos nos hemos centrado especialmente en los pacientes ingresados por las consecuencias médicas o quirúrgicas de intentos de suicidio, tratando de determinar los factores de riesgo asociados a esta conducta.

1.2 CONCEPTO DE CONDUCTA SUICIDA

El estudio del suicidio, y todavía más el de los intentos de suicidio, en los que la muerte no ha sido consumada, presenta serias dificultades conceptuales y metodológicas. Para empezar, la identificación y definición de un episodio o conducta como suicidio o intento de suicidio no están exentas de diversos obstáculos y algunos de los términos empleados resultan poco operativos, tanto para la investigación como para la práctica clínica.

El **suicidio** (del latín *sui*, “a sí mismo” y *occidere* “matar”) se define como una acción u omisión voluntaria, mediante la cual una persona se quita la vida, siendo ésta su intención. Por consiguiente se entiende que en el suicidio:

- a) se produce la muerte de un sujeto;
- b) la muerte es producida por dicho sujeto (agente) a sí mismo (víctima);
- c) la muerte es voluntaria o intencionada;
- d) existe un agente activo o pasivo (10).

1.Introducción

En 1976, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como *“un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”* y el parasuicidio, como *“un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”*(11).

Actualmente se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un *continuum* de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (ideas de muerte como descanso, como huída..., deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado) (12). Así la **conducta suicida** no sólo incluye al suicidio, sino también aquellos actos que no resultan en muerte, incluyendo tanto tentativas de elevada letalidad, en las que la supervivencia es el resultado de la impericia o del azar, como actos de baja letalidad cuya finalidad es reclamar atención y ayuda (13).

No existe una nomenclatura consensuada y globalmente aceptada para estas conductas. Ni el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) ni tampoco la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) recogen criterios diagnósticos específicos para una conducta que puede darse en el contexto de diversos trastornos psiquiátricos o incluso sin ninguno de ellos.

La terminología referida a los comportamientos autolesivos sin resultado de muerte es diferente según el país en el que se aplica (13). Así, en Estados Unidos se utiliza el término **“intento de suicidio”** (*suicide attempt*) para referirse a aquellas conductas suicidas con supervivencia, en las que existe algún grado de intención de morir, mientras que el término **“autolesión”** (*deliberate self-harm*) se refiere a las

1.Introducción

lesiones autoinflingidas sin intención real de producir la muerte. Sin embargo en el Reino Unido éste último término se utiliza para referirse a cualquier episodio con resultado de supervivencia, independientemente de la intención suicida. En Europa se usa ampliamente el concepto de “**parasuicidio**” para aquellos episodios sin una intención letal real, así como los comportamientos autolesivos que no producen la muerte pero ponen en riesgo la vida, con independencia de que exista o no una intención clara de morir; de forma similar a como se utiliza el término “**autolesión**” en Reino Unido; reservándose el término “**intento de suicidio**” para aquellos casos en los que se conoce la existencia de intencionalidad suicida (14). Diversos autores han tratado de elaborar criterios de clasificación de la conducta suicida, tratando de solventar este hecho. Una de las clasificaciones que se consideran más operativas es la de Silverman et al. del año 2007, que se muestra en la tabla 1, y que propone una revisión de la clasificación de la conducta suicida de O’Carroll, adoptada por el National Institute of Mental Health (NIMH) (12).

En relación con todo ello, una serie de autores (15) proponen como solución conceptual, que la conducta suicida se constituya en una nueva categoría diagnóstica que se podría recoger en un sexto eje del próximo DSM-V, considerando que de este modo se impondría además la necesidad de evaluar el riesgo suicida en todos los pacientes de Unidades Psiquiátricas, lo cual les parece necesario dada la relevancia clínica y repercusión social del problema. Es un tema en discusión.

1.Introducción

Tabla 1. Clasificación de la conducta suicida propuesta por Silverman et al.

Ideación suicida	<ul style="list-style-type: none"> a. Sin intencionalidad suicida b. Con grado indeterminado de intencionalidad c. Con alguna intencionalidad suicida 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Casual 2. Transitoria 3. Pasiva 4. Activa 5. Persistente
Comunicación suicida	<ul style="list-style-type: none"> a. Sin intencionalidad suicida: <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo I) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo I) b. Con grado indeterminado de intencionalidad <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo II) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II) c. Con alguna intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo III) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III) 	
Conducta suicida	<ul style="list-style-type: none"> a. Sin intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) 2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada) b. Con grado indeterminado de intencionalidad <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I) 2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada) c. Con alguna intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I) 2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Suicidio consumado) 	

Fuente: GuíaSalud. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, a partir de Silverman et al. (12).

1.3 EPIDEMIOLOGÍA

Las muertes por suicidio y los intentos de suicidio no consumados constituyen un grave problema de salud pública en nuestro medio socio-sanitario. Se trata de conductas que por sus consecuencias de morbilidad y mortalidad requieren la dedicación de considerables recursos por parte de los Sistemas de Salud, frente a las cuales se podría intentar desarrollar medidas preventivas tendentes a disminuir su incidencia (1,3).

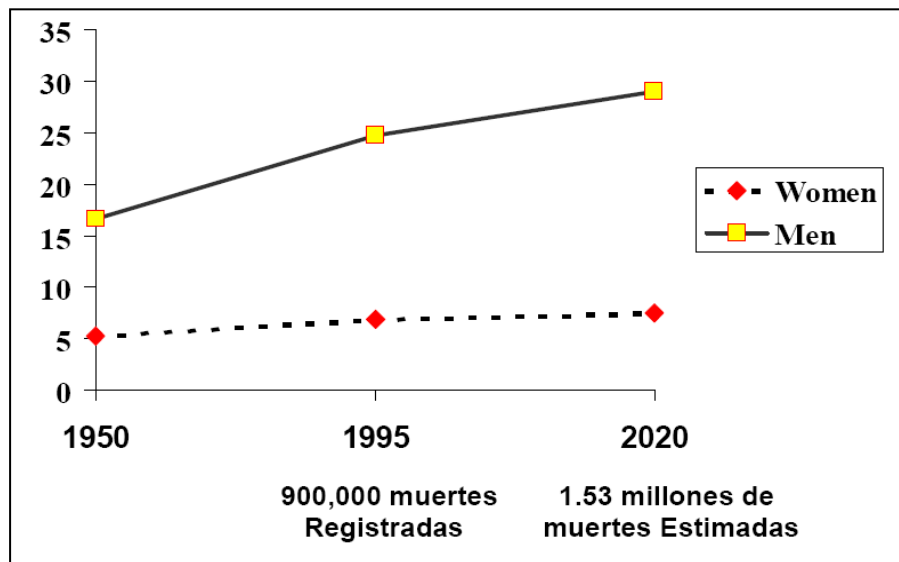
1.3.1 **EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO.** Las tasas de suicidio a nivel mundial están infraestimadas. Muchas veces las muertes por suicidio no son registradas como tales, bien por evitar complicaciones legales ante un fallecimiento no natural, o bien por eludir el estigma social que supone para una persona y sus familiares el fallecimiento por suicidio.

También son importantes para entender el infradiagnóstico las limitaciones técnicas, debido a que la causa última de muerte, en este caso el suicidio, no sea recogida correctamente en los certificados de defunción; así como el hecho de que los procedimientos de registro de las defunciones son muy diferentes entre los distintos países (16).

A pesar de todo ello el suicidio supone aproximadamente un 1.5% de todas las muertes a nivel mundial, siendo causa de un millón de muertes al año. Se ha estimado que esta tendencia es ascendente y que en 2020 la cifra de suicidios consumados será de 1.53 millones (figura 1) (17). Es la décima causa de muerte en el mundo y la 3ª entre los jóvenes de entre 10 y 34 años (18). La mortalidad anual estimada por suicidio es de 14.5 muertes /100.000 personas, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos.

1.Introducción

Figura 1. Índices globales de suicidio desde 1950 y tendencias hasta 2020.

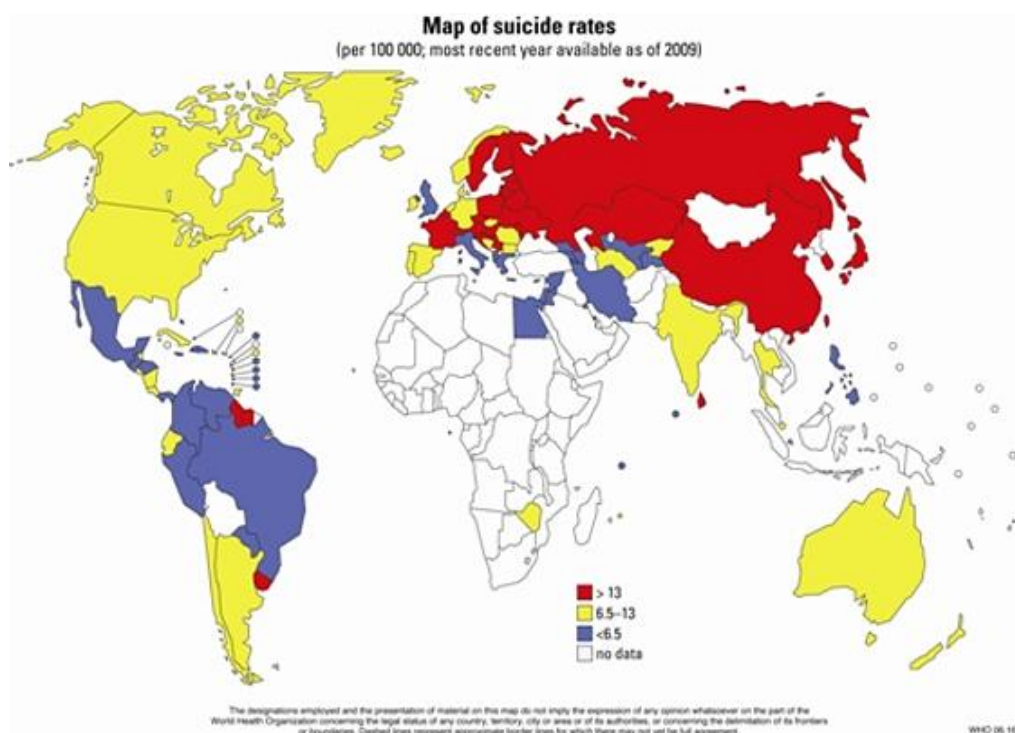


Fuente: WHO/MNH/MBD/00.1. Preventing suicide. A resource for general physicians. Mental and Behavioural Disorders. Ginebra: Department of Mental Health. WHO, 2000.

Existe una gran variabilidad en las tasas de suicidio en función de la región geográfica, sexo, edad, época histórica, origen étnico y probablemente también en función de las prácticas a la hora de registrar las defunciones(16).

A nivel mundial las tasas de suicidio más altas se encuentran actualmente en Asia (19). En Europa las mayores tasas se concentran en los países de Europa Oriental, siendo Lituania y Rusia los que localizan las tasas más elevadas (12) (Figura 2).

Figura 2. Mapa de las tasas de suicidio a nivel mundial.



Fuente: WHO/MNH/MBD/00.1. Preventing suicide. A resource for general physicians. Mental and Behavioural Disorders. Ginebra: Department of Mental Health. WHO, 2000.

A nivel europeo, el suicidio causa 7.000 muertes anuales más que los accidentes de tráfico y las tasas van en aumento con un incremento del 60% en los últimos 45 años. Este incremento ha sido especialmente importante entre los jóvenes, de tal manera que en la actualidad el suicidio supone la 3ª causa de muerte y 6ª causa de discapacidad entre los 15 y los 44 años de edad en Europa (20).

En España la tasa de suicidio es aproximadamente la mitad que las registradas en algunos otros países del entorno, (8.2/100.000 en el año 2002) según fuentes de la OMS(17). Sin embargo parece que se ha experimentado

1.Introducción

comparativamente uno de los aumentos más importantes en las últimas décadas. Además existe una importante variabilidad en las tasas de suicidio por 100.000 habitantes entre las diferentes comunidades autónomas dentro del Estado Español. En 2008 Asturias y Galicia fueron las comunidades que presentaron las tasas más elevadas por 100.000 habitantes, mientras que Madrid y Ceuta tenían las más bajas (12).

En los países desarrollados las tasas de suicidio en varones son de dos a cuatro veces superiores a las de las mujeres (tanto en España como en la mayor parte de los países, incluso tras ajustar por otros factores de riesgo de suicidio), cifra que además parece estar en aumento (17), como se mostraba gráficamente en la figura 1.

En cuanto a la edad, en la mayoría de los países los suicidios son más frecuentes en personas de edad avanzada. Sin embargo en los últimos 50 años, estas tasas han aumentado en personas jóvenes, en particular en varones y han descendido en ancianos (16).

En lo que se refiere al método, existe una gran variabilidad geográfica y temporal que parece estar asociada a los distintos hábitos, valores culturales, características sociodemográficas, ocupación, y estado mental, así como al acceso a los medios que se puedan emplear en el entorno del suicida. La disponibilidad de medios específicos en el entorno, puede ser uno de los factores decisivos que determine el paso de las ideas suicidas a la acción. En general los hombres suelen elegir métodos más violentos (ahorcamiento o lesiones por armas de fuego) que las mujeres, que eligen más las intoxicaciones (21).

1.Introducción

1.3.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO. A diferencia de lo que ocurre con los datos sobre la incidencia de suicidios consumados, no existen estadísticas oficiales de los intentos de suicidio por áreas geográficas o poblaciones, que proporcionen una información objetiva y contrastada. Es por ello que la mayoría de los estudios epidemiológicos se han centrado en suicidios más que en intentos de suicidio, ya que los datos de los primeros, a pesar de las limitaciones metodológicas señaladas, con todo se recogen de forma sistemática mediante estadísticas nacionales.

Los intentos de suicidio, y aún más las ideas, resultan mucho más difíciles de estudiar, al carecer de procedimientos de notificación, siendo los datos recogidos, generalmente procedentes de los registros de los servicios de Urgencias de los hospitales. Pero incluso aquí, en los Servicios de Urgencias, muchos intentos serios de suicidio que no han llegado a producir consecuencias médicas, podrían no constar como tales (22).

Se calculan en más del 75 % los intentos que no llegan ni siquiera a ser atendidos en Servicios Médico-Sanitarios (23), y de los cuales no queda ningún registro que se pueda cuantificar.

Otra fuente de información son los estudios poblacionales de carácter epidemiológico o encuestas de salud general poblacional, pero también en este caso suelen existir importantes limitaciones metodológicas, con lo que se da una gran variabilidad entre los estudios, que dificulta las comparaciones.

Ocurre que los intentos de suicidio, cuando son detectados, constituyen un serio problema para los servicios públicos de salud. Las ideas de suicidio y las conductas suicidas están entre las urgencias psiquiátricas más frecuentes

1.Introducción

(650,000 personas cada año en EEUU, reciben atención de urgencias tras un intento de suicidio (24)). Además la mayoría de los intentos de suicidio ocurren entre personas menores de 35 años. Esto ha hecho que muchos países hayan decidido que la prevención del suicidio sea una preocupación central en sus Programas de Salud Mental.

Se ha estimado que por cada suicidio consumado se producen 10 a 40 intentos de suicidio y este cociente se eleva hasta 100-200 cuando se trata de adolescentes(24-26).

Además se ha visto que los intentos de suicidio son el factor individual que predice con mayor fuerza el posterior fallecimiento por suicidio. Algunos estudios muestran una proporción de entre el 45-55% de repetidores de los intentos de suicidio, con una mortalidad del 10-15% a los 10 años, siendo el riesgo de mortalidad mayor en los dos años siguientes al intento (27).

Hace algunos años, la OMS llevó a cabo el primer y más importante estudio a gran escala para obtener datos fiables y comparables de diferentes países respecto a los intentos de suicidio, el *WHO/EURO Multicentre Project on Parasuicide*(28). La tasa media global (estandarizada por edad) hallada fue de 186/100.000 individuos mayores de 15 años en mujeres y 136/100.000 en hombres, aunque la incidencia real con toda probabilidad es mayor ya que no se registran los casos en los que no hay intervención sanitaria, un sesgo muy importante como hemos señalado previamente.

La variabilidad entre países fue muy amplia, aunque en todos ellos la incidencia fue superior en mujeres respecto a varones. Por grupos de edad, la mayor frecuencia de tentativas correspondió a los adolescentes y adultos jóvenes,

1.Introducción

siendo el grupo de 15-24 años el de mayor incidencia en mujeres, mientras que en hombres estuvo entre los 15 y 34 años de edad. En ambos géneros las tasas más bajas las presentó el grupo de edad de 55 o más años. La mayor diferencia entre las tasas de hombres y mujeres se da entre los más jóvenes (1-24 años), atenuándose en el grupo de mayor edad (≥ 55 años).

A nivel nacional, se cifran entre 50-90 por 100.000 habitantes/año los intentos de suicidio, aunque las cifras reales son difíciles de estimar. El método más frecuente es la intoxicación medicamentosa (12). En un estudio sobre la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMED) (29) que se realizó en 6 países europeos bajo la coordinación de Encuestas Mundiales de Salud Mental de la OMS, la prevalencia estimada, a lo largo de la vida, de la ideación suicida, planes e intentos de suicidio para la población general española en un 4,4; 1,4 y 1,5%, respectivamente. Entre los individuos con ideación suicida, la probabilidad de realizar un intento fue del 33,9%. La probabilidad de elaborar ideas o planes de suicidio fue significativamente mayor para las mujeres. Esta relación no alcanzó valores de significación estadística en lo que respecta a los intentos de suicidio, apuntándose incluso un efecto protector para el intento en las mujeres con ideas de suicidio. Por otro lado, se observó un aumento significativo del riesgo en las cohortes de edad más joven y en los individuos con niveles educativos inferiores.

1.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA.

Se han realizado muchos esfuerzos en Psiquiatría para identificar factores que aumenten o disminuyan el riesgo suicida por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. Mejorar la capacidad de identificar a los individuos que tienen riesgo de realizar intentos de suicidio y de suicidio consumado puede facilitar la prevención y ayudar a ajustar los recursos sanitarios disponibles.

Desafortunadamente no se han identificado factores que permitan diferenciar con seguridad entre ideación suicida, intentos y suicidios. Sin embargo, sí se han identificado factores generales que afectan a la vulnerabilidad de una persona al suicidio. Estos factores se pueden utilizar para determinar el nivel de intervención necesaria para un paciente particular. La estimación del riesgo suicida ha de realizarse mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos (12).

Los factores que se han asociado con el incremento del riesgo de suicidio y de intento de suicidio se han clasificado de diferentes formas, entre ellas, en factores modificables y no modificables o como en otras clasificaciones se han encuadrado en distintos campos como el biológico, el psicológico, el social, el familiar o el ambiental (12). En general, los principales factores que se han estudiado por su asociación con el incremento del riesgo de suicidio y de intento de suicidio han sido:

- Trastornos psiquiátricos
- Sentimientos de desesperanza
- Impulsividad
- Historia previa de intentos de suicidio

1.Introducción

- Edad, sexo y etnia
- Estado civil
- Ocupación
- Comorbilidad
- Experiencias adversas en la infancia
- Historia familiar de suicidio
- Acceso a métodos

1.4.1 TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS. Los trastornos psiquiátricos son un fuerte predictor de suicidio. Más del 90% de los pacientes con intentos de suicidio tienen un diagnóstico de trastorno psiquiátrico mayor, al igual que el 95% de los que presentan un suicidio consumado (25, 30). Los pacientes que tienen un diagnóstico psiquiátrico fallecerán por suicidio entre 3 y 12 veces más que otros pacientes (31).

En los pacientes diagnosticados de un trastorno psiquiátrico, la gravedad de la enfermedad psiquiátrica padecida está asociada con el riesgo de suicidio. Un metaanálisis (32) encontró que el riesgo de suicidio es del 8.6% en pacientes que habían tenido un ingreso psiquiátrico con ideación suicida, 4% en pacientes que habían tenido un ingreso psiquiátrico por un trastorno afectivo sin conducta o ideas suicidas, 2.2% en pacientes psiquiátricos ambulatorios sin ingreso psiquiátrico, y menos del 0.5% en la población general, sin diagnóstico de trastorno psiquiátrico. También los pacientes con múltiples comorbilidades psiquiátricas parecen tener mayor riesgo que los que tienen

1.Introducción

cuadros depresivos o trastornos de ansiedad sin otro diagnóstico psiquiátrico concomitante (33).

El riesgo de suicidio parece ser mayor en los días o semanas que siguen a una hospitalización psiquiátrica. En una revisión sistemática (34) el 41% de los pacientes que se suicidaban habían estado ingresados en el año previo y hasta un 9% de los suicidios ocurrían en el mismo día del alta de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

De entre los trastornos psiquiátricos, los Trastornos Afectivos son los trastornos más comúnmente asociados al aumento de riesgo de suicidio, seguidos del Abuso de Sustancias (especialmente alcohol), Esquizofrenia y Trastornos de Personalidad. También se asocian con mayor riesgo los Trastornos de Ansiedad, Trastorno por Estrés Postraumático o el Delirium(16). En el caso de la Depresión, los intentos de suicidio se correlacionan más fuertemente con variables como sentimientos de inutilidad y con trastornos de personalidad concurrentes.

Un estudio reciente (35) pone de manifiesto las similitudes y diferencias entre grupos heterogéneos de pacientes con intento de suicidio, algunos de los cuales se suicidaron y otros que sobrevivieron al intento. Los autores concluyen que los síntomas depresivos estaban presentes en ambos grupos como una variable compartida.

Los Trastornos de Ansiedad también se ha visto que incrementan el riesgo de intento de suicidio a más del doble (36) y la combinación de Depresión más Ansiedad lo incrementaría enormemente (37).

1.Introducción

Los síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones...) también pueden incrementar el riesgo por sí mismos, sin tener en cuenta el diagnóstico.

La tasa de suicidios entre pacientes alcohólicos fue del 2 al 18%. Casi el 90% de los pacientes alcohólicos que se suicidaron fueron hombres. Y de los suicidios consumados, independientemente de otros diagnósticos psiquiátricos u otras variables concurrentes, entre el 20-25 % de los pacientes estaban intoxicados por alcohol(24).

1.4.2 DESESPERANZA E IMPULSIVIDAD. Los sentimientos de desesperanza están fuertemente asociados al suicidio. En un estudio(38) la desesperanza se mostró 1.3 veces más importante que el diagnóstico de Depresión como causa de la ideación suicida.

La desesperanza puede persistir cuando otros síntomas de depresión han remitido y puede mediar la relación entre la baja autoestima, sentimientos de soledad, pérdidas interpersonales y el suicidio (39, 40). En Depresiones graves puede mejorar la inhibición, la anhedonia, etc, pero persistir la desesperanza. Lo que explicaría los intentos de suicidio en personas que estaban mejorando de una Depresión.

La impulsividad, en especial entre los adolescentes y adultos jóvenes se asocia con el paso a la acción de los pensamientos suicidas.

La combinación de desesperanza, impulsividad y desinhibición por el uso de sustancias puede ser particularmente letal (41).

1.4.3 HISTORIA DE INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIO. El haber realizado intentos de suicidio previamente, es como variable individual, el mayor factor predictivo

1.Introducción

de suicidio (25). Los pacientes con intentos previos de suicidio tienen 5-6 veces más probabilidades de realizar otro intento.

Hasta un 50% de las víctimas de suicidio habían realizado un intento previamente (42).

Uno de cada 100 supervivientes de un intento de suicidio morirá por suicidio en el año siguiente (un riesgo aproximadamente 100 veces superior al de la población general) (43).

El riesgo de suicidio consumado que sigue a un intento de suicidio es mucho mayor en pacientes con Esquizofrenia, o Trastornos Afectivos (unipolares o bipolares) (30).

1.4.4 EDAD, SEXO Y ETNIA. El riesgo de suicidio se incrementa con la edad, sin embargo los adultos jóvenes intentan suicidarse con mayor frecuencia que los mayores (44, 45).

Las mujeres intentan suicidarse 4 veces más que los varones pero los varones se suicidan 3 veces más (46).

Estas diferencias en edad y sexo parecen estar más relacionadas con la letalidad del método elegido (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación...), más que con las tasas de mortalidad para el mismo método (47).

1.4.5 ESTADO CIVIL. El riesgo de suicidio se relaciona con el estado civil (48). La tasa más elevada de riesgo ocurre entre los que nunca se han casado, seguidos en orden descendente de viudos, separados o divorciados, casados sin hijos y casados con hijos.

1.Introducción

De todas formas, cualquiera que sea la estructura familiar, vivir sólo incrementa el riesgo de suicidio (49).

- 1.4.6 OCUPACIÓN.** Los desempleados y personas no cualificadas tienen mayor riesgo de suicidio. Un fracaso laboral u ocupacional reciente implica mayor riesgo (50, 51).

En cuanto a las profesiones, en un metaanálisis(52) se encontró que los médicos, en especial las mujeres médico, tienen mayor riesgo de suicidio.

- 1.4.7 ENFERMEDADES FÍSICAS.** Las enfermedades con dolor crónico, cirugía reciente o enfermedades crónicas y terminales incrementan el riesgo de suicidio(53, 54).

- 1.4.8 EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA.** Los abusos en la infancia y otras experiencias adversas parecen aumentar el riesgo de suicidio en adultos(55, 56). Esta asociación parece estar al menos parcialmente mediada por la presencia de Alcoholismo, Depresión y Abuso de Drogas, como factores de comorbilidad, y además, estos factores por sí mismos son también variables que están fuertemente relacionadas con los eventos adversos padecidos en la infancia.

- 1.4.9 HISTORIA FAMILIAR Y GENÉTICA.** El riesgo de suicidio está aumentado en pacientes con historia familiar de suicidio (57, 58). Tener un familiar de 1º grado que se haya suicidado aumenta el riesgo de suicidio 6 veces (24).

Estudios en gemelos sugieren que este incremento en el riesgo tiene componentes genéticos y ambientales (57, 59).

1.Introducción

La heredabilidad del suicidio está en un rango del 30 al 50%. Sin embargo no está claro si el componente genético es el responsable del Trastorno Psiquiátrico subyacente o del propio suicidio (58, 60).

1.4.10 OTROS FACTORES. El riesgo de suicidio se incrementa en pacientes con accesibilidad a armas, pacientes que viven solos, han perdido a una persona querida, o han tenido una relación que fracasó en el último año (61).

También posiblemente en pacientes con historia de conducta violenta en el año previo (62).

El aniversario de la pérdida de una relación significativa es también un momento en que el riesgo se incrementa (63). Entre los viudos el riesgo de suicidio es mayor en la primera semana, descendiendo rápidamente en el primer mes pero permaneciendo elevado el primer año (64).

Aspectos sociopolíticos, culturales y económicos pueden conducir a tasas de suicidio aumentadas en las poblaciones (24, 65). La violencia y la coacción política se asocian con mayores tasas de suicidio, al igual que las crisis económicas.

Por otro lado, los que viven en las zonas rurales tienen mayores tasas de suicidio que los que viven en zonas urbanas. En una encuesta entreadolescentes, quienes se identificaron como homosexuales y bisexuales, reportaron tasas más altas de ideación suicida e intentos de suicidio que los encuestados heterosexuales (66). Las personas que puntúan más bajo en las pruebas de inteligencia también parecen tener un mayor riesgo de suicidio (67).

1.Introducción

1.5 FACTORES PROTECTORES DE LA CONDUCTA SUICIDA.

Los factores protectores del riesgo de suicidio más comúnmente aceptados podrían dividirse en aquellos propios del individuo y los propios del entorno. Entre los primeros se pueden incluir las actitudes y valores del individuo en contra del suicidio, así como habilidades sociales, manejo de la ira y capacidad de resolución de problemas (68). También se ha visto que el embarazo reduce el riesgo de suicidio, al igual que la paternidad, en particular la maternidad(69). La religiosidad y la participación en actividades religiosas se asocia también con un menor ideación suicida (70).

Entre los factores ambientales, el apoyo social y la buena relación familiar protegen contra el suicidio, mientras que la disfunción familiar aumenta el riesgo (24). Otros factores serían la accesibilidad a los dispositivos de salud o las restricciones a la hora de adquirir armas o medicaciones potencialmente letales.

1.6 CRIBADO

Los U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) concluyen en sus recomendaciones preventivas, que actualmente la evidencia científica para la realización rutinaria, en Atención Primaria, de un cribado para detectar riesgo de suicidio en la población general, es insuficiente(71).

Basan las recomendaciones en que no encuentran evidencia de que la detección precoz de individuos con riesgo de suicidio reduzca la mortalidad o los intentos de suicidio. Además existe poca evidencia sobre la precisión de las herramientas utilizadas con este fin, ya que los test más comúnmente usados en los estudios no han sido validados para valorar el riesgo de suicidio en Atención Primaria.

1.Introducción

Asimismo otras organizaciones como la Canadian Task Force tampoco encuentran suficiente evidencia para recomendarlo, si bien, recomiendan que los médicos deberían permanecer alerta a la posibilidad de suicidio en pacientes de alto riesgo, particularmente si presentan un trastorno psiquiátrico, en especial depresión o abuso de sustancias o si el paciente ha realizado algún intento de suicidio reciente o bien si algún miembro de su familia se ha suicidado.

1.7 PREVENCIÓN

La repercusión de la conducta suicida sobre el entorno es muy importante, ya que las vidas de los allegados se ven profundamente afectadas a nivel emocional, social y económico, es por ello de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida.

Predecir qué pacientes con ideación suicida realizarán intentos de suicidio no es posible con un alto grado de sensibilidad y especificidad, a pesar de lo cual y de no existir evidencia contrastada sobre la efectividad de los programas de prevención del suicidio, muchos países han creado centros de prevención e intervención.

La recomendación general para la creación de intervenciones preventivas sería que estuvieran basadas en las características específicas de la población en la que se pretende prevenir la conducta suicida por lo que si esos datos no están disponibles, el primer paso sería realizar estudios exploratorios en cuyos resultados puedan basarse posteriormente las indicaciones (72).

En 1999, la OMS lanzó una iniciativa a escala mundial (SUPRE) para la prevención del suicidio (73, 74).

1.Introducción

Desde la Unión Europea también se han promovido iniciativas, como la Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention (75), donde la prevención del suicidio se considera una de las áreas de intervención. En España, la Estrategia de Salud Mental elaborada en 2007 (76) contempló entre sus objetivos la prevención del suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de suicidio en grupos de riesgo. Aún así en España la implementación de programas preventivos es muy escasa, encontrándonos muy por debajo del nivel de otros países europeos con similar grado de desarrollo (68).

No obstante, existen cada vez más evidencias a favor de la eficacia de determinadas estrategias preventivas para reducir la tasa de suicidio, en particular la restricción de acceso a métodos suicidas, la formación de los profesionales de salud mental y de los profesionales de atención primaria y la puesta en marcha de dispositivos de seguimiento en el caso de las personas que realizan intentos de suicidio (77, 78).

Justificación del estudio

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La prevalencia de los trastornos psiquiátricos comórbidos en pacientes médicos y quirúrgicos ingresados en Hospitales Generales se estima muy elevada (hasta un 45% según los estudios). Según algunos estudios (6) se les realiza una interconsulta psiquiátrica a menos del 6% del total de los ingresos y reciben un diagnóstico y tratamiento por Unidades de Interconsulta Psiquiátrica solo entre el 1% y el 5% de los ingresos (7). Esto tiene implicaciones sobre la estancia media hospitalaria, que se ve incrementada hasta dos veces en estos pacientes, con los costes económicos que ello supone (8).

En este trabajo estudiamos las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que requirieron ingreso hospitalario en Servicios Médicos o Quirúrgicos del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña para los cuales se solicitó valoración mediante interconsulta a la UPIE, y tratamos de determinar los principales motivos de consulta y derivación, así como los servicios médicos o quirúrgicos que solicitaron interconsulta a Psiquiatría con más frecuencia, a partir de lo cual podremos conocer mejor las características de los pacientes a los que se les solicita valoración psiquiátrica en este hospital.

En cuanto a los intentos de suicidio, la magnitud del problema no es bien conocida. Los datos publicados sobre intentos de suicidio en España son escasos (27, 29) y se estima que su frecuencia debe ser unas 10 o 20 veces superior a los datos que se conocen. Asimismo, no existen datos disponibles sobre los intentos de suicidio en pacientes ingresados en hospitales generales en nuestro Sistema de Salud, tras haber realizado un intento de suicidio.

5. Aspectos ético-legales

Debido a la escasez de datos al respecto y a la reconocida relevancia de los intentos de suicidio como predictor de suicidio consumado(48, 49, 51) nos proponemos realizar una descripción de la población atendida en un Hospital General a través de las Interconsultas realizadas al Servicio de Psiquiatría, desde el punto de vista socio-demográfico y clínico, centrándonos posteriormente en los pacientes ingresados por intento de suicidio en Servicios Hospitalarios Médicos y Quirúrgicos.

Se trata de conductas que suponen un importante consumo de recursos para los sistemas sanitarios. Son urgencias psiquiátricas frecuentes y suponen un riesgo aumentado de muerte por suicidio, lo cual, llegado el caso, genera un gran sufrimiento en el entorno.

Por todo ello con este estudio tratamos de identificar variables asociadas al intento de suicidio, que podrían ser o no modificables, para reducir la morbilidad y la mortalidad así como para reducir un sufrimiento innecesario.

Objetivos

3. Objetivos

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

1. Determinar las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes atendidos por la Unidad de Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría en el período 1997-2007.
2. Determinar el perfil clínico de los pacientes atendidos por intento de suicidio, así como sus determinantes.

Material y Métodos

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 ÁMBITO DE ESTUDIO

Pacientes ingresados de forma correlativa entre 1997 y 2007 en los diversos Servicios Médicos y Quirúrgicos del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC) (que atiende a un área de población de 500.000 habitantes) (Figuras 3 y 4). A dichos pacientes se les solicitó valoración mediante interconsulta a la Unidad de Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría (UPIE), por parte de la Unidad Médica y/o Quirúrgica correspondiente.

Figura 3. Imagen del Hospital A Coruña



Fuente: www.galiciaunica.es

4. Material y Métodos

Figura 4. Mapa del área de influencia del CHUAC.



Fuente: www.hospitalcoruna.sergas.es

4.2 PERÍODO DE ESTUDIO

De Enero de 1997 a Diciembre de 2007.

4.3 TIPO DE ESTUDIO

Observacional de prevalencia, mediante un registro hospitalario de los pacientes atendidos en las interconsultas al Servicio de Psiquiatría.

4. Material y Métodos

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC) durante el período de estudio.
- b) Pacientes que han sido valorados mediante interconsulta a la Unidad de Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría.

4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Pacientes que fueron ingresados directamente en el Servicio de Psiquiatría del CHUAC tras su valoración en el Servicio de Urgencias por intento de suicidio.
- b) Pacientes valorados por Psiquiatría en el Área de Urgencias que no llegaron a ingresar.

4.6 MEDICIONES

De cada paciente incluido en el estudio, el personal de la Unidad de Interconsulta, recogió una serie de variables sociodemográficas y clínicas, que se registraron en el Cuaderno de Recogida de Datos (Hoja de Registro Individual). Dicha hoja de registro fue diseñada y se utiliza como herramienta de gestión de la Unidad de Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría (Anexo I).

Las variables que se utilizaron para el estudio fueron las siguientes:

Variables sociodemográficas:

- *Edad:* Calculada a partir de la fecha de nacimiento.
- *Sexo*
- *Estado civil:* Soltero; casado; religioso; desconocido; otros.
- *Tipo de convivencia:* Se refiere a las personas que conforman el núcleo de convivencia del paciente: sólo; con pareja; con pareja e

4. Material y Métodos

hijos; con padre(s); sólo con hijos; familia nuclear extensa (en el mismo núcleo doméstico conviven familiares de diferentes generaciones); con otros familiares; en institución; al paio; adopción y otros.

- *Nivel educacional:* Analfabeto; sin estudios, estudios primarios/EGB; estudios medios/FP (en esta categoría se agruparon para el análisis dos categorías recogidas en el cuaderno de recogida de datos: estudios medios y FP); estudios universitarios (al igual que en el caso anterior, en esta categoría se agruparon: diplomados y licenciados universitarios).
- *Procedencia:* Se refiere al Servicio donde está ingresado el paciente y que solicita la interconsulta a Psiquiatría.
- *Profesión:* Se utilizaron las siguientes categorías: sin profesión; profesionales y técnicos; directivos y gerentes; personal de servicios administrativos; comerciantes y vendedores; hostelería, servicios y seguridad; agricultura, ganadería y pesca; personal de industria, construcción y transporte, personal de las fuerzas armadas; estudiante; ama de casa; empleado de hogar; otras ocupaciones.
- *Situación laboral:* Categorizada en: estar en activo; en paro (se agruparon para el análisis dos de las categorías del cuaderno de recogida de datos: con subsidio y sin subsidio); pensionista; incapacidad laboral temporal (ILT); incapacidad laboral permanente (ILP) y otras (en las que se agruparon las categorías: estar cumpliendo el servicio militar y rentista)

4. Material y Métodos

Variables Clínicas:

- *Motivo de consulta:* Síntomas clínicos que originan la solicitud de interconsulta a Psiquiatría por parte del médico que trata al paciente. Los principales motivos de interconsulta se categorizaron en: clínica afectiva; ansiosa; delirante/alucinatoria; consusional/agitado; tóxicos; alteraciones en la funcionalidad; alteraciones en el rol/relación; antecedentes psiquiátricos; síntomas especiales (cuando los síntomas motivo de la consulta no se pueden incluir en otra categoría); intentos de suicidio (para hacer el análisis estadístico, se agruparon en esta categoría las siguientes: intento de suicidio por quemaduras, por ingesta de fármacos, por ingesta de tóxicos, por precipitación, ahorcamiento, por armas, por gas, por varios métodos); en la categoría otros se agruparon todas las interconsultas realizadas a pacientes a través de Programas Específicos (que han ido variando a lo largo del período de estudio) como el de psico-oncología, quemados, trasplantes, urología, lesionados medulares, obesidad o reproducción.
- *Fecha del Petición de Interconsulta*
- *Modalidad de Petición:* Se refiere a si la interconsulta ha sido solicitada con prioridad urgente, preferente o normal.
- *Antecedentes personales psiquiátricos:* Si tiene o no antecedentes de trastornos neuróticos; afectivos; psicóticos; consumo de alcohol, otros tóxicos; varios antecedentes u otros.
- *Diagnóstico Psiquiátrico:* Se refiere al diagnóstico realizado por personal médico o psicólogos de la Unidad de Interconsulta, tras la entrevista psiquiátrica y que se codifica según los criterios de la clasificación CIE-10. Posteriormente, para simplificar el estudio, se

4. Material y Métodos

agruparon los diferentes diagnósticos en las categorías siguientes (pertenecientes a la clasificación DSM-IV-TR con códigos CIE-10): Trastornos por ansiedad, adaptativos y somatomorfos. Trastornos afectivos. Sin diagnóstico psiquiátrico. Otros trastornos orgánico-cerebrales. Trastornos de la personalidad. Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno por ideas delirantes. Trastornos por alcohol. Trastornos por otros tóxicos. Delirium. Demencia. Trastornos de la alimentación, sueño y sexualidad. Retraso Mental. Trastornos de inicio en la infancia y Trastornos del Desarrollo.

- *Actuación terapéutica fundamental:* La principal actuación por parte del equipo de Psiquiatría, tras la evaluación del paciente, incluyendo las siguientes: tratamiento farmacológico; apoyo psicológico; tratamiento mixto (farmacológico y psicoterapéutico); evaluación y orientación (al paciente y/o al médico solicitante) o bien psicoterapia.
- *Tratamiento farmacológico:* Se incluyeron las siguientes categorías: sin tratamiento farmacológico; ansiolíticos; neurolépticos; antidepresivos; asociación de ansiolíticos más antidepresivos; asociación de ansiolíticos más neurolépticos y otros (en ésta categoría utilizada para simplificar el análisis, se agruparon las categorías recogidas en el cuaderno de recogida de datos correspondientes a las diferentes posibilidades de asociación de fármacos)
- *Número de visitas necesarias para resolver el caso*

4. Material y Métodos

4.7 JUSTIFICACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL

Para la totalidad de la muestra (n= 7194) se dispone de una seguridad del 95% y una precisión de $\pm 1.15\%$.

Para el estudio de las características de los pacientes con intento o no de suicidio, el tamaño de la muestra (n=5234) nos permite estimar los parámetros de interés con una seguridad del 95% ($\alpha= 0.05$) y una precisión de $\pm 1.35\%$.

Los 361 intentos de suicidio en comparación con los 4873 ingresos por otros motivos nos permiten detectar como significativas diferencias de un 8% (50 vs. 42), para una seguridad de un 95% y un poder estadístico de un 80%, asumiendo un planteamiento bilateral.

4.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realiza un estudio descriptivo de las variables incluidas en el estudio.

Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación típica (D.T.), las variables cualitativas se expresan como valor absoluto (n) y porcentaje, con la estimación de su 95% intervalo de confianza (I.C.).

La comparación de medias se realizó por medio de la T de Student o test de Mann Whitney, según procediese tras comprobación de la normalidad con el Test de Kolgomorov-Smirnov.

El análisis de la asociación de variables cualitativas se realizó por medio del estadístico Chi-Cuadrado.

La base de datos fue constituida por los registros obtenidos de la interconsultas al Servicio de Psiquiatría realizadas durante el período de estudio. Disponíamos de un total de 7194 ingresos (datos que se utilizaron para la descripción de las

4. Material y Métodos

características generales de la muestra), de ellos había datos disponibles sobre el motivo de consulta (y por lo tanto sobre la realización de un intento de suicidio) para 5234 casos, que fueron los que se utilizaron para el análisis sobre los intentos de suicidio.

Como unidad de análisis se utilizaron los “ingresos hospitalarios”. Algunos pacientes habían ingresado más de una vez, en concreto hubo 725 reingresos, algunos relativos a los mismos pacientes (4509 pacientes). Todo ello se especifica en la tabla 2.

En la tabla 3 se muestra la distribución de los pacientes en función de si el motivo de consulta en el último ingreso era “intento de suicidio” o no y de si habían tenido ingresos previos similares por intento de suicidio.

Tabla 2. Resultados del número de reingresos y pacientes.

Número de pacientes	Número de ingresos en el período de estudio	Pacientes x Ingreso	Número de reingresos
3961	1	3961	0
426	2	852	426
85	3	255	170
23	4	92	69
10	5	50	40
4	6	24	20
4509		5234	725

4. Material y Métodos

Tabla 3. Distribución de pacientes según hayan presentado intento de suicidio en el último ingreso o no y según intentos de suicidio previos.

	Intento de suicidio (último ingreso)	
	No	Si
No intentos de suicidio previos	4866	328
1 intento de suicidio previo	6	28
2 intentos de suicidio previos	1	5
	4873	361

Para tener en cuenta la naturaleza de correlación de estos datos, se utilizaron ecuaciones de estimación generalizada para evaluar las asociaciones entre las características demográficas y clínicas y la hospitalización por intento de suicidio(79) Para determinar las variables asociadas a la presencia o no de intento de suicidio hemos realizado un análisis multivariado de regresión logística. Como medida de la validez del modelo se calculó el Área bajo la curva ROC (AUC). Todos los análisis estadísticos se realizaron con SPSS17.0 y R2.10.0, con el paquete geepack añadido(80).

4. Material y Métodos

4.9 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre “Interconsulta Psiquiátrica” y otra sobre “Intentos de suicidio y factores de riesgo”.

Interconsulta Psiquiátrica

En relación a la revisión bibliográfica respecto a las características de las Interconsultas Psiquiátricas: Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed a fecha 17 de Julio de 2011. Utilizando el término MesH (*Medical Subject Headings*) "Psychosomatic Medicine" y limitando la búsqueda a artículos en inglés y español publicados en los últimos 5 años. Fueron recopilados 90 artículos relacionados con aspectos generales de la Medicina Psicosomática, de los que se seleccionaron 9, tras ser revisados los abstract.

Se realizó otra búsqueda en PubMed de literatura publicada sobre las características de las interconsultas psiquiátricas, con los términos “General Hospital” AND “Referrals” AND “Psychiatry”, limitando la búsqueda a artículos publicados en inglés y español en los últimos 10 años. Se obtuvieron 118 artículos, de los cuales se utilizaron 16 tras ser revisados los abstracts. Además se revisaron libros de especial relevancia en Medicina Psicosomática como el Textbook of Consultation-Liason Psychiatry, 2º edition. Posteriormente se realizó una búsqueda manual de la bibliografía incluida en los principales artículos localizados.

4. Material y Métodos

Factores de Riesgo de Intentos de Suicidio

En cuanto a la literatura publicada sobre factores de riesgo de los intentos de suicidio: Se realizó una búsqueda bibliográfica en MEDLINE a fecha 22 de Mayo de 2011. Utilizando los términos MeSH: “risk factors” AND “suicide attempt” se buscaron estudios clínicos, estudios clínicos aleatorizados y metaanálisis, realizados en humanos y publicados en español o en inglés, sin establecer un límite temporal de búsqueda. Las editoriales, cartas y guías de práctica clínica así como otros tipos de publicaciones (casos clínicos, series de casos clínicos) fueron excluidos del análisis, tratando de seleccionar sólo artículos originales, metaanálisis y revisiones. Se recopilaron 102 artículos, de los cuales se seleccionaron 52 en función de su pertinencia.

También se revisaron las principales bases de datos especializadas en guías de práctica clínica (GuíaSalud) y otros recursos de síntesis como UptoDate.

Finalmente se realizó una búsqueda manual en la bibliografía de los principales artículos utilizados.

El resumen de esta selección de artículos sobre factores de riesgo de intentos de suicidio se encuentra recogido en función de la década de su publicación en las siguientes tablas (Tablas 4, 5a, 5b y 5c).

4. Material y Métodos

Tabla 4. Principales estudios sobre factores de riesgo e intentos de suicidio (1990-1999)

Autor, año	País	Tipo de estudio	Muestra
Lester et al. (81), 1993	EEUU	Metanálisis	13.002 pacientes con conducta suicida, con trastorno afectivo uni o bipolar
Wasserman et al. (82), 1994	Suecia	Estudio multicéntrico observacional	2.748 pacientes con parasuicidio atendidos en hospitales de 5 países nórdicos europeos
Warshaw et al. (83), 1995	EEUU	Estudio naturalístico longitudinal prospectivo	527 sujetos con trastorno de pánico
Warshaw et al. (84), 1996	EEUU	Estudio naturalístico longitudinal prospectivo	654 pacientes con trastornos de ansiedad tratados con fluoxetina
Brodsky et al. (55), 1997	EEUU	Estudio transversal	214 pacientes ingresados con diagnóstico de Trastorno límite de personalidad
Muelleman et al. (85), 1998	EEUU	Estudio transversal	9.057 mujeres entre 19-65 años atendidas en Servicios de Urgencias
Pfeffer et al. (86), 1998	EEUU	Estudio transversal	75 pacientes prepúberes ingresados en unidades de psiquiatría (23 no suicidas, 32 con ideas de suicidio y 20 con intentos de suicidio)
Walsh et al. (87), 1999	UK	Estudio transversal de prevalencia	704 pacientes con psicosis crónica
Beautrais et al. (88), 1999	Nueva Zelanda	Estudio de casos y controles	302 casos de intentos de suicidio médicamente serios y 1.028 controles aleatorios
De Leo et al. (89), 1999	Italia	Estudio transversal multicéntrico	1.269 pacientes con parasuicidio, mayores de 15 años
Papassotiropoulos et al. (90), 1999	Alemania	Estudio transversal	45 pacientes ingresados en psiquiatría con conductas suicidas, 95 con trastornos afectivos sin conductas suicidas y 20 sanos
León et al. (91), 1999	EEUU	Estudio observacional naturalístico prospectivo	643 pacientes a tratamiento para la depresión con fluoxetina

4. Material y Métodos

Tabla 5a. Principales estudios sobre Factores de Riesgo asociados a Intentos de Suicidio en el período 2000-2011

Autor, año	País	Tipo de estudio	Muestra
Van Heeringen et al. (92), 2000	Bélgica	Estudio transversal de prevalencia	404 jóvenes (215 homo o bisexuales y 189 heterosexuales)
Jick et al. (93), 2000	EEUU	Estudio de cohortes	7.535 pacientes a tratamiento con isotretinoína y 14.376 pacientes a tratamiento con un antibiótico para el acné
Hultén et al. (94), 2001	Suecia	Estudio longitudinal prospectivo	1720 intentos de suicidio en 1264 individuos de 15 a 19 años, atendidos en 7 centros Europeos para ver riesgo de repetición
Walrath et al (95), 2001	EEUU	Estudio transversal	4.677 jóvenes que eran atendidos entre 1993 y 1998 en 22 comunidades
Sayil et al. (96), 2002	Turquía	Estudio transversal	737 pacientes que acuden al hospital por intento de suicidio
Hagedorn et al. (97), 2002	EEUU	Estudio transversal	287 pacientes de 27 o menos años atendidos en 2 hospitales por intento de suicidio
Oquendo et al. (98), 2002	EEUU	Estudio de cohortes prospectivo	136 pacientes que ingresaron por Depresión mayor unipolar (seguimiento 2 años)
Nordentoft et al. (99), 2002	Dinamarca	Estudio clínico randomizado controlado	341 pacientes con primer episodio psicótico
Mackinnon et al. (100), 2003	EEUU	Estudio de casos y controles	603 individuos con trastorno bipolar y cambios rápidos en el ánimo
Huan et al. (101), 2004	China	Estudio longitudinal de casos y controles	100 pacientes con intento de suicidio y 100 controles con lesiones por accidente, ingresados en hospitales
McCloud et al. (102), 2004	UK	Estudio transversal de prevalencia	200 pacientes ingresados en unidades de Psiquiatría

4. Material y Métodos

Tabla 5b. Principales estudios sobre Factores de Riesgo asociados a Intentos de Suicidio en el período 2000-2011

Autor, año	País	Tipo de estudio	Muestra
Fagiolini et al. (103), 2004	EEUU	Estudio observacional de prevalencia	175 Pacientes con trastorno bipolar I
Osvath et al. (104), 2004	Hungría	Estudio transversal	101 pacientes con intento de suicidio
Goldstein et al. (105), 2005	EEUU	Estudio transversal	405 niños y adolescentes diagnosticados de T. bipolar.
Hawton et al. (106), 2005	UK	Metanálisis	23 estudios en pacientes diagnosticados de T. bipolar con intento de suicidio
Yen et al. (107), 2005	EEUU	Estudio longitudinal prospectivo	489 pacientes con trastorno de personalidad
Perlis et al. (108), 2005	EEUU	Estudio transversal	1456 pacientes ambulatorios con depresión mayor sin síntomas psicóticos
Kapur et al. (109), 2006	UK	Estudio de cohortes prospectivo	9.213 Pacientes atendidos con intentos de suicidio seguidos para ver riesgo de repetición
Spann et al. (110), 2006	EEUU	Estudio transversal	176 estudiantes de instituto afro-americanos con intento de suicidio
Dubicka et al. (111), 2006	UK	Metanálisis	1.487 pacientes jóvenes deprimidos tratados con antidepresivos y 1.284 tratados con placebo.
Melhem et al. (112), 2007	EEUU	Estudio de cohortes prospectivo	365 hijos de padres con depresión mayor
Voraceck et al. (113), 2007	Austria	Metanálisis	Pacientes con conducta suicida
Rosow et al. (114), 2007	Noruega	Estudio transversal	30. 532 estudiantes adolescentes de 7 países diferentes
Haukka et al., (25) 2008	Finlandia	Estudio transversal de base poblacional	18.199 personas hospitalizadas en Finlandia entre 1996 y 2003 con el diagnóstico de intento de suicidio.
Nock et al. (115), 2008	EEUU	Estudio transversal de prevalencia	84.850 adultos de 17 países
Schaffer et al. (116), 2008	Canadá	Ensayo clínico multicéntrico	183 pacientes con depresión psicótica

4. Material y Métodos

Tabla 5c. Principales estudios sobre Factores de Riesgo asociados a Intentos de Suicidio en el período 2000-2011

Autor, año	País	Tipo de estudio	Muestra
Gabilondo et al. (29), 2009	España	Estudio transversal	5.473 adultos de la población general
Fiedorowicz et al. (117), 2009	EEUU	Estudio de cohortes prospectivo	909 pacientes con depresión mayor y trastorno bipolar
Sublette et al. (118), 2009	EEUU	Estudio transversal	138 pacientes con trastorno bipolar I o II y episodio depresivo mayor
Azarin et al. (119), 2009	Francia	Transversal	382 pacientes con trastorno bipolar I que ingresan por episodio maníaco con intento de suicidio. 708 pacientes con trastorno bipolar I que ingresan por episodio maníaco sin intento de suicidio
Klomek et al. (120), 2009	EEUU	Estudio prospectivo a nivel nacional	5302 niños finlandeses nacidos en 1981
Buri et al. (121), 2009	Suiza	Estudio observacional retrospectivo	69 pacientes a tratamiento por alcoholismo con intento de suicidio. 631 pacientes a tratamiento por alcoholismo sin intento de suicidio
Lari et al. (122), 2009	Iran	Transversal	125 pacientes ingresados por intentos de suicidio por quemaduras
Krysinska et al. (123), 2010	Australia	Metanálisis	Pacientes con Trastorno por estrés postraumático
Perroud et al. (124), 2010	UK	Estudio clínico multicéntrico, randomizado y farmacogenético	141 pacientes con intento de suicidio y depresión mayor. 670 pacientes con depresión mayor sin intento de suicidio
Bruffaerts et al. (125), 2010	Bélgica	Estudio transversal	55.299 encuestados de muestras representativas nacionales de 21 países
Chen et al. (126), 2010	EEUU	Metanálisis	3.162.318 pacientes con abuso sexual y trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida
Novick et al. (127), 2010	EEUU	Metanálisis	1099 pacientes con TBII con intentos de suicidio previos . 469 pacientes con TBII con intento de suicidio posterior. 268 pacientes con intento de suicidio con diagnóstico posterior de TBII
Sundström et al. (128), 2010	Suecia	Estudio de cohortes retrospectivas	5.756 en pacientes tratados con isotretinoína por acné grave
Bjornaas et al. (129), 2010	Noruega	Estudio transversal multicéntrico q	908 ingresos hospitalarios por intoxicaciones voluntarias
Torres et al. (130), 2011	Brasil	Estudio transversal	582 pacientes ambulatorios con TOC

Aspectos ético-legales

5. Aspectos ético-legales

5. ASPECTO ÉTICO-LEGALES

Para la realización del estudio se ha solicitado y obtenido la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (CEIC) (código 2011/283) y se ha respetado la confidencialidad de la información según Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999 del 13 de Diciembre.

La base de datos que se ha utilizado es una base de datos anonimizada de gestión del Servicio de Psiquiatría. En ningún momento se ha accedido a las historias clínicas de los pacientes, ni en papel ni en registro electrónico, ni se han realizado entrevistas clínicas con ellos.

5. Aspectos ético-legales



Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia
Edificio Administrativo de San Lázaro
15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Tlf: 881 346425 Fax: 881 541804
ceic@sergas.es

DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE GALICIA

Dña. Paula M. López Vázquez, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 15/09/2011 el estudio:

Título: Intentos de suicidio y factores relacionados en pacientes ingresados en un hospital general: un estudio transversal de 11 años (1997-2007)

Promotor: Sonia María Gómez Pardiñas

Version:

Código do Promotor:

Código de Registro CEIC de Galicia: 2011/283

Y que este Comité de conformidad con sus Procedimientos Normalizados de Trabajo y tomando en cuenta los requisitos éticos, metodológicos y legales exigibles a los estudios de investigación con seres humanos, sus muestras o registros, emite un **DICTAMEN FAVORABLE** al estudio propuesto y que se llevará a cabo en:

Centros	Investigadores principales
C.H. Universitario de A Coruña	Sonia María Gómez Pardiñas

En Santiago de Compostela a 19 de septiembre de 2011

La Secretaria



Paula M. López Vázquez

Resultados

6. RESULTADOS

6.1 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS POR LA UNIDAD DE INTERCONSULTA Y ENLACE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA.

Características sociodemográficas de la población estudiada

La población estudiada consiste en pacientes ingresados en Unidades médicas y quirúrgicas del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Se incluyeron en el estudio 7194 pacientes, valorados por la Unidad de Psiquiatría de Interconsulta y Enlace, desde Enero de 1997 hasta Diciembre de 2007.

Las principales características sociodemográficas de los pacientes incluidos en el estudio se muestran en la tabla 6. La media de edad de los pacientes fue de 50.25 años, con un ligero predominio del sexo masculino (53.9% frente a 46.1% de mujeres).

En cuanto al estado civil, la mayor parte estaban casados (51.2%), seguidos de solteros (29%), viudos (10.7%) y separados (8.5%). Convivían más con pareja e hijos (28.7%) o sólo con la pareja (22.9%). Seguidos de un 14.5% que convivían con los padres y un 13.4% que vivían solos.

6. Resultados

Tabla 6. Principales características sociodemográficas de los pacientes incluidos en el estudio.

	<i>n</i>	%	95% IC	Media \pm DT	Mediana
Edad	7194		49.8-50.7	50.25 \pm 18.2	49.9
Sexo					
Hombres	3928	53.9	52.7-55.0		
Mujeres	3360	46.1	44.9-47.3		
Estado civil					
Casado	2675	51.2	49.9-52.6		
Soltero	1512	29.0	27.7-30.2		
Viudo	561	10.7	9.9-11.6		
Separado	444	8.5	7.7-9.3		
Otros	19	0.4	0.2-0.5		
Religioso	9	0.2	0.1-0.3		
Tipo de convivencia					
Pareja con hijos	1503	28.7	27.5-30.0		
Pareja	1198	22.9	21.7-24.0		
Con padre(s)	763	14.6	13.6-15.5		
Sólo	699	13.4	12.4-14.3		
Sólo con hijos	353	6.7	6.1-7.4		
Familia nuclear	309	5.9	5.3-6.6		
extensa					
Con otros familiares	218	4.2	3.6-4.7		
Institución	97	1.9	1.5-2.2		
Otros	72	1.4	1.1-1.7		
Al pairo	19	0.4	0.2-0.5		
Adopción	4	0.1	0.0-0.2		

DT: Desviación típica

6. Resultados

En la tabla 7 se muestra la distribución de los pacientes en cuanto a su nivel educacional, profesión y situación laboral. En relación al nivel educacional un 50.3 % tenían estudios primarios y un 24.3% estudios medios, mientras que un 15.1% no tenían estudios y sólo un 8.1 tenían estudios universitarios.

La profesión más frecuente entre los pacientes consultados por ésta Unidad fué la de ama de casa (20.7%), seguida de trabajos en el sector de la industria, construcción y transportes (18.5%) y en agricultura, ganadería y pesca (12.2%). La mayoría de los pacientes estaban en activo (33.9%) o eran pensionistas (31.6%).

6. Resultados

Tabla 7. Distribución de los pacientes en función de su nivel educacional, profesión y situación laboral.

<i>Variables</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>95% IC</i>
Nivel educacional			
Primaria o EGB	2614	50.3	48.9-51.7
Medio/FP	1263	24.3	23.1-25.5
Sin estudios	786	15.1	14.1-16.1
Estudios Universitarios	423	8.1	7.4-8.9
Analfabeto	82	1.6	1.2-1.9
Título n/c	30	0.6	0.4-0.8
Profesión			
Amas de casa	1082	20.7	19.6-21.9
Personal industria, construcción y transporte	966	18.5	17.5-19.6
Agricultura, ganadería y pesca	637	12.2	11.3-13.1
Sin profesión	573	11.0	10.1-11.8
Hostelería servicios y seguridad	530	10.2	9.3-11.0
Profesionales y técnicos	318	6.1	5.4-6.8
Comerciantes y vendedores	268	5.1	4.5-5.7
Personal servicios administrativos	254	4.9	4.3-5.5
Estudiante	235	4.5	3.9-5.1
Otras ocupaciones	188	3.6	3.1-4.1
Empleado de hogar	81	1.6	1.2-1.9
Directivos y gerentes	56	1.1	0.8-1.4
Profesionales fuerzas armadas	29	0.6	0.3-0.8
Situación laboral			
En activo	1766	33.9	32.6-35.2
Pensionista	1647	31.6	30.4-32.9
ILP	879	16.9	15.9-18.0
En paro	461	8.8	8.0-9.6
ILT	378	7.3	6.5-8.0
Otras	77	1.5	1.1-1.8

6. Resultados

En la tabla 8 se muestra la distribución de los pacientes estudiados en función de sus antecedentes personales psiquiátricos. El 40.8% de los pacientes valorados, no tenían antecedentes personales de patología psiquiátrica. De los que sí tenían, la mayor parte eran de tipo afectivo (25.5%), más que los antecedentes de neurosis o de alcoholismo que suponían un 8 y un 7.4% respectivamente.

Tabla 8. Distribución de los pacientes consultados en función de sus antecedentes personales psiquiátricos.

Antecedentes personales psiquiátricos	<i>n</i>	%	<i>IC 95%</i>
No	2132	40.8	39.5-42.1
Afectivos	1333	25.5	24.3-26.7
Neuróticos	417	8.0	7.2-8.7
Alcohol	388	7.4	6.7-8.1
Otros	956	18.3	17.2-19.3

6. Resultados

Servicios solicitantes y Motivos de consulta

En la tabla 9 se muestra la distribución de las consultas realizadas por la UPIE entre 1997 y 2007 en función del Servicio que solicita la interconsulta, de si la petición es normal, preferente o urgente y del número de visitas que se necesitaron para resolver el caso. En ella se ve que las solicitudes de consulta proceden más frecuentemente del Servicio de Medicina Interna (1135 consultas en total en los 11 años, lo que supone un 16% de las mismas), seguido de Digestivo, Rehabilitación y Cirugía General. Son peticiones de consulta con carácter normal en su gran mayoría (85.7%). La interconsulta se suele resolver con una sola visita, en el 49% de las ocasiones, necesitando más de 8 visitas únicamente un 3.7% de los pacientes.

6. Resultados

Tabla 9. Distribución de las interconsultas en función del Servicio solicitante, modalidad de petición y número de visitas realizadas.

<i>Variables</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>95% IC</i>
Servicio de Procedencia			
M. Interna	1135	16.1	15.2-17.0
Digestivo	514	7.3	6.7-7.9
Rehabilitación	463	6.6	6.0-7.2
Cirugía general	423	6.0	5.4-6.6
M. Intensiva	316	4.5	4.0-5.0
Neurología	290	4.1	3.6-4.6
U.L.M.	289	4.1	3.6-4.6
Endocrino.	272	3.9	3.4-4.3
Ginecología	270	3.8	3.4-4.3
Traumatología	263	3.7	3.3-4.2
Otros	2807	39.9	38.7-41.0
Modalidad de petición			
Normal	6246	85.7	84.9-86.5
Preferente	532	7.3	6.7-7.9
Urgente	510	7.0	6.4-7.6
Nº de visitas			
1	2569	49.3	48.0-50.7
2	1227	23.6	22.4-24.7
3	631	12.1	11.2-13.0
4	305	5.9	5.2-6.5
5	138	2.6	2.2-3.1
6	96	1.8	1.5-2.2
7	50	1.0	0.7-1.2
8 ó más	192	3.7	3.2-4.2

6. Resultados

Los motivos de interconsulta a Psiquiatría más frecuentes fueron la presencia de síntomas afectivos (24.2% de los casos), seguidos de ansiedad (11.6%) y agitación/síndrome confusional (10.4%). También resultó relativamente frecuente que la solicitud de consulta fuese debida a los antecedentes psiquiátricos del paciente (9.2%). Con menor frecuencia la solicitud se debía a intentos de suicidio (6.9%) (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución de los pacientes valorados por la Unidad de Interconsulta Psiquiátrica, en función del motivo de consulta.

<i>Motivo de consulta</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>IC 95%</i>
Afectivo	1267	24.2	23.0-25.4
Otros	613	11.7	10.8-12.6
Ansioso	608	11.6	10.7-12.5
Confusional agitado	546	10.4	9.6-11.3
Antecedentes psiquiátricos	482	9.2	8.4-10.0
Intento de suicidio	361	6.9	6.2-7.6
Rol/relación	318	6.1	5.4-6.7
Tóxico	300	5.7	5.1-6.4
Síntomas especiales	271	5.2	4.6-5.8
Funcionalidad	255	4.9	4.3-5.5
Delirante alucinatoria	212	4.1	3.5-4.6

6. Resultados

Diagnóstico Psiquiátrico

Los principales diagnósticos psiquiátricos realizados tras la valoración de los pacientes por personal (psiquiatras o psicólogos) de la UPIE y su frecuencia, se muestran en la tabla 11, así como una descripción de la principal actuación terapéutica llevada a cabo. Observamos que predominó el diagnóstico de Trastornos de Ansiedad y Adaptativos (que suponen un 30%) y los Trastornos Afectivos (12.4%). Un 11.8% de los casos estudiados no tuvieron un diagnóstico psiquiátrico.

En cuanto a la actuación terapéutica fundamental llevada a cabo por parte de los profesionales de la Unidad, en un 36.5% estuvo basada en la evaluación del problema y la orientación del paciente y el médico para resolverlo. En el 31.4% los fármacos se utilizaron como medida terapéutica fundamental. Hasta en un 36.8% de los casos no fue necesario el uso de medicación. De los tratamientos farmacológicos utilizados, lo más frecuente fue la combinación de ansiolíticos y antidepresivos, que se utilizaron en el 15% de los pacientes. Por separado la prescripción de ansiolíticos fue más frecuente que la de antidepresivos (11% frente al 7.7%). En cuanto a los antipsicóticos, se pautaron en el 12% de los casos sin ser en asociación.

6. Resultados

Tabla 11. Distribución de los pacientes estudiados en función del diagnóstico psiquiátrico (según categorías DSM IV-TR)

<i>Diagnóstico</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>95% IC</i>
Trastornos por ansiedad, adaptativos y somatomorfos	1558	30.1	28.9-31.4
Trastornos afectivos	640	12.4	11.5-13.3
Sin diagnóstico psiquiátrico	608	11.8	10.9-12.6
Otros trastornos orgánico-cerebrales	406	7.9	7.1-8.6
Trastornos de personalidad	347	6.7	6.0-7.4
Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno por ideas delirantes	319	6.2	5.5-6.8
Trastornos por alcohol	317	6.1	5.5-6.8
Trastornos por otros tóxicos	297	5.7	5.1-6.4
Delirium	262	5.1	4.5-5.7
Demencia	192	3.7	3.2-4.2
Trastornos de la alimentación, sueño y sexualidad	169	3.3	2.8-3.8
Retraso mental	50	1.0	0.7-1.2
Trastornos de inicio en la infancia	2	0.0	0.0-0.1
Trastornos del desarrollo	1	0.0	0.0-0.1
Actuación terapéutica			
Evaluación. Orientación	1905	36.5	35.2-37.8
Farmacológico	1638	31.4	30.1-32.6
Mixto	1201	23.0	21.8-24.1
Apoyo psicológico	449	8.6	7.8-9.4
Otros	30	0.6	0.4-0.8
Tratamiento farmacológico			
No	1923	36.8	35.5-38.2
Ansiolíticos + Antidepresivos	790	15.1	14.2-16.1
Otros	634	12.1	11.2-13.0
Neurolépticos	632	12.1	11.2-13.0
Ansiolíticos	576	11.0	10.2-11.9
Antidepresivos	401	7.7	6.9-8.4
Ansiolíticos + neurolépticos	263	5.0	4.4-5.6

DSM IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales. 4ª Edición. Texto Revisado.

6. Resultados

6.2 DETERMINANTES DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL GENERAL.

Como ya se explicó en el apartado del Análisis Estadístico en Material y Métodos, para hacer este análisis utilizamos como unidad de análisis el “ingreso hospitalario”. Incluimos n=5234 ingresos (de los que se disponía información sobre el motivo de consulta y por tanto sobre el intento de suicidio) de 4509 pacientes. Esto significa que 725 (16.1%) de los pacientes fueron ingresados en el hospital en más de una ocasión durante el período de estudio (1997 y 2007).

Entre los ingresos estudiados a lo largo del periodo de investigación se objetivó una prevalencia de intento de suicidio del 6.9% (n=361).

En la tabla 12 se describen las principales características sociodemográficas de los pacientes evaluados por la U.P.I.E. según hubiesen realizado “intento de suicidio” o no como motivo principal de consulta, así como el diagnóstico psiquiátrico y la existencia de intentos de suicidio previos en estos pacientes.

Globalmente, el grupo de los pacientes que han realizado intento de suicidio es ligeramente más joven que el grupo de los pacientes que no lo realizaron (42.5 años vs 51.5 años; $p < 0.001$). A su vez existe un mayor porcentaje de mujeres en el grupo de intentos de suicidio frente al de no intentos de suicidio (58.4% vs 45.7%).

En cuanto al estado civil, los porcentajes de solteros y separados (40.4% vs. 28.0%) y separados (13.6% vs 8.1%) son también más altos en el grupo de intentos de suicidio que en el grupo de comparación.

En relación con la situación de convivencia, de entre los pacientes que han cometido un intento de suicidio el porcentaje que vive con sus padres (22,5% vs 13,9%) u otros familiares (15,3% vs 9,7%) es mayor que en el grupo de comparación.

6. Resultados

El porcentaje de pacientes que vive con pareja e hijos es más bajo en el grupo de intentos de suicidio que en el de no intentos de suicidio (38.6% vs. 52.6%).

En cuanto al nivel educativo, objetivamos mayores niveles educacionales en aquellos que cometieron intento de suicidio respecto al grupo de control.

El hecho de estar laboralmente en activo o no, también se encuentra asociado con el intento de suicidio. El porcentaje de pacientes laboralmente activos en el grupo de intentos de suicidio es más alto que en el otro grupo (49.6% vs 32.8%).

En cuanto al diagnóstico realizado tras la evaluación por la UPIE (agrupados según las categorías DSM-IV-TR, con códigos ICD-10) se encontró una mayor prevalencia de los trastornos psiquiátricos en el grupo que había realizado un intento de suicidio (12.3% vs. 5.7% para Trastornos Psicóticos, 29.5% vs. 11.1% para Trastornos Afectivos, 24.2% vs. 5.4% para Trastornos de Personalidad). Además también se encontró una mayor prevalencia de intentos de suicidio previos en el grupo de intentos de suicidio que en el grupo de comparación (9.1% vs. 0.1%).

6. Resultados

Tabla 12. Características generales de los episodios atendidos por la UPIE según hayan realizado intento de suicidio o no

	<i>No intento de suicidio</i>		<i>Sí intento de suicidio</i>		p
	Media	DT	Media	DT	
Edad	51.5	18.1	42.5	17.8	<0.001
	N	%	N	%	p
Sexo					<0.001
Hombre	2647	54.3	150	41.6	
Mujer	2226	45.7	211	58.4	
Estado civil					<0.001
Soltero	1356	28.0	146	40.4	
Casado	2529	52.3	138	38.2	
Separado	394	8.1	49	13.6	
Viudo	536	11.1	25	6.9	
Religioso	7	0.1	2	0.6	
Otros	18	0.4	1	0.3	
Tipo convivencia					<0.001
Sólo	649	13.4	48	13.3	
Pareja e hijos	2556	52.6	139	38.6	
Con padres	673	13.9	81	22.5	
Sólo con hijos	330	6.8	22	6.1	
Con otros familiares	472	9.7	55	15.3	
Institución	90	1.9	7	1.9	
Otros	69	1.4	7	1.9	
“Sin hogar”	18	0.4	1	0.3	
Nivel educacional					<0.001
Sin estudios	825	17.2	40	11.3	
Educación Primaria y Secundaria	3587	74.8	281	79.2	
Estudios Superiores (Universitarios)	358	8.0	34	9.6	
Estar en activo					<0.001
No	3249	67.2	181	50.4	
Sí	1584	32.8	178	49.6	
Grupos Diagnósticos DSM-IV-TR con códigos ICD-10					<0.001
Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos (333). F20-29	274	5.7	44	12.3	
Trastornos afectivos (387). F30-39	533	11.1	106	29.5	
Trastornos de personalidad (765). F60	259	5.4	87	24.2	
Otros Diagnósticos	3728	77.8	122	34.0	
Intentos de suicidio previos					<0.001
No	4866	99.9	328	90.9	
Sí	7	0.1	33	9.1	

DT: Desviación típica; DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, 4ª Edición, Texto Revisado; ICD-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Edición

6. Resultados

En el análisis univariado, las variables asociadas significativamente con el intento del suicidio fueron las siguientes: la edad, el sexo, el estado civil, el tipo de convivencia, la situación laboral, el nivel educativo, el diagnóstico psiquiátrico y los intentos de suicidio previos.

Tras tener en cuenta todas las variables que en el análisis univariado se encontraban asociadas a intento de suicidio, se realizó un análisis multivariado de regresión logística.

Teniendo en cuenta la edad, el sexo, el nivel educacional, el tipo de convivencia, el estar laboralmente activo o no, el diagnóstico psiquiátrico realizado tras la valoración por la UPIE y la información sobre intentos de suicidios previos, objetivamos que las variables asociadas a haber realizado un intento de suicidio son: la edad, el diagnóstico psiquiátrico y los intentos previos de suicidio. Dichos datos se muestran en la Tabla 13. El área bajo la curva ROC (AUC), como medida de la validez del modelo, fue 0.805.

El riesgo de intento de suicidio disminuye con la edad (OR= 0.969). Así la edad presenta un efecto protector, lo que significa que a mayor edad menor riesgo.

En segundo lugar, el diagnóstico psiquiátrico se asocia a mayor riesgo de intento de suicidio. El riesgo más elevado se encontró para los Trastornos Afectivos o del Estado de Ánimo (OR=7.49), seguidos de los Trastornos de la Personalidad (OR=7.31), y de la Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos (OR=5.03).

El factor individual que predice con mayor fuerza de asociación un intento de suicidio fue el tener una historia previa de intentos de suicidio (OR= 23.63).

6. Resultados

Tabla 13. Modelo de regresión logística para predecir intento de suicidio ajustando por diferentes covariables y por tener intentos de suicidio previos.

	Coefficiente de Regresión	Error Estándar	p	OR	IC 95% (OR)
Constante	-2.316	0.287	<0.001		
Edad	-0.031	0.004	<0.001	0.969	0.961 - 0.977
Sexo (mujeres)	0.120	0.127	0.100	1.223	0.962 - 1.560
Nivel Educativo					
Analfabeto				1	
Estudios medios	0.154	0.204	0.448	1.167	0.783 - 1.739
Estudios superiores	0.439	0.257	0.088	1.552	0.937 - 2.570
Vivir sólo	0.051	0.180	0.778	1.052	0.739 - 1.497
Estar en activo	0.145	0.188	0.441	1.156	0.800 - 1.670
Diagnóstico psiquiátrico					
Trastorno Psicótico	1.615	0.202	<0.001	5.030	3.387 - 7.470
Trastorno afectivo	2.017		<0.001	7.490	5.537 - 10.132
Trastorno personalidad	2.013		<0.001	7.310	5.249 - 10.180
Otros diagnósticos				1	
Intentos previos de suicidio	3.162	0.534	<0.001	23.630	8.290 - 67.360

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confianza.

6. Resultados

Tras estratificar los datos por sexo (Tabla 14), podemos encontrar que para el sexo masculino las variables asociadas al intento de suicidio fueron la edad, el diagnóstico psiquiátrico y los intentos previos de suicidio. El mismo dato se encuentra en las mujeres.

En el caso del grupo de los hombres, el diagnóstico psiquiátrico que más incrementa el riesgo de presentar un intento de suicidio son los Trastornos de la Personalidad (OR=7.18), seguido de los Trastornos Afectivos (OR=6.17) y de la Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos (OR=4.15). En las mujeres encontramos los Trastornos Afectivos (OR=8.65), seguidos de los Trastornos de la Personalidad (OR=7.58) y de la Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos (OR=6.38).

Los intentos de suicidio previos fueron el factor predictivo de suicidio más fuerte tanto en hombres como en mujeres.

En las Figuras 5 y 6 se muestra la relación entre edad, diagnóstico psiquiátrico y probabilidad de intento de suicidio en función del sexo en el análisis multivariado.

6. Resultados

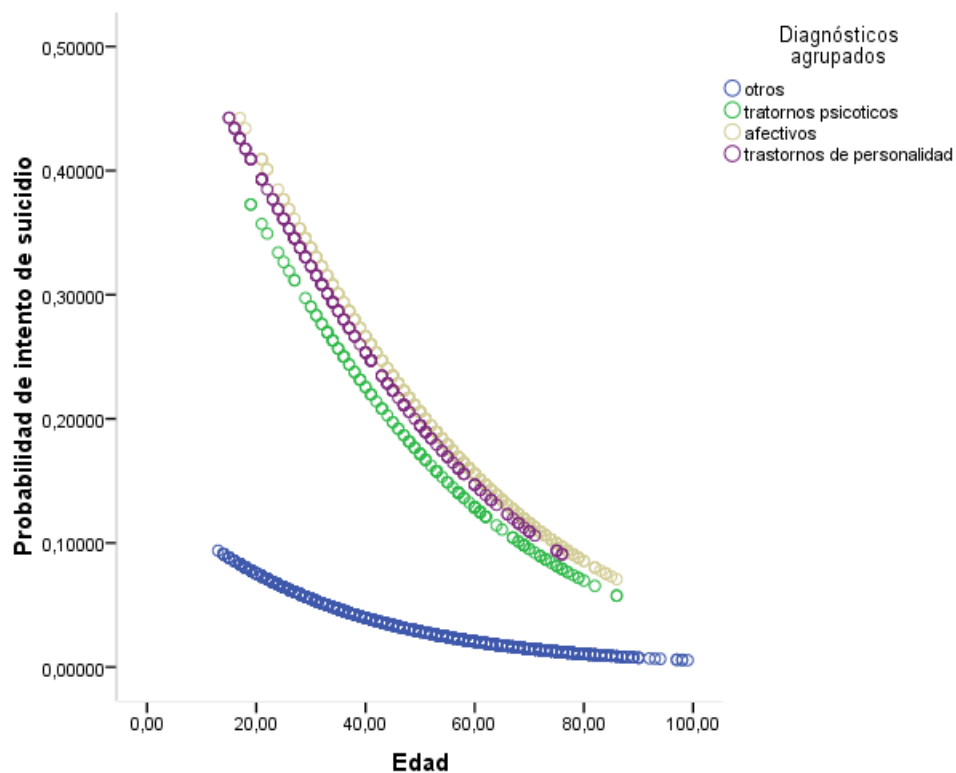
Tabla 14. Modelo de regresión logística para predecir intentos de suicidio tras estratificar por sexo, ajustando por diferentes covariables y por tener antecedentes de intentos de suicidio previos.

<i>Hombres</i>					
	Coefficiente de Regresión	Error Estándar	p	OR	IC 95% (OR)
Constante	-2.737	0.488	<0.001		
Edad	-0.032	0.006	<0.001	0.968	0.956 - 0.980
Nivel Educativo					
Analfabeto				1	
Estudios medios	0.702	0.415	0.091	2.017	0.894 - 4.551
Estudios superiores	0.959	0.470	0.041	2.609	1.039 - 6.550
Vivir sólo	0.266	0.235	0.258	1.304	0.823 - 2.068
Estar en activo	-0.016	0.288	0.956	0.984	0.560 - 1.732
Diagnóstico psiquiátrico					
Trastorno Psicótico	1.424	0.283	<0.001	4.154	2.387 - 7.231
Trastorno afectivo	1.822	0.259	<0.001	6.182	3.722 - 10.269
Trastorno personalidad	1.971	0.244	<0.001	7.183	4.449 - 11.597
Otros diagnósticos				1	
Intentos previos de suicidio	3.977	0.659	<0.001	53.387	14.662-194.388
<i>Mujeres</i>					
	Coefficiente de Regresión	Error Estándar	p	OR	IC 95% (OR)
Constante	-1.997	0.384	<0.001		
Edad	-0.031	0.006	<0.001	0.969	0.958 - 0.980
Nivel Educativo					
Analfabeto				1	
Estudios medios	-0.065	0.248	0.790	0.937	0.576 - 1.525
Estudios superiores	0.250	0.342	0.460	1.285	0.657 - 2.512
Vivir sólo	-0.203	0.285	0.480	0.817	0.467 - 1.428
Estar en activo	0.301	0.252	0.230	1.351	0.825 - 2.213
Diagnóstico psiquiátrico					
Trastorno Psicótico	1.854	0.286	<0.001	6.385	3.645 - 11.184
Trastorno afectivo	2.157	0.200	<0.001	8.648	5.858- 12.769
Trastorno personalidad	2.026	0.240	<0.001	7.582	4.738- 12.133
Otros diagnósticos				1	
Intentos previos de suicidio	2.830	0.656	<0.001	16.947	4.684 – 61.313

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confianza

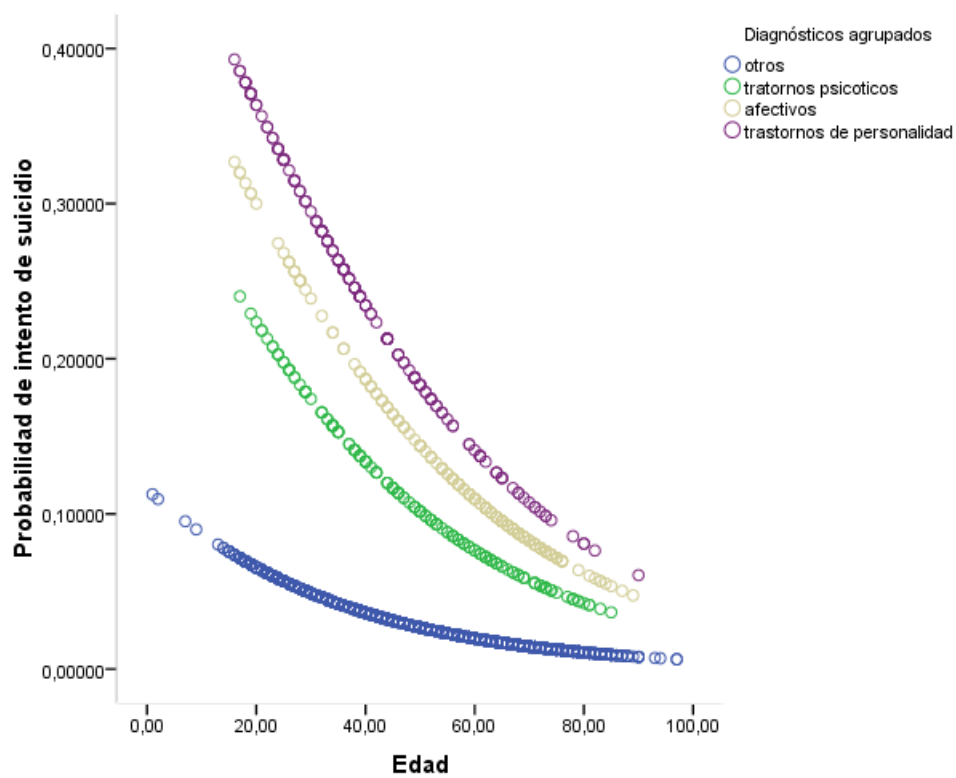
6. Resultados

Figura 5. Relación entre probabilidad de intento de suicidio, edad y diagnóstico psiquiátrico en mujeres.



6. Resultados

Figura 6. Relación entre probabilidad de intento de suicidio, edad y diagnóstico psiquiátrico en hombres.



Discusión

7. DISCUSIÓN

7.1 INTERCONSULTAS REALIZADAS POR LA UNIDAD DE INTERCONSULTA Y ENLACE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA.

Características sociodemográficas de la población estudiada

En relación con las características sociodemográficas de la población estudiada encontramos un ligero predominio del sexo masculino entre los pacientes médico-quirúrgicos a los que se les realizaron interconsultas psiquiátricas en nuestro Hospital durante el período de estudio. Nuestros hallazgos son similares a los de otros autores, como Karasu et al. (131) en un estudio llevado a cabo en Nueva York en 1977, donde también encuentran una mayor probabilidad de interconsultas psiquiátricas a varones en Hospitales Generales, aunque también existe evidencia en sentido contrario, así varios autores (132, 133) vieron que entre las mujeres era más probable la interconsulta a Psiquiatría, llegando incluso en algún estudio(134) a duplicar la tasa de los varones. Mientras en otros estudios no se encontraron diferencias en cuanto al género (135, 136). Probablemente, como apuntan Marcus et al. (137), las discrepancias en los resultados se deban a que se trata de diferentes poblaciones atendidas en hospitales diferentes, en los que se llevaron a cabo estos estudios (sesgo de selección).

En cuanto a la edad media de los pacientes consultados por la UPIE en nuestro Hospital fue de 50 años, lo que es consistente con la literatura publicada, así numerosos estudios (132, 133, 138, 139) hallaron que la edad estaba asociada negativamente con las interconsultas psiquiátricas, en el sentido de que los pacientes

7. Discusión

de mayor edad eran derivados menos frecuentemente para valoración psiquiátrica que los jóvenes, lo cual llama la atención debido al elevado porcentaje de pacientes ancianos ingresados en los hospitales y a la elevada prevalencia de trastornos cognitivos en estos pacientes. Nadelson (140) ofrece como posibles explicaciones a esta situación por un lado los diferentes patrones de presentación de los trastornos psiquiátricos en los pacientes de edad avanzada (síntomas pleomorfos, trastornos menos graves o menos susceptibles de intervención psiquiátrica), por otro lado el peor reconocimiento de los trastornos por los médicos y en tercer lugar las posibles actitudes negativas hacia los ancianos, por parte del personal sanitario.

Hemos observado también hallazgos interesantes en relación al estado civil de los pacientes, así encontramos que la mayoría de ellos estaban casados (51.2%), seguidos de solteros (29%), viudos (10.7%) y separados (8.5%). En la literatura publicada se encuentran datos similares, así Creed et al en 1993 (141), en un estudio en el que comparan las derivaciones a Psiquiatría procedentes de Atención Primaria con las que proceden de un Hospital General, encuentran entre éstas últimas, que el porcentaje de casados era del 54%, el de solteros del 26 % y el de separados /viudos del 20%. Otros autores como Smaira et al.(136) o Smith et. al (142) encontraron en sus trabajos un predominio de solteros entre los pacientes consultados. Además, al igual que en el anteriormente citado estudio de Smaira (136), realizado en Brasil, hemos visto que los pacientes incluidos en nuestro estudio tenían con mayor frecuencia un bajo nivel educacional (estudios primarios) frente a pacientes con estudios medios o superiores.

7. Discusión

Motivos de consulta y Servicios solicitantes de interconsulta

Los motivos por los que los médicos o cirujanos responsables de un paciente le solicitan a éste una valoración psiquiátrica, también han sido objeto de estudio por diferentes autores (136, 139, 143-145). En la literatura publicada motivos de interconsulta a Psiquiatría que se encuentran con frecuencia son entre otros, dudas sobre el diagnóstico o dificultad para hacer frente a la enfermedad diagnosticada, solicitud de ayuda para realizar un diagnóstico diferencial entre problemas orgánicos y psiquiátricos, persistencia de síntomas en los pacientes a pesar del tratamiento, alteraciones conductuales que alteran el funcionamiento de la planta, dificultades para manejar las actitudes o reacciones del paciente por parte del equipo de cuidados, pacientes con intentos de suicidio o con riesgo de realizarlo o pacientes con antecedentes psiquiátricos. Uno de esos estudio publicado recientemente (139), identificó como la principal razón para la derivación, la existencia de alteraciones conductuales que interfieran de alguna manera en el tratamiento o en la rutina de la planta.

En nuestro estudio el motivo más frecuente por el que los médicos solicitaban interconsulta a Psiquiatría resultó ser la presencia de síntomas afectivos (24.2%), seguido de síntomas de ansiedad (11.6%) y agitación/síndrome confusional (10.4%). Los síntomas depresivos constituyen el principal motivo de consulta en numerosos estudios (139, 143-145) al igual que en el nuestro.

Con relativa frecuencia la solicitud de consulta era debida a los antecedentes psiquiátricos del paciente (9.2%) o a problemas relacionales (6.1% de los casos). La valoración por haber realizado un intento de suicidio como motivo principal de la consulta también se produjo en un porcentaje importante de casos (6.9%).

7. Discusión

En cuanto a los servicios solicitantes de interconsultas con más frecuencia fueron los servicios médicos, en concreto en nuestro Hospital fue el Servicio de Medicina Interna que generó un 16% del total de las consultas, hallazgo similar al de otros autores (139, 143).

Diagnóstico psiquiátrico

Tras la evaluación especializada por parte de la UPIE, el diagnóstico psiquiátrico más frecuentemente hallado entre los pacientes del estudio, fue el de Trastorno de Ansiedad o Adaptativo (que supone un 30% del total), seguido de Trastorno Afectivo (12.4%). En el 11.8% de los casos estudiados no existía un diagnóstico psiquiátrico. Los trastornos por alcohol supusieron el 6.1% y por otros tóxicos el 5.1% del total. Nuestros resultados difieren un poco de los encontrados en la literatura (6, 8, 143, 144) ya que son los Trastornos Afectivos, sobre todo depresivos, los diagnósticos más frecuentes realizados por psiquiatras de Unidades de Interconsulta, seguidos de Trastornos Cognitivos y Trastornos por Uso de Sustancias. Aunque existe una gran variabilidad en estos datos entre los diferentes estudios, probablemente debida a las diferentes características de los hospitales en que se llevaron a cabo los estudios, a las diferentes poblaciones que atienden y a las variables que se consideraron en cada caso.

7. Discusión

7.2 INTENTOS DE SUICIDIO Y SUS DETERMINANTES EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL GENERAL

El presente estudio pone de manifiesto que las variables asociadas al intento de suicidio son la edad, la comorbilidad psiquiátrica y los intentos previos de suicidio. Dichos hallazgos han sido referidos en la literatura previamente y por tanto este estudio, realizado con pacientes hospitalarios, refleja la consistencia de los resultados en las variables previamente descritas.

En las siguientes tablas se resumen los estudios sobre factores de riesgo para intento de suicidio que se seleccionaron tras la búsqueda bibliográfica.

Tabla 15a. Principales estudios sobre Factores de Riesgo asociados a Intentos de Suicidio (1990-1999)

Autor, año	País	Tipo de estudio	Muestra	Variables asociadas al intento de suicidio	Variables no asociadas al intento de suicidio	Estrategia de análisis (uni/multivariado)
Lester et al. (81), 1993	EEUU	Metanálisis	13.002 pacientes con intentos de suicidio, con trastorno afectivo uni o bipolar	Trastorno afectivo bipolar	Trastorno afectivo unipolar (se relacionó con suicidio consumado)	Uni/multivariado
Wasserman et al. (82), 1994	Suecia	Estudio multicéntrico observacional	2.784 pacientes con parasuicidio atendidos en hospitales de 5 países europeos	Sexo femenino Edad (30-39 años) Estar soltero Vivir en poblaciones de mayor densidad de población		Multivariado
Warshaw et al. (83), 1995	EEUU	Estudio naturalístico longitudinal prospectivo	527 sujetos con trastorno de pánico	Trastornos depresivos Abuso de sustancias Trastornos alimentarios Trastorno por estrés postraumático y trastornos de personalidad Inicio temprano del trastorno de ansiedad o depresivo		Uni/multivariado
Warshaw et al. (84), 1996	EEUU	Estudio naturalístico longitudinal prospectivo	654 pacientes con trastornos de ansiedad tratados con fluoxetina		Tratamiento con fluoxetina	Multivariado
Brodsky et al. (85), 1997	EEUU	Estudio transversal	214 pacientes ingresados con diagnóstico de Trastorno límite de personalidad	Impulsividad Historia de abusos en la infancia	Gravedad psicopatológica del trastorno límite de personalidad	Multivariado

7. Discusión

Tabla15b. Principales estudios sobre Factores de Riesgo asociados a Intentos de Suicidio (1990-1999)

Autor, año	País	Tipo de estudio	Muestra	Variables asociadas al intento de suicidio	Variables no asociadas al intento de suicidio	Estrategia de análisis (uni/multivariado)
Muelleman et al. (85), 1998	EEUU	Estudio transversal	9.057 mujeres entre 19-65 años atendidas en Servicios de Urgencias	Tener maltratos físicos		
Pfeffer et al. (86), 1998	EEUU	Estudio transversal	75 pacientes prepúberes ingresados en unidades de psiquiatría (23 no suicidas, 32 con ideas de suicidio y 20 con intentos de suicidio)	Bajo contenido de triptófano en sangre		Univariado
Walsh et al. (87), 1999	UK	Estudio transversal de prevalencia	704 pacientes con psicosis crónica	Ser joven Ser de raza blanca Diagnóstico de trastorno afectivo Estar deprimido durante el episodio actual Alucinaciones auditivas Antipsicótico periodo largo		Univariado
Beautrais et al. (88), 1999	Nueva Zelanda	Estudio de casos y controles	302 casos de intentos de suicidio médicamente serios y 1.028 controles aleatorios	Desesperanza Neuroticismo Locus de control externo	Autoestima Extraversión Impulsividad	Multivariado
De Leo et al. (89), 1999	Italia	Estudio transversal multicéntrico	1.269 pacientes con parasuicidio, mayores de 15 años	Tener una enfermedad física		Multivariado
Papassotiro poulos et al. (90), 1999	Alemania	Estudio transversal	45 pacientes ingresados en psiquiatría con conductas suicidas, 95 con trastornos afectivos sin conductas suicidas y 20 sanos	Bajos niveles de colesterol en sangre		Multivariado
León et al. (91), 1999	EEUU	Estudio observacional naturalístico prospectivo	643 pacientes a tratamiento para la depresión con fluoxetina	Gravedad de la psicopatología Intentos de suicidio previos	Tratamiento con fluoxetina	Multivariado

7. Discusión

Tabla 16a. Principales estudios sobre Factores de Riesgo asociados a Intentos de Suicidio (2000-2011)

Autor, año	País	Tipo de estudio	Muestra	Variables asociadas al intento de suicidio	Variables no asociadas al intento de suicidio	Estrategia de análisis (uni/multivariado)
Van Heeringen et al. (92), 2000	Bélgica	Estudio transversal de prevalencia	404 jóvenes (215 homo o bisexuales y 189 heterosexuales)	Sexo femenino Baja autoestima Desesperanza Conducta suicida en alguien cercano Relaciones homosexuales poco satisfactorias	Ser homo/bisexual	Uni/multivariado
Jick et al.(93) , 2000	EEUU	Estudio de cohortes	7.535 pacientes a tratamiento con isotretinoína y 14.376 pacientes a tratamiento con un antibiótico para el acné		Uso de isotretinoína	Uni/multivariado
Hultén et al. (94), 2001	Suecia	Estudio longitudinal prospectivo	1720 intentos de suicidio en 1264 individuos de 15 a 19 años, atendidos en 7 centros Europeos para ver riesgo de repetición	Intento de suicidio previo Método agresivo		Multivariado
Walrath et al (95), 2001	EEUU	Estudio transversal	4.677 jóvenes que eran atendidos entre 1993 y 1998 en 22 comunidades	Depresión Conductas agresivas		Univariado
Sayil et al (96), 2002	Turquía	Estudio transversal	737 pacientes que acuden al hospital por intento de suicidio	Sexo femenino Edad entre 15-24 años		Univariado

7. Discusión

Tabla 16b. Principales estudios sobre Factores de Riesgo asociados a Intentos de Suicidio (2000-2011)

Autor, año	País	Tipo de estudio	Muestra	Variables asociadas al intento de suicidio	Variables no asociadas al intento de suicidio	Estrategia de análisis (uni/multivariado)
Hagedorn et al. (97), 2002	EEUU	Estudio transversal	287 pacientes de 27 o menos años atendidos en 2 hospitales por intento de suicidio	Sexo femenino Historia de abusos previa Tener una enfermedad psiquiátrica (la mayoría de las veces depresión)		Univariado
Oquendo et al. (98), 2002	EEUU	Estudio de cohortes prospectivo	136 pacientes que ingresaron por Depresión mayor unipolar (seguimiento 2 años)	Depresión Mayor durante el período de seguimiento Intentos de suicidio previos		Multivariado
Nordentoft et al. (99), 2002	Dinamarca	Estudio clínico randomizado controlado	341 pacientes con primer episodio psicótico	Alucinaciones Intentos de suicidio previos		Multivariado
Mackinnon et al. (100), 2003	EEUU	Estudio de casos y controles	603 individuos con trastorno bipolar y cambios rápidos en el ánimo	Cambios rápidos en el ánimo en pacientes con trastorno bipolar.		Multivariado
Huan et al. (101), 2004	China	Estudio longitudinal de casos y controles	100 pacientes con intento de suicidio y 100 controles con lesiones por accidente, ingresados en hospitales	Niveles bajos de ácidos n-3 en los glóbulos rojos		Multivariado
McCloud et al. (102), 2004	UK	Estudio transversal de prevalencia	200 pacientes ingresados en unidades de Psiquiatría	Abuso de alcohol		Multivariado

7. Discusión

Tabla 16c. Principales estudios sobre Factores de Riesgo asociados a Intentos de Suicidio (2000-2011)

Autor, año	País	Tipo de estudio	Muestra	VARIABLES ASOCIADAS AL INTENTO DE SUICIDIO	VARIABLES NO ASOCIADAS AL INTENTO DE SUICIDIO	Estrategia de análisis (uni/multivariado)
Fagiolini et al. (103), 2004	EEUU	Estudio observacional de prevalencia	175 Pacientes con trastorno bipolar I	Severidad del trastorno bipolar (más episodios y más graves) Elevado IMC		Univariado
Osvath et al. (104), 2004	Hungría	Estudio transversal	101 pacientes con intento de suicidio	Eventos vitales estresantes (en particular traumáticos)		Univariado
Goldstein et al. (105), 2005	EEUU	Estudio transversal	405 niños y adolescentes diagnosticados de T. bipolar.	Episodios mixtos Psicosis Hospitalización Conductas autolesivas Trastorno de pánico Trastorno por abuso de sustancias	Univariado: Historia familiar de intento de suicidio Historia de abuso físico y sexual	Uni/Multivariado
Hawton et al. (106), 2005	UK	Metanálisis	23 estudios en pacientes diagnosticados de T. bipolar con intento de suicidio	Historia familiar de suicidio Inicio temprano del trastorno bipolar Gravedad de síntomas depresivos Gravedad de episodios afectivos Estados mixtos Ciclación rápida Comorbilidad en el eje I Abuso de alcohol o drogas		
Yen et al. (107), 2005	EEUU	Estudio longitudinal prospectivo	489 pacientes con trastorno de personalidad	Eventos vitales negativos en el mes previo		Multivariado
Perlis et al. (108), 2005	EEUU	Estudio transversal	1456 pacientes con depresión mayor	Irritabilidad		Multivariado

7. Discusión

Tabla 16d. Principales estudios sobre Factores de Riesgo asociados a Intentos de Suicidio (2000-2011)

Autor, año	País	Tipo de estudio	Muestra	VARIABLES ASOCIADAS AL INTENTO DE SUICIDIO	VARIABLES NO ASOCIADAS AL INTENTO DE SUICIDIO	Estrategia de análisis (uni/multivariado)
Kapur et al. (109), 2006	UK	Estudio de cohortes prospectivo	9.213 Pacientes atendidos con intentos de suicidio seguidos para ver riesgo de repetición	Conducta suicida previa Tratamiento psiquiátrico Estar desempleado o de baja Abuso de alcohol Planes suicidas o alucinaciones en el momento del episodio		
Spann et al. (110), 2006	EEUU	Estudio transversal	176 estudiantes de instituto afro-americanos con intento de suicidio	Locus de control externo Desesperanza Depresión		Multivariado
Dubicka et al. (111), 2006	UK	Metanálisis	1.487 pacientes jóvenes deprimidos tratados con antidepresivos y 1.284 tratados con placebo.		Uso de antidepresivos en adolescentes (no fue estadísticamente significativo)	
Melhem et al. (112), 2007	EEUU	Estudio de cohortes prospectivo	365 hijos de padres con depresión mayor	Trastornos afectivos Agresiones impulsivas Historia de intentos de suicidio en los padres Abuso sexual Historia previa de depresión		Multivariado
Voraceck et al. (113), 2007	Austria	Metanálisis	515 pares de gemelos con conducta suicida	Factores genéticos Factores ambientales no compartidos (experiencias personales)	Factores ambientales compartidos	
Rossov et al. (114), 2007	Noruega	Estudio transversal	30. 532 estudiantes adolescentes de 7 países	Intoxicaciones por alcohol		Multivariado

7. Discusión

Tabla 16e. Principales estudios sobre Factores de Riesgo asociados a Intentos de Suicidio (2000-2011)

Autor, año	País	Tipo de estudio	Muestra	VARIABLES ASOCIADAS AL INTENTO DE SUICIDIO	VARIABLES NO ASOCIADAS AL INTENTO DE SUICIDIO	Estrategia de análisis (uni/multivariado)
Haukka et al. (25), 2008	Finlandia	Estudio transversal de base poblacional	18.199 personas hospitalizadas en Finlandia entre 1996 y 2003 con el diagnóstico de intento de suicidio.	Diagnóstico clínico de un trastorno mental Abuso de alcohol Sexo femenino Edad entre 30-40 años Intentos de suicidio repetidos		Multivariado
Nock et al. (115), 2008	EEUU	Estudio transversal de prevalencia	84.850 adultos de 17 países	Sexo femenino Edad joven Estar soltero Nivel educacional bajo Tener trastorno mental En países desarrollados: trastorno afectivo En países en desarrollo: trastorno del control de impulsos		Multivariado
Schaffer et al. (116), 2008	Canadá	Ensayo clínico multicéntrico	183 pacientes con depresión psicótica	Género masculino Hispanos Intentos de suicidio previos Puntuaciones elevadas en escalas de depresión	Edad avanzada	Multivariado

7. Discusión

Tabla 16f. Principales estudios sobre Factores de Riesgo asociados a Intentos de Suicidio (2000-2011)

Autor, año	País	Tipo de estudio	Muestra	Variables asociadas al intento de suicidio	Variables no asociadas al intento de suicidio	Estrategia de análisis (uni/multivariado)
Gabilondo et al. (29), 2009	España	Estudio transversal	5.473 adultos de la población general	Sexo femenino Edad joven Tener un trastorno mental (especialmente T. depresivo mayor) Bajo nivel educacional		Multivariado
Fiedorowicz et al. (117), 2009	EEUU	Estudio de cohortes prospectivo	909 pacientes con depresión mayor y trastorno bipolar		La bipolaridad del trastorno afectivo	Multivariado
Sublette et al. (118), 2009	EEUU	Estudio transversal	138 pacientes con trastorno bipolar I o II y episodio depresivo mayor	En trastorno bipolar I el abuso de sustancias se relaciona con intentos de suicidio	En trastorno bipolar II el abuso de sustancias no se relaciona con intentos de suicidio	Multivariado
Azorin et al. (119), 2009	Francia	Estudio transversal	382 pacientes con trastorno bipolar I que ingresan por episodio maníaco con intento de suicidio 708 pacientes con trastorno bipolar I que ingresan por episodio maníaco sin intento de suicidio	Múltiples ingresos 1º episodio depresivo o mixto Eventos vitales estresantes antes del inicio de la enfermedad Edad de inicio joven No intervalos libres de síntomas interepisódicos Sexo femenino Elevado número de episodios previos Temperamento ciclotímico		Multivariado

7. Discusión

Tabla 16g. Principales estudios sobre Factores de Riesgo asociados a Intentos de Suicidio(2000-2011)

Autor, año	País	Tipo de estudio	Muestra	Variables asociadas al intento de suicidio	Variables no asociadas al intento de suicidio	Estrategia de análisis (uni/multivariado)
Klomek et al. (120), 2009	EEUU	Estudio prospectivo a nivel nacional	5302 niños finlandeses nacidos en 1981	El "bullyng" en la infancia predice intentos de suicidio y suicidios antes de los 25 años en mujeres.		Multivariado
Buri et al. (121), 2009	Suiza	Estudio observacional retrospectivo	69 pacientes a tratamiento por alcoholismo con intento de suicidio 631 pacientes a tratamiento por alcoholismo sin intento de suicidio	Historia previa de intentos de suicidio Síntomas depresivos graves Agresividad		Multivariado
Lari et al. (122), 2009	Iran	Estudio transversal	125 pacientes ingresados por intentos de suicidio por quemaduras	Sexo femenino Edad (20-29) Estar soltero		Univariado
Krysinska et al. (123), 2010	Australia	Metanálisis	Pacientes con Trastorno por estrés postraumático	TPEP		Multivariado
Perroud et al. (124), 2010	UK	Estudio clínico multicéntrico, randomizado y farmacogenético	141 pacientes con intento de suicidio y depresión mayor 670 pacientes con depresión mayor sin intento de suicidio	Gravedad de la depresión Mayor ideación suicida Edad de inicio más joven Mayor número de episodios depresivos Peores características socioeconómicas		Uni/multivariado
Bruffaerts et al. (125), 2010	Bélgica	Estudio transversal	55.299 encuestados de muestras representativas nacionales de 21 países	Experiencias adversas en la infancia		Uni/multivariado

7. Discusión

Tabla 16h. Principales estudios sobre Factores de Riesgo asociados a Intentos de Suicidio(2000-2011)

Autor, año	País	Tipo de estudio	Muestra	Variables asociadas al intento de suicidio	Variables no asociadas al intento de suicidio	Estrategia de análisis (uni/multivariado)
Chen et al. (126), 2010	EEUU	Metanálisis	3.162.318 pacientes con abuso sexual y trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida	Abuso sexual		
Novick et al. (126), 2010	EEUU	Metanálisis	1099 pacientes con TBII con intentos de suicidio previos 469 pacientes con TBII con intento de suicidio posterior 268 pacientes con intento de suicidio con diagnóstico posterior de TBII	Trastorno bipolar tipo II	El subtipo de trastorno bipolar no influye en la tasa de intentos de suicidio	
Sundström et al. (128), 2010	Suecia	Estudio de cohortes retrospectivas	5.756 en pacientes tratados con isotretinoína por acné grave		Tratamiento con isotretinoína por acné grave	Univariado
Bjornaas et al. (129), 2010	Noruega	Estudio transversal multicéntrico	908 ingresos hospitalarios por intoxicaciones voluntarias	Intentos previos de suicidio Tratamiento psiquiátrico	En Univariado: Uso de sustancias Pobre integración social	Uni/multivariado
Torres et al. (130), 2011	Brasil	Estudio transversal	582 pacientes ambulatorios con TOC	Depresión mayor Trastorno por estrés postraumático	En Univariado: Síntomas de TOC de la esfera religiosa/sexual Abuso de sustancias Trastorno del control de impulsos	Uni/multivariado

Factores sociodemográficos asociados al intento de suicidio

Aunque el riesgo de suicidio consumado se incrementa con la edad, se ha constatado que en adultos jóvenes los intentos de suicidio son más frecuentes que en adultos de mayor edad (25, 29, 44, 45, 82, 87, 96, 116, 122). A su vez, las mujeres presentan intentos de suicidio con mayor frecuencia que los varones (25, 29, 82, 92, 96, 97, 115, 119, 122). Dichos hallazgos son consistentes con los resultados de nuestro estudio.

Nock et al. (146) en un estudio reciente de base poblacional encontraron un mayor riesgo de conducta suicida cuanto menor era la edad, el nivel de educación, en desempleados y en mujeres. Nuestros hallazgos no coinciden con los de ese trabajo en relación a las variables nivel educacional y desempleo. En el análisis univariado hemos encontrado que los pacientes que realizaban intentos de suicidio estaban más frecuentemente en activo y su nivel educacional era superior al de aquellos ingresados por motivos distintos al intentos de suicidio. La utilización de los servicios de salud está probablemente relacionada con el estatus socioeconómico y el nivel educacional. Debido a que nosotros únicamente tenemos información de aquellos pacientes que finalmente acudieron al hospital, no podemos hacer inferencias sobre este punto. En el análisis multivariado de regresión logística, la asociación con el nivel educacional y la actividad laboral desaparecen.

Los hallazgos de nuestro trabajo, sin embargo, son similares a la literatura respecto a la edad y al sexo. Así, un estudio a nivel europeo(45) muestra como las tasas de intentos de suicidio eran más elevadas entre mujeres que entre varones y las tasas más elevadas fueron las encontradas en los grupos de menor edad. Otro estudio (122) muestra como las personas en el grupo de edad más joven, las que

7. Discusión

referían ideación suicida y los trastornos psiquiátricos, especialmente depresión y abuso de sustancias se relacionaban con más intentos de suicidio.

En un estudio de base poblacional realizado en España (29) se identifica a su vez a las mujeres jóvenes, con enfermedad mental y comorbilidad psiquiátrica e ideación suicida reciente como factores de riesgo elevado para un intento de suicidio.

Trastornos Psiquiátricos como factor de riesgo de intento de suicidio

La enfermedad psiquiátrica como predictor de intentos de suicidio ha sido descrita en la literatura en numerosas ocasiones(25, 29, 30, 81, 83, 87, 97, 98, 102, 112, 123, 127, 130). Más del 90% de los pacientes que realizan un intento de suicidio padecen un trastorno psiquiátrico mayor (26, 147) y el 95% tienen un diagnóstico psiquiátrico (148). En una muestra de 114 pacientes (116) derivados a un Hospital General en Helsinki tras cometer intento de suicidio, se observó que en una elevada proporción (82%), aquellas personas que realizaban intentos de suicidio sufrían trastornos psiquiátricos comórbidos.

En nuestro estudio, los diagnósticos psicopatológicos más fuertemente correlacionados con el intento de suicidio son la Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos (OR 4.152 para hombres y OR 6.521 para mujeres), los Trastornos Afectivos o del Estado de Ánimo (OR 6.175 para hombres, OR 8.801 para mujeres), y los Trastornos de Personalidad (OR 7.180 para hombres, OR 7.877 para mujeres).

En general, el diagnóstico psiquiátrico que aparece más frecuentemente relacionado con el riesgo de intento de suicidio en la literatura son los Trastornos Afectivos y en particular la Depresión. Numerosos estudios encuentran esta enfermedad como factor de riesgo para conductas suicidas (29, 83, 95, 97, 98, 110, 130, 149), lo cual es congruente con nuestros hallazgos, ya que el diagnóstico de

7. Discusión

Trastornos Afectivos en mujeres resultó ser el que mostró mayor fuerza de asociación con intentar suicidarse.

Recientes publicaciones profundizan en el estudio de la Depresión como factor de riesgo para la conducta suicida e identifican algunas características de dicho trastorno como más asociadas con la probabilidad de realizar intentos, así por ejemplo en un trabajo publicado en 2010 en Reino Unido (47), en el que se estudian pacientes diagnosticados de Depresión Mayor, observaron que aspectos como la gravedad de la depresión, el inicio de la enfermedad en edad joven o el mayor número de episodios a lo largo de la vida aumentarían la probabilidad de intentos de suicidio. En este sentido, Hawton publicó en 2005 (48) un metaanálisis donde analiza estos aspectos en pacientes diagnosticados de Trastorno Bipolar, obteniendo resultados similares. Así, este autor vió que estaban asociados al riesgo de intento de suicidio el inicio temprano del Trastorno Bipolar, la gravedad de los episodios afectivos, en concreto de los episodios depresivos, así como otros factores (la comorbilidad en el eje I, la presencia de estados mixtos, la ciclación rápida o el abuso de alcohol u otras drogas).

Un proyecto (150) muy reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS-WHO), aporta también resultados acerca de la asociación entre el diagnóstico de un trastorno mental y las conductas suicidas, en varios países del mundo (entre ellos España), sobre datos obtenidos mediante encuestas a poblaciones generales (108.664 encuestados pertenecientes a 21 países de los cinco continentes). Una de sus conclusiones es que el tener un diagnóstico psiquiátrico de un trastorno mental, es un fuerte predictor para la aparición de ideas y conductas suicidas, y también para suicidios consumados. Esto es válido, en general, tanto para países económicamente desarrollados como para países en vías de desarrollo. Con una diferencia importante:

7. Discusión

entre los Trastornos Mentales asociados a mayor riesgo suicida destacan los Trastornos Afectivos en los países desarrollados, mientras que en los países en vías de desarrollo, la asociación es más fuerte con diagnósticos distintos de los Trastornos Afectivos, tales como Trastornos del Control de Impulsos, Trastornos por Uso de Sustancias y Trastornos por Estrés Postraumático.

En una amplia muestra de pacientes en Suecia (30), los autores concluyeron que la modalidad de diagnóstico psiquiátrico coexistente con un intento de suicidio es una variable que influye en el riesgo futuro de que pueda consumar el suicidio. Para planificar la reducción del riesgo futuro de suicidio en estos pacientes, sería necesario implementar planes de cuidados sobre todo en los dos primeros años tras el intento actual, en particular en los pacientes diagnosticados de Trastorno Afectivo Unipolar y Bipolar, y de Esquizofrenia.

También en la literatura aparece reflejado el mayor riesgo de suicidio en pacientes con Trastornos Psicóticos, sobre todo en aquellos pacientes que presentan alucinaciones auditivas activas (87, 99, 105, 109).

En cuanto a los Trastornos de Personalidad como factor de riesgo de suicidio, autores como Warshaw et al. (83), en un estudio sobre 527 pacientes con Trastorno de Pánico realizado en los EEUU, encontraron que entre otros, los Trastornos de Personalidad aumentaban el riesgo de intentos de suicidio, al igual que en nuestro estudio. Si bien, son más frecuentes los trabajos en los que se demuestra que son determinados rasgos psicopatológicos (muchas veces relacionados con Trastornos de Personalidad) los que están presentes en las personas que realizan intentos de suicidio, como por ejemplo agresividad (95, 112, 121), impulsividad (55), irritabilidad (108) o desesperanza (92, 110).

7. Discusión

Intentos previos de suicidio

La variable más fuertemente asociada al intento de suicidio en nuestro estudio ha sido el haber tenido intentos de suicidio previos.

Este es un hecho ampliamente reflejado en la literatura, así algunos autores (45) han encontrado que más del 50% de las personas que realizan intentos de suicidio hacen más de un intento. En una revisión sistemática (151) de datos publicados tras un periodo de seguimiento de un año de pacientes con intentos de suicidio, los autores encontraron que las tasas de repetición del intento después del episodio eran del 15% en ese primer año.

Estudios ecológicos en Europa mostraron una correlación positiva entre las tasas de intento de suicidio y el suicidio consumado, en gente joven, en ambos sexos, aunque de forma más acentuada en varones (152). Estudios de seguimiento de pacientes hospitalizados como consecuencia de un intento de suicidio, reflejan que el riesgo de suicidio y de mortalidad por cualquier causa fueron muy altas inmediatamente tras el alta hospitalaria (25).

Además se ha visto que el seguimiento por un especialista en pacientes que han presentado conductas suicidas reduce el riesgo de repetir un intento (109). Y también se ha demostrado, y conviene tenerlo en cuenta, que los pacientes con intentos de suicidio que sufren Trastornos por Uso de Sustancias tienen menos probabilidades de recibir seguimiento psiquiátrico (129, 153). Todo ello implica que el control ambulatorio de los pacientes tras un intento de suicidio es de gran importancia. A pesar de lo cual, la identificación de los individuos que van a cometer suicidio actualmente no es factible, debido a la baja sensibilidad y especificidad de

7. Discusión

los procedimientos de identificación disponibles y a la baja tasa de esta conducta (42).

En numerosos estudios de pacientes que realizaron intentos de suicidio (25, 91, 94, 98, 99, 109, 116, 121, 129), la existencia de episodios previos es un factor de riesgo para presentación de futuras conductas suicidas.

En conclusión, nuestros resultados muestran que las variables relacionadas con el intento de suicidio son la edad, el tener un trastorno psiquiátrico y los intentos previos de suicidio. Este estudio de ámbito hospitalario muestra hallazgos similares a estudios realizados en ámbito poblacional. A pesar de que el screening rutinario para ideación suicida no haya mostrado eficacia (71), la hospitalización tras un intento de suicidio supone una oportunidad para realizar una intervención terapéutica en un grupo del que se conoce el elevado riesgo de suicidio posterior.

Limitaciones

8. Limitaciones

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio presenta una serie de limitaciones y sesgos que a continuación señalaremos.

Sesgos de información:

Los intentos de suicidio son más difíciles de estudiar que los suicidios consumados porque generalmente no se dispone de registros (25). De este modo, la mayoría de los estudios previos sobre intentos de suicidio se han basado en datos de uno o más hospitales, como es el caso de nuestro estudio. Como la base de datos que nosotros utilizamos recogía los datos del diagnóstico "intento de suicidio" en un registro hospitalario al alta del paciente, es posible que hayamos perdido pacientes que en realidad hubiesen intentado suicidarse antes del ingreso, pero cuyos intentos no habrían sido identificados o evaluados por personal sanitario, o que no habrían acudido al hospital. Además, en el presente estudio, no podemos excluir la posibilidad de algún intento de suicidio no registrado.

También podría estar presente un sesgo de información, debido a que los diagnósticos de los trastornos mentales no están basados en entrevistas diagnósticas estructuradas estandarizadas, sino que son diagnósticos clínicos hechos por los médicos que atendieron a los pacientes.

De cualquier forma nuestro estudio no tiene como objetivo estimar la incidencia, que de entrada, entendemos que debe estar infraestimada. Por otra parte hemos podido comprobar que tanto las características como los hallazgos de nuestro estudio son similares a las encontradas en otras publicaciones.

8. Limitaciones

Sesgos de selección:

Un sesgo de selección está relacionado con la utilización de pacientes y controles hospitalarios para identificar factores de riesgo asociados al intento de suicidio. Es evidente que el estudio se realiza en pacientes ingresados, de los cuales unos ingresan por intentos de suicidio y otros no (grupo de comparación), en unidades ajenas al Servicio de Psiquiatría. La inferencia por tanto, no pretende ser a la población general sino a este subgrupo de pacientes que son ingresados en el hospital. Pero dada la magnitud del problema en este subgrupo de pacientes nos parece relevante poder definir en los mismos las variables asociadas al intento de suicidio, admitiendo claramente que son pacientes ingresados por problemas médico-quirúrgicos.

Dado que los controles utilizados en el estudio hospitalario son pacientes, a su vez, con patología psiquiátrica, somos conscientes de la presencia del Sesgo de Berkson. Dicho sesgo se presenta cuando los controles hospitalarios son utilizados como grupo de referencia. Si los controles son hospitalizados debido a una exposición que también se relaciona con la enfermedad a estudio entonces la medida del efecto puede estar infraestimada, es decir, sesgada hacia la hipótesis nula o no asociación. Esto produce una tasa de exposición sistemáticamente más elevada en el grupo de comparación, lo que distorsiona el odds ratio, infraestimando el riesgo de suicidio. En este sentido podemos confirmar que los odds ratio asociados a la patología mental en nuestro estudio son inferiores a los que se podrían obtener en un estudio de base poblacional. Este hecho se ha confirmado al comparar los resultados de este estudio con el estudio de base poblacional de Gabilondo et al (2007) (29). Así, dicho estudio muestra como la presencia de trastornos mentales se asoció con un aumento significativo de intentos de suicidio, con valores de OR más elevados que

8. Limitaciones

los encontrados por nosotros, lo que muestra una infraestimación del riesgo de intento de suicidio secundario al tipo de controles utilizados, como cabía esperar.

A pesar de la infraestimación del efecto, nuestros hallazgos son consistentes con los de otros estudios y metanálisis que muestran como la enfermedad psiquiátrica es un fuerte predictor de suicidio (25, 30, 32).

Sesgo de vigilancia o de detección:

En relación con los intentos de suicidio previos, consideramos que una explicación a la elevada asociación entre intentos previos de suicidio con el intento actual en este estudio, puede ser que tras el primer intento los pacientes podrían estar más supervisados por su familia y serían derivados con más frecuencia al hospital ante un nuevo intento de suicidio. Podría haber una asociación entre acudir al hospital tras un intento e intentos repetidos de suicidio. Este efecto se conoce como sesgo de vigilancia o sesgo de detección (154). Se produce cuando un grupo es seguido más de cerca que el otro grupo. Esto podría llevar a que un resultado se observe con mayor frecuencia en el grupo con mayor seguimiento pero no porque realmente ocurra con mayor frecuencia en dicho grupo. Dicha asociación con intentos previos de suicidio fue también identificada en un estudio nacional en Finlandia (25) y en un estudio prospectivo (94) en que los autores encontraron que el factor individual que predecía suicidio con mayor fuerza de asociación eran los antecedentes de intentos previos de suicidio. Otros autores incluso describen que este incremento del riesgo llega a ser hasta 100 veces mayor en pacientes con un intento previo de suicidio que en la población general (155).

Debido a que algunos pacientes tenían múltiples ingresos, los resultados pueden verse afectados por la falta de independencia. El análisis estadístico fue

8. Limitaciones

realizado utilizando el ingreso hospitalario como unidad de análisis, incluyendo 5234 ingresos de 4509 pacientes. Esto significa, como ya se mencionó previamente, que 725 (16.1%) de los pacientes fueron ingresados en el hospital en más de una ocasión durante el período de estudio. Para subsanar este problema hemos realizado el análisis estadístico mediante el uso de ecuaciones de estimación generalizada (EEG), teniendo en cuenta la naturaleza de correlación de los datos para identificar aquellas variables asociadas con el intento de suicidio (79). Este análisis tiene en cuenta el hecho de que un mismo paciente podría haber sido ingresado más de una vez durante el periodo de estudio.

Zeger y Liang (156) presentaron una extensión del Modelo Lineal Generalizado para el análisis de datos longitudinales con respuestas correlacionadas. En ella se tiene en cuenta la correlación intrasujeto en la estimación de parámetros de regresión de un modelo para la esperanza marginal y se supone que la distribución marginal de la variable pertenece a la familia exponencial. Dichas ecuaciones se conocen como Ecuaciones de Estimación Generalizadas.

Conclusiones

9. CONCLUSIONES

1. En los pacientes valorados por la Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace existe un predominio de varones, sin antecedentes psiquiátricos, con una mediana de edad de 50 años.
2. Las solicitudes de interconsulta a Psiquiatría procedían en su mayoría del Servicio de Medicina Interna y el motivo más frecuente fue por síntomas afectivos.
3. El diagnóstico más frecuente, realizado tras la valoración psiquiátrica, fue el de Trastornos de Ansiedad y Adaptativos.
4. Entre los pacientes ingresados en servicios Médicos y Quirúrgicos del Hospital General tras realizar un intento de suicidio existe un predominio de mujeres.
5. En el análisis univariado se objetivaron diferencias estadísticamente significativas entre los que intentaron suicidarse y los que no, en relación a la edad, sexo, estado civil, tipo de convivencia, nivel educacional, estar o no en activo, diagnóstico psiquiátrico y haber tenido intentos previos de suicidio.

9. Conclusiones

6. Tras ajustar por las variables edad, sexo, nivel educacional, vivir sólo o no, estar o no en activo, diagnóstico psiquiátrico y haber tenido intentos previos de suicidio, las variables que tienen un efecto independiente para predecir intento de suicidio son la edad, el diagnóstico psiquiátrico y los intentos de suicidio previos. A medida que aumenta la edad la probabilidad de intento de suicidio disminuye. Los trastornos psiquiátricos con mayor riesgo son los Afectivos, seguidos de los Trastornos de Personalidad y los Trastornos Psicóticos. Los intentos de suicidio previos incrementan de forma importante el riesgo de otro intento.

7. Tras estratificar por sexo, en los hombres el diagnóstico psiquiátrico que más fuertemente predice intento de suicidio es el de Trastorno de Personalidad, seguido de Trastornos Afectivos y Psicóticos. Por el contrario en las mujeres los trastornos psiquiátricos que predicen con mayor frecuencia intento de suicidio son los Trastornos Afectivos seguidos de Trastornos de Personalidad y de Trastornos Psicóticos.

Bibliografía

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Levenson JL. Psychosomatic medicine: future tasks and priorities for the new psychiatric subspecialty. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007 Dec;29(4):301-2. PubMed PMID: 18200395. eng.
2. Epstein LA, Huffman JC. Introduction. *Psychosomatic medicine.* *Harv Rev Psychiatry.* 2009;17(6):351-2. PubMed PMID: 19968449. eng.
3. Worley LL, Levenson JL, Stern TA, Epstein SA, Rundell JR, Crone CC, et al. Core competencies for fellowship training in psychosomatic medicine: a collaborative effort by the APA Council on Psychosomatic Medicine, the ABPN Psychosomatic Committee, and the Academy of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics.* 2009 2009 Nov-Dec;50(6):557-62. PubMed PMID: 19996225. eng.
4. Lobo A, Huyse FJ, Herzog T, Malt U, Opmeer BC. The ECLW Collaborative study II: patient registration form (PRF) instrument, training and reliability. European Consultation/Liaison Work group. *J Psychosom Res.* 1996 Feb;40(2):143-56. PubMed PMID: 8778397. eng.
5. Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. II. Clinical aspects. *Psychosom Med.* 1967 1967 May-Jun;29(3):201-24. PubMed PMID: 5340349. eng.
6. Bourgeois JA, Wegelin JA, Servis ME, Hales RE. Psychiatric diagnoses of 901 inpatients seen by consultation-liaison psychiatrists at an academic medical center in a managed care environment. *Psychosomatics.* 2005 2005 Jan-Feb;46(1):47-57. PubMed PMID: 15765821. eng.
7. Söllner W, Diefenbacher A, Creed F. Future developments in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics. *J Psychosom Res.* 2005 Jan;58(1):111-2. PubMed PMID: 15771878. eng.
8. Fulop G, Strain JJ, Fahs MC, Schmeidler J, Snyder S. A prospective study of the impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stays of elderly medical-surgical inpatients. *Psychosomatics.* 1998 1998 May-Jun;39(3):273-80. PubMed PMID: 9664774. eng.
9. Gala C, Rigatelli M, De Bertolini C, Rupolo G, Gabrielli F, Grassi L. A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy. Italian C-L Group. *Gen Hosp Psychiatry.* 1999 1999 Jul-Aug;21(4):310-7. PubMed PMID: 10514955. eng.

10. Bibliografía

10. Maris RW. Suicide. *Lancet*. 2002 Jul;360(9329):319-26. PubMed PMID: 12147388. eng.
11. Bille Brahe U. Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998.
12. Tratamiento GdtIdGdPCdPyTdIdCSIEy. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010.
13. Skegg K. Self-harm. *Lancet*. 2005 Oct 22-28;366(9495):1471-83. PubMed PMID: 16243093. eng.
14. Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv*. 2001 Mar;52(3):368-75. PubMed PMID: 11239107. eng.
15. Oquendo MA, Baca-García E, Mann JJ, Giner J. Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *Am J Psychiatry*. 2008 Nov;165(11):1383-4. PubMed PMID: 18981069. eng.
16. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009 Apr;373(9672):1372-81. PubMed PMID: 19376453. eng.
17. WHO. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
18. Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Saxena S, Maulik PK, et al. Trends in mortality from suicide, 1965-99. *Acta Psychiatr Scand*. 2003 Nov;108(5):341-9. PubMed PMID: 14531754. eng.
19. Phillips MR, Li X, Zhang Y. Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet*. 2002 Mar;359(9309):835-40. PubMed PMID: 11897283. eng.
20. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. [World report on violence and health]. *Biomedica*. 2002 Dec;22 Suppl 2:327-36. PubMed PMID: 12596453. spa.
21. Denning DG, Conwell Y, King D, Cox C. Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2000;30(3):282-8. PubMed PMID: 11079640. eng.

10. Bibliografía

22. Ros S, Arranz F. Conducta suicida. In: Vallejo R, editor. *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. 6ª ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 271-94.
23. Meehan PJ, Lamb JA, Saltzman LE, O'Carroll PW. Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am J Psychiatry*. 1992 Jan;149(1):41-4. PubMed PMID: 1728183. eng.
24. Goldsmith S, Pellmar T, Kleinman A, Bunney W. *Reducing suicide: A national imperative*. Washington: Institute of Medicine National Academies Press; 2002.
25. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol*. 2008 May;167(10):1155-63. PubMed PMID: 18343881. eng.
26. Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med*. 1997 Sep;337(13):910-5. PubMed PMID: 9302306. eng.
27. Tejedor MC, Díaz A, Castellón JJ, Pericay JM. Attempted suicide: repetition and survival--findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 1999 Sep;100(3):205-11. PubMed PMID: 10493087. eng.
28. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D. 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 Psychiatr Scand*. 1996;93:327-38.
29. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. [Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the Spanish general population. Results from the ESEMeD study]. *Med Clin (Barc)*. 2007 Oct;129(13):494-500. PubMed PMID: 17980118. spa.
30. Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*. 2008;337:a2205. PubMed PMID: 19018040. Pubmed Central PMCID: PMC2590902. eng.
31. Evenson RC, Wood JB, Nuttall EA, Cho DW. Suicide rates among public mental health patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1982 Sep;66(3):254-64. PubMed PMID: 7136842. eng.
32. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry*. 2000 Dec;157(12):1925-32. PubMed PMID: 11097952. eng.

10. Bibliografía

33. Keller MB, Hanks DL. Anxiety symptom relief in depression treatment outcomes. *J Clin Psychiatry*. 1995;56 Suppl 6:22-9. PubMed PMID: 7649969. eng.
34. Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br J Psychiatry*. 1998 Dec;173:462-74. PubMed PMID: 9926074. eng.
35. DeJong T, Overholser J, Stockmeier C. Apples to oranges?: a direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *J Affect Disord*. 2010;124((1-2)):90-7.
36. Bolton JM, Cox BJ, Afifi TO, Enns MW, Bienvenu OJ, Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Depress Anxiety*. 2008;25(6):477-81. PubMed PMID: 17541978. eng.
37. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Nov;62(11):1249-57. PubMed PMID: 16275812. eng.
38. Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF. Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav*. 1993;23(2):139-45. PubMed PMID: 8342213. eng.
39. Dieserud G, Røysamb E, Ekeberg O, Kraft P. Toward an integrative model of suicide attempt: a cognitive psychological approach. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;31(2):153-68. PubMed PMID: 11459248. eng.
40. Szanto K, Reynolds CF, Conwell Y, Begley AE, Houck P. High levels of hopelessness persist in geriatric patients with remitted depression and a history of attempted suicide. *J Am Geriatr Soc*. 1998 Nov;46(11):1401-6. PubMed PMID: 9809762. eng.
41. Welte JW, Abel EL, Wieczorek W. The role of alcohol in suicides in Erie County, NY, 1972-84. *Public Health Rep*. 1988 Nov-Dec;103(6):648-52. PubMed PMID: 3141960. Pubmed Central PMCID: PMC1478134. eng.
42. Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry*. 1983 Mar;40(3):249-57. PubMed PMID: 6830404. eng.

10. Bibliografía

43. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry*. 2003 Jun;182:537-42. PubMed PMID: 12777346. eng.
44. Spicer RS, Miller TR. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health*. 2000 Dec;90(12):1885-91. PubMed PMID: 11111261. Pubmed Central PMCID: PMC1446422. eng.
45. O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: suicide in older people. *BMJ*. 2004 Oct;329(7471):895-9. PubMed PMID: 15485967. Pubmed Central PMCID: PMC523116. eng.
46. Psychiatric Emergencies. In: Kaplan H, Sadock B, Grebb J, editors. *Kaplan and Sadock Synopsis of Psychiatry*. 7^a ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994. p. 803.
47. Miller M, Azrael D, Hemenway D. The epidemiology of case fatality rates for suicide in the northeast. *Ann Emerg Med*. 2004 Jun;43(6):723-30. PubMed PMID: 15159703. eng.
48. Monk M. Epidemiology of suicide. *Epidemiol Rev*. 1987;9:51-69. PubMed PMID: 2445596. eng.
49. Heikkinen ME, Isometsä ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lönnqvist JK. Social factors in suicide. *Br J Psychiatry*. 1995 Dec;167(6):747-53. PubMed PMID: 8829741. eng.
50. Platt S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1984;19(2):93-115. PubMed PMID: 6382623. eng.
51. Stack S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav*. 2000;30(2):145-62. PubMed PMID: 10888055. eng.
52. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*. 2004 Dec;161(12):2295-302. PubMed PMID: 15569903. eng.
53. Kontaxakis VP, Christodoulou GN, Mavreas VG, Havaki-Kontaxaki BJ. Attempted suicide in psychiatric outpatients with concurrent physical illness. *Psychother Psychosom*. 1988;50(4):201-6. PubMed PMID: 3269554. eng.

10. Bibliografía

54. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med*. 2004 Jun;164(11):1179-84. PubMed PMID: 15197042. eng.
55. Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry*. 2001 Nov;158(11):1871-7. PubMed PMID: 11691694. eng.
56. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001 Dec;286(24):3089-96. PubMed PMID: 11754674. eng.
57. Egeland JA, Susser JN. Suicide and family loading for affective disorders. *JAMA*. 1985 Aug;254(7):915-8. PubMed PMID: 4021024. eng.
58. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*. 2002 Oct;360(9340):1126-30. PubMed PMID: 12387960. eng.
59. Roy A, Segal NL, Centerwall BS, Robinette CD. Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 Jan;48(1):29-32. PubMed PMID: 1984759. eng.
60. Agerbo E. Risk of suicide and spouse's psychiatric illness or suicide: nested case-control study. *BMJ*. 2003 Nov;327(7422):1025-6. PubMed PMID: 14593038. Pubmed Central PMCID: PMC261658. eng.
61. Helmkamp JC. Occupation and suicide among males in the US Armed Forces. *Ann Epidemiol*. 1996 Jan;6(1):83-8. PubMed PMID: 8680630. eng.
62. Conner KR, Cox C, Duberstein PR, Tian L, Nisbet PA, Conwell Y. Violence, alcohol, and completed suicide: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 2001 Oct;158(10):1701-5. PubMed PMID: 11579005. eng.
63. Blumenthal SJ, Kupfer DJ. Generalizable treatment strategies for suicidal behavior. *Ann N Y Acad Sci*. 1986;487:327-40. PubMed PMID: 2436538. eng.
64. Ajdacic-Gross V, Ring M, Gadola E, Lauber C, Bopp M, Gutzwiller F, et al. Suicide after bereavement: an overlooked problem. *Psychol Med*. 2008 May;38(5):673-6. PubMed PMID: 18226288. eng.

10. Bibliografía

65. Värnik A, Kõlves K, Wasserman D. Suicide among Russians in Estonia: database study before and after independence. *BMJ*. 2005 Jan;330(7484):176-7. PubMed PMID: 15601680. Pubmed Central PMCID: PMC544990. eng.
66. Silenzio VM, Pena JB, Duberstein PR, Cerel J, Knox KL. Sexual orientation and risk factors for suicidal ideation and suicide attempts among adolescents and young adults. *Am J Public Health*. 2007 Nov;97(11):2017-9. PubMed PMID: 17901445. Pubmed Central PMCID: PMC2040383. eng.
67. Gunnell D, Magnusson PK, Rasmussen F. Low intelligence test scores in 18 year old men and risk of suicide: cohort study. *BMJ*. 2005 Jan;330(7484):167. PubMed PMID: 15615767. Pubmed Central PMCID: PMC544986. eng.
68. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2011.
69. Qin P, Mortensen PB. The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Aug;60(8):797-802. PubMed PMID: 12912763. eng.
70. Stack S, Lester D. The effect of religion on suicide ideation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1991 Aug;26(4):168-70. PubMed PMID: 1948297. eng.
71. Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN, et al. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004 May;140(10):822-35. PubMed PMID: 15148072. eng.
72. Ayuso-Mateos J, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2012;5(1):8-23. Epub Feb, 15 2012.
73. OMS. Suicide Prevencion (SUPRE) 2011 [cited 2011 20-04-2011].
74. WHO/MNH/MBD/00.1. Preventing suicide. A resource for general physicians. Mental and Behavioural Disorders. In: Health DoM, editor. Ginebra: WHO; 2000.
75. The state of the Mental Health in the Europe. Commission of the European Communities. European Communities; 2004.

10. Bibliografía

76. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
77. Ramberg IL, Wasserman D. Benefits of implementing an academic training of trainers program to promote knowledge and clarity in work with psychiatric suicidal patients. *Arch Suicide Res.* 2004;8(4):331-43. PubMed PMID: 16081400. eng.
78. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005 Oct;294(16):2064-74. PubMed PMID: 16249421. eng.
79. Burton P, Gurrin L, Sly P. Extending the simple linear regression model to account for correlated responses: an introduction to generalized estimating equations and multi-level mixed modelling. *Stat Med.* 1998 Jun;17(11):1261-91. PubMed PMID: 9670414. eng.
80. Halekoh U, Hojsgaard S, Yan J. The R package geepack for generalized estimating equations. *Journal of Statistical Software.* 2006;15(2):1-11.
81. Lester D. Suicidal behavior in bipolar and unipolar affective disorders: a meta-analysis. *J Affect Disord.* 1993 Feb;27(2):117-21. PubMed PMID: 8440807. eng.
82. Wasserman D, Fellman M, Bille-Brahe U, Bjerke T, Jacobsson L, Jessen G, et al. Parasuicide in the Nordic countries. *Scand J Soc Med.* 1994 Sep;22(3):170-7. PubMed PMID: 7846474. eng.
83. Warshaw MG, Massion AO, Peterson LG, Pratt LA, Keller MB. Suicidal behavior in patients with panic disorder: retrospective and prospective data. *J Affect Disord.* 1995 Jun;34(3):235-47. PubMed PMID: 7560552. eng.
84. Warshaw MG, Keller MB. The relationship between fluoxetine use and suicidal behavior in 654 subjects with anxiety disorders. *J Clin Psychiatry.* 1996 Apr;57(4):158-66. PubMed PMID: 8601551. eng.
85. Muelleman RL, Lenaghan PA, Pakieser RA. Nonbattering presentations to the ED of women in physically abusive relationships. *Am J Emerg Med.* 1998 Mar;16(2):128-31. PubMed PMID: 9517685. eng.
86. Pfeffer CR, McBride PA, Anderson GM, Kakuma T, Fensterheim L, Khait V. Peripheral serotonin measures in prepubertal psychiatric inpatients and normal children: associations with suicidal behavior and its risk factors. *Biol Psychiatry.* 1998 Oct;44(7):568-77. PubMed PMID: 9787881. eng.

10. Bibliografía

87. Walsh E, Harvey K, White I, Manley C, Fraser J, Stanbridge S, et al. Prevalence and predictors of parasuicide in chronic psychosis. UK700 group. *Acta Psychiatr Scand*. 1999 Nov;100(5):375-82. PubMed PMID: 10563455. eng.
88. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide Life Threat Behav*. 1999;29(1):37-47. PubMed PMID: 10322619. eng.
89. De Leo D, Scocco P, Marietta P, Schmidtke A, Bille-Brahe U, Kerkhof AJ, et al. Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview Schedule (EPSIS/WHO-EURO). *Int J Psychiatry Med*. 1999;29(2):149-63. PubMed PMID: 10587812. eng.
90. Papassotiropoulos A, Hawellek B, Frahnert C, Rao GS, Rao ML. The risk of acute suicidality in psychiatric inpatients increases with low plasma cholesterol. *Pharmacopsychiatry*. 1999 Jan;32(1):1-4. PubMed PMID: 10071176. eng.
91. Leon AC, Keller MB, Warshaw MG, Mueller TI, Solomon DA, Coryell W, et al. Prospective study of fluoxetine treatment and suicidal behavior in affectively ill subjects. *Am J Psychiatry*. 1999 Feb;156(2):195-201. PubMed PMID: 9989554. eng.
92. van Heeringen C, Vincke J. Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000 Nov;35(11):494-9. PubMed PMID: 11197924. eng.
93. Jick SS, Kremers HM, Vasilakis-Scaramozza C. Isotretinoin use and risk of depression, psychotic symptoms, suicide, and attempted suicide. *Arch Dermatol*. 2000 Oct;136(10):1231-6. PubMed PMID: 11030769. eng.
94. Hultén A, Jiang GX, Wasserman D, Hawton K, Hjelmeland H, De Leo D, et al. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Sep;10(3):161-9. PubMed PMID: 11596816. eng.
95. Walrath CM, Mandell DS, Liao Q, Holden EW, De Carolis G, Santiago RL, et al. Suicide attempts in the "comprehensive community mental health services for children and their families" program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Oct;40(10):1197-205. PubMed PMID: 11589533. eng.
96. Sayil I, Devrimci-Ozguven H, Behaviour WEMSoS. Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: results of the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *Crisis*. 2002;23(1):11-6. PubMed PMID: 12650217. eng.

10. Bibliografía

97. Hagedorn J, Omar H. Retrospective analysis of youth evaluated for suicide attempt or suicidal ideation in an emergency room setting. *Int J Adolesc Med Health*. 2002 Jan-Mar;14(1):55-60. PubMed PMID: 12467207. eng.
98. Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, Grunebaum MF, Malone KM, Brodsky BS, et al. Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2002 Oct;159(10):1746-51. PubMed PMID: 12359682. eng.
99. Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, Kasso P, Petersen L, Thorup A, et al. OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry Suppl*. 2002 Sep;43:s98-106. PubMed PMID: 12271808. eng.
100. MacKinnon DF, Zandi PP, Gershon E, Nurnberger JI, Reich T, DePaulo JR. Rapid switching of mood in families with multiple cases of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Sep;60(9):921-8. PubMed PMID: 12963674. eng.
101. Huan M, Hamazaki K, Sun Y, Itomura M, Liu H, Kang W, et al. Suicide attempt and n-3 fatty acid levels in red blood cells: a case control study in China. *Biol Psychiatry*. 2004 Oct;56(7):490-6. PubMed PMID: 15450784. eng.
102. McCloud A, Barnaby B, Omu N, Drummond C, Aboud A. Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population: in-patient prevalence study. *Br J Psychiatry*. 2004 May;184:439-45. PubMed PMID: 15123509. eng.
103. Fagiolini A, Kupfer DJ, Rucci P, Scott JA, Novick DM, Frank E. Suicide attempts and ideation in patients with bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004 Apr;65(4):509-14. PubMed PMID: 15119913. eng.
104. Osvath P, Vörös V, Fekete S. Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. *Psychopathology*. 2004 Jan-Feb;37(1):36-40. PubMed PMID: 14988649. eng.
105. Goldstein TR, Birmaher B, Axelson D, Ryan ND, Strober MA, Gill MK, et al. History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. *Bipolar Disord*. 2005 Dec;7(6):525-35. PubMed PMID: 16403178. eng.
106. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2005 Jun;66(6):693-704. PubMed PMID: 15960561. eng.

10. Bibliografía

107. Yen S, Pagano ME, Shea MT, Grilo CM, Gunderson JG, Skodol AE, et al. Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Consult Clin Psychol.* 2005 Feb;73(1):99-105. PubMed PMID: 15709836. eng.
108. Perlis RH, Fraguas R, Fava M, Trivedi MH, Luther JF, Wisniewski SR, et al. Prevalence and clinical correlates of irritability in major depressive disorder: a preliminary report from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *J Clin Psychiatry.* 2005 Feb;66(2):159-66; quiz 47, 273-4. PubMed PMID: 15705000. eng.
109. Kapur N, Cooper J, King-Hele S, Webb R, Lawlor M, Rodway C, et al. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *J Clin Psychiatry.* 2006 Oct;67(10):1599-609. PubMed PMID: 17107253. eng.
110. Spann M, Molock SD, Barksdale C, Matlin S, Puri R. Suicide and African American teenagers: risk factors and coping mechanisms. *Suicide Life Threat Behav.* 2006 Oct;36(5):553-68. PubMed PMID: 17087634. eng.
111. Dubicka B, Hadley S, Roberts C. Suicidal behaviour in youths with depression treated with new-generation antidepressants: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2006 Nov;189:393-8. PubMed PMID: 17077427. eng.
112. Melhem NM, Brent DA, Ziegler M, Iyengar S, Kolko D, Oquendo M, et al. Familial pathways to early-onset suicidal behavior: familial and individual antecedents of suicidal behavior. *Am J Psychiatry.* 2007 Sep;164(9):1364-70. PubMed PMID: 17728421. eng.
113. Voracek M, Loibl LM. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wien Klin Wochenschr.* 2007;119(15-16):463-75. PubMed PMID: 17721766. eng.
114. Rossow I, Ystgaard M, Hawton K, Madge N, van Heeringen K, de Wilde EJ, et al. Cross-national comparisons of the association between alcohol consumption and deliberate self-harm in adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 2007 Dec;37(6):605-15. PubMed PMID: 18275367. eng.
115. 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. *Br J Psychiatry.* 2008 Feb;192(2):98-105. PubMed PMID: 18245022. Pubmed Central PMCID: PMC2259024. eng.

10. Bibliografía

116. Schaffer A, Flint AJ, Smith E, Rothschild AJ, Mulsant BH, Szanto K, et al. Correlates of suicidality among patients with psychotic depression. *Suicide Life Threat Behav.* 2008 Aug;38(4):403-14. PubMed PMID: 18724788. eng.
117. Fiedorowicz JG, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Rice JP, Coryell WH. Do risk factors for suicidal behavior differ by affective disorder polarity? *Psychol Med.* 2009 May;39(5):763-71. PubMed PMID: 18667100. Pubmed Central PMCID: PMC2775816. eng.
118. Elizabeth Sublette M, Carballo JJ, Moreno C, Galfalvy HC, Brent DA, Birmaher B, et al. Substance use disorders and suicide attempts in bipolar subtypes. *J Psychiatr Res.* 2009 Jan;43(3):230-8. PubMed PMID: 18590916. Pubmed Central PMCID: PMC2671238. eng.
119. Azorin JM, Kaladjian A, Adida M, Hantouche E, Hameg A, Lancrenon S, et al. Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: findings from a French National Cohort. *Compr Psychiatry.* 2009 2009 Mar-Apr;50(2):115-20. PubMed PMID: 19216887. eng.
120. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009 Mar;48(3):254-61. PubMed PMID: 19169159. eng.
121. Buri C, von Bonin B, Strik W, Moggi F. Predictors of attempted suicide among Swiss patients with alcohol-use disorders. *J Stud Alcohol Drugs.* 2009 Sep;70(5):668-74. PubMed PMID: 19737490. eng.
122. Lari AR, Alaghebandan R, Panjeshahin MR, Joghataei MT. Suicidal behavior by burns in the province of Fars, Iran. *Crisis.* 2009;30(2):98-101. PubMed PMID: 19525170. eng.
123. Krysinska K, Lester D. Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. *Arch Suicide Res.* 2010;14(1):1-23. PubMed PMID: 20112140. eng.
124. Perroud N, Uher R, Hauser J, Rietschel M, Henigsberg N, Placentino A, et al. History of suicide attempts among patients with depression in the GENDEP project. *J Affect Disord.* 2010 Jun;123(1-3):131-7. PubMed PMID: 19772940. eng.
125. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry.* 2010 Jul;197(1):20-7. PubMed PMID: 20592429. Pubmed Central PMCID: PMC2894980. eng.

10. Bibliografía

126. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2010 Jul;85(7):618-29. PubMed PMID: 20458101. Pubmed Central PMCID: PMC2894717. eng.
127. Novick DM, Swartz HA, Frank E. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disord.* 2010 Feb;12(1):1-9. PubMed PMID: 20148862. eng.
128. Sundström A, Alfredsson L, Sjölin-Forsberg G, Gerdén B, Bergman U, Jokinen J. Association of suicide attempts with acne and treatment with isotretinoin: retrospective Swedish cohort study. *BMJ.* 2010;341:c5812. PubMed PMID: 21071484. Pubmed Central PMCID: PMC2978759. eng.
129. Bjornaas MA, Hovda KE, Heyerdahl F, Skog K, Drottning P, Opdahl A, et al. Suicidal intention, psychosocial factors and referral to further treatment: a one-year cross-sectional study of self-poisoning. *BMC Psychiatry.* 2010;10:58. PubMed PMID: 20653986. Pubmed Central PMCID: PMC2914710. eng.
130. Torres AR, Ramos-Cerqueira AT, Ferrão YA, Fontenelle LF, do Rosário MC, Miguel EC. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *J Clin Psychiatry.* 2011 Jan;72(1):17-26; quiz 119-20. PubMed PMID: 21272513. eng.
131. Karasu TB, Plutchik R, Steinmuller RI, Conte H, Siegel B. Patterns of psychiatric consultation in a general hospital. *Hosp Community Psychiatry.* 1977 Apr;28(4):291-4. PubMed PMID: 844820. eng.
132. Craig TJ. An epidemiologic study of a psychiatric liaison service. *Gen Hosp Psychiatry.* 1982 Jul;4(2):131-7. PubMed PMID: 7117828. eng.
133. Wallen J, Pincus HA, Goldman HH, Marcus SE. Psychiatric consultations in short-term general hospitals. *Arch Gen Psychiatry.* 1987 Feb;44(2):163-8. PubMed PMID: 3813812. eng.
134. Shevitz SA, Silberfarb PM, Lipowski ZJ. Psychiatric consultations in a general hospital. A report on 1,000 referrals. *Dis Nerv Syst.* 1976 May;37(5):295-300. PubMed PMID: 1261347. eng.
135. McKegney FP, McMahon T, King J. The use of DSM-III in a general hospital consultation-liaison service. *Gen Hosp Psychiatry.* 1983 Jul;5(2):115-21. PubMed PMID: 6618169. eng.

10. Bibliografía

136. Smaira SI, Kerr-Corrêa F, Contel JO. Psychiatric disorders and psychiatric consultation in a general hospital: a case- control study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003 Mar;25(1):18-25. PubMed PMID: 12975675. eng.
137. Marcus SE, Pincus HA, Goldman HH, Wallen J. Factors associated with the use of psychiatric consultations in short-term general hospitals. *Psychosom Med.* 1987 1987 Sep-Oct;49(5):508-22. PubMed PMID: 3671638. eng.
138. Rabins P, Lucas MJ, Teitelbaum M, Mark SR, Folstein M. Utilization of psychiatric consultation for elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1983 Oct;31(10):581-5. PubMed PMID: 6619463. eng.
139. Muramatsu RS, Goebert D, Sweeny HW, Takeshita J. A descriptive study of a unique multi-ethnic consultation-liaison psychiatry service in Honolulu, Hawaii. *Int J Psychiatry Med.* 2008;38(4):425-35. PubMed PMID: 19480356. eng.
140. Nadelson T. Management of the geriatric patient in a general hospital. Introduction. *J Geriatr Psychiatry.* 1979;12(2):133-7. PubMed PMID: 263122. eng.
141. Creed F, Guthrie E, Black D, Tranmer M. Psychiatric referrals within the general hospital: comparison with referrals to general practitioners. *Br J Psychiatry.* 1993 Feb;162:204-11. PubMed PMID: 8435691. eng.
142. Smith GC, Clarke DM, Herrman HE. Establishing a consultation-liaison psychiatry clinical database in an Australian general hospital. *Gen Hosp Psychiatry.* 1993 Jul;15(4):243-53. PubMed PMID: 8344514. eng.
143. Diefenbacher A, Strain JJ. Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a 10-year-period. *Gen Hosp Psychiatry.* 2002 2002 Jul-Aug;24(4):249-56. PubMed PMID: 12100835. eng.
144. Kishi Y, Meller WH, Kathol RG, Swigart SE. Factors affecting the relationship between the timing of psychiatric consultation and general hospital length of stay. *Psychosomatics.* 2004 2004 Nov-Dec;45(6):470-6. PubMed PMID: 15546823. eng.
145. Grant JE, Meller W, Urevig B. Changes in psychiatric consultations over ten years. *Gen Hosp Psychiatry.* 2001 2001 Sep-Oct;23(5):261-5. PubMed PMID: 11600167. eng.
146. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30:133-54. PubMed PMID: 18653727. Pubmed Central PMCID: PMC2576496. eng.

10. Bibliografía

147. Moscicki E. Epidemiology of suicide. In: Goldsmith S, Health IoMBoNaB, editors. Suicide prevention and intervention: summary of a workshop: National Academy Press; 2001.
148. Litman R. Suicides: What Do They Have in Mind? Suicide: understanding and responding: Harvard Medical School perspectives. 1989:143.
149. Blasco-Fontecilla H, Baca-Garcia E, Dervic K, Perez-Rodriguez MM, Saiz-Gonzalez MD, Saiz-Ruiz J, et al. Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta Psychiatr Scand*. 2009 Feb;119(2):149-55. PubMed PMID: 19016671. eng.
150. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*. 2009 Aug;6(8):e1000123. PubMed PMID: 19668361. Pubmed Central PMCID: PMC2717212. eng.
151. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002 Sep;181:193-9. PubMed PMID: 12204922. eng.
152. Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hultén A, Bille-Brahe U, Bjerke T, et al. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health*. 1998 Mar;52(3):191-4. PubMed PMID: 9616425. Pubmed Central PMCID: PMC1756691. eng.
153. Suokas J, Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide--findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001 Aug;104(2):117-21. PubMed PMID: 11473505. eng.
154. Haut ER, Pronovost PJ. Surveillance bias in outcomes reporting. *JAMA*. 2011 Jun;305(23):2462-3. PubMed PMID: 21673300. eng.
155. Hawton K. Suicide and attempted suicide. In: Pankel E, editor. *Handbook of Affective Disorders*. New York: Guildford; 1992. p. 635.
156. Zeger SL, Liang KY. Longitudinal data analysis for discrete and continuous outcomes. *Biometrics*. 1986 Mar;42(1):121-30. PubMed PMID: 3719049. eng.

Publicaciones derivadas del estudio

11. Publicaciones derivadas del estudio

11. PUBLICACIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO

11.1 ARTÍCULO

Alberdi-Sudupe J, Pita-Fernández S, Gómez-Pardiñas SM, Iglesias-Gil-de-Bernabé F, García-Fernández J, Martínez-Sande G, Lantes-Louzao S, Pértega-Díaz S. Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: a ten-year cross-sectional study (1997-2007). *BMC Psychiatry*. 2011 Mar 31;11:51.

11.2 COMUNICACIÓN

Gomez S; Pita S; Alberdi J; Iglesias F; Lantes S. Perfil clínico y sociodemográfico de pacientes que ingresan en un Hospital General tras un intento de suicidio (1997-2007). XV Congreso Nacional de Psiquiatría. Oviedo, 8-11 Noviembre.2011.

11. Publicaciones derivadas del estudio

Alberdi-Sudupe et al. *BMC Psychiatry* 2011, 11:51
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/51>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: a ten-year cross-sectional study (1997-2007)

Jesús Alberdi-Sudupe^{1*}, Salvador Pita-Fernández², Sonia M Gómez-Pardiñas¹, Fernando Iglesias-Gil-de-Bernabé¹, Jorge García-Fernández¹, Gonzalo Martínez-Sande¹, Sara Lantes-Louzao¹ and Sonia Pértega-Díaz²

Abstract

Background: Suicide and suicide attempts represent a severe problem for public health services. The aim of this study is to determine the socio-demographic and psychopathological variables associated with suicide attempts in the population admitted to a General Hospital.

Methods: An observational-descriptive study of patients admitted to the A Coruña University Hospital (Spain) during the period 1997-2007, assessed by the Consultation and Liaison Psychiatric Unit. We include n = 5,234 admissions from 4,509 patients. Among these admissions, n = 361 (6.9%) were subsequent to a suicide attempt. Admissions arising from a suicide attempt were compared with admissions occurring due to other reasons. Multivariate generalised estimating equation logistic regression models were used to examine factors associated with suicide attempts.

Results: Adjusting by age, gender, educational level, cohabitation status, being employed or unemployed, the psychiatric diagnosis at the time of the interview and the information on previous suicide attempts, we found that the variables associated with the risk of a suicide attempt were age, psychiatric diagnosis and previous suicide attempts.

The risk of suicide attempts decreases with age (OR = 0.969). Psychiatric diagnosis was associated with a higher risk of suicide attempts, with the highest risk being found for Mood or Affective Disorders (OR = 7.49), followed by Personality Disorders (OR = 7.31), and Schizophrenia and Other Psychotic Disorders (OR = 5.03). The strongest single predictive factor for suicide attempts was a prior history of attempts (OR = 23.63).

Conclusions: Age, psychopathological diagnosis and previous suicide attempts are determinants of suicide attempts.

Background

Suicide attempts constitute a serious problem for public healthcare services [1-3]. The data published on suicide attempts in Spain are scant [4,5], and no data are available on patients admitted to General Hospitals in our public healthcare setting after a suicide attempt.

Suicidal behaviour not only includes suicides, but also those suicide attempts which do not result in the patient's death. Mental phenomena, such as suicidal

impulses or unconsummated ideations can also be included, as well as a wide range of behaviours which are pernicious to the patient's health without a previous explicit declaration of a suicidal intention [6,7].

A variety of factors are associated with an increased risk of suicide and attempted suicide [8], including psychiatric disorders [9-14], feelings of hopelessness and impulsivity [15,16], history of previous suicide attempts [9,17,18], age, sex and race [19-24], marital status [25,26], occupation [27], comorbidity [28,29], adverse childhood experiences [30], family history [31,32], and accessibility to weapons, especially firearms [33].

* Correspondence: jesusalberdi.sudupe@sergas.es

¹Department of Psychiatry, A Coruña Hospital, UPE Planta Baja, Hospital de Oza, As Xubias, 84, 15006 A Coruña, Spain

Full list of author information is available at the end of the article



© 2011 Alberdi-Sudupe et al.; licensee BioMed Central Ltd. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

11. Publicaciones derivadas del estudio

Alberdi-Sudupe et al. *BMC Psychiatry* 2011, 11:51
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/51>

Page 2 of 10

A recent paper [34] highlights the similarities and differences among heterogeneous groups of patients, some of whom committed suicide, and others who survived the attempt. The authors conclude that depressive symptoms are present in both groups as a shared variable.

Some of the individuals who attempt to commit suicide (by physically inflicting self-harm or ingesting a product at toxic dose levels) are taken to the Emergency Departments of General Hospitals, while others remain in their family or social environment after the attempt, with no specific health care; no official statistics on attempted suicides are available.

A proportion of these attending Accident and Emergency Departments will be admitted to the General Hospital's Medical and Surgical Departments, owing to the surgical lesions and medical comorbidity present after the suicide attempt. In this paper, we study patients admitted to a General Hospital, serving a health area with a population of 500,000, who required hospital admission, and for whom psychiatric assessment by the Consultation and Liaison Psychiatric Unit was requested, over an 11-year period (1997-2007). The aim of the present study was to determine the variables associated to suicide attempts in this group of admissions.

Methods

Setting and patients

The patients successively admitted to the A Coruña hospital between 1997 and 2007, with the exception of those admitted to the Department of Psychiatry, who required attention from the Consultation and Liaison Psychiatric Unit at the request of the appropriate Medical or Surgical Unit.

Design

An observational-descriptive study of prevalence, using the hospital records of the patients attended. Admissions due to attempted suicide were compared with admissions for other reasons.

Inclusion criteria

Patients admitted to the hospital during the study period, and for whom psychiatric assessment by the Consultation and Liaison Psychiatric Unit was requested.

Exclusion criteria

Patients who were admitted directly to the Department of Psychiatry after assessment in the Emergency Department.

Measures

For every patient included in the study, the following variables were assessed: age, gender, marital and cohabitation status, educational level, referring hospital

department, profession, occupational situation, psychiatric diagnosis with the psychiatric interview (in line with DSM-IV and ICD-10 criteria), medical and surgical risk at the time of the psychiatric assessment, psychiatric personal and family background, therapeutic intervention during hospital admission, including the prescribed pharmacological treatment and psychotherapy.

Sample size justification

The sample size ($n = 5,234$ admissions) makes it possible for the parameters of interest to be estimated with a confidence of 95% ($\alpha = 0.05$) and a precision of $\pm 1.35\%$.

Statistical analysis

The quantitative variables are expressed as mean \pm standard deviation (SD); the qualitative variables are expressed as an absolute value (n) and the percentage, with the estimation of the 95% confidence interval (CI).

Comparisons for quantitative variables were made with the Student-T or Mann Whitney test, depending on which was appropriate subsequent to the verification of normality using the Kolmogorov-Smirnov test.

Qualitative variables associations were analysed using the Pearson Chi-Square test.

As some patients were admitted on multiple occasions, independent variables (i.e. demographic and clinical characteristics) may represent the same individual, giving rise to a lack of independence. In order to account for the correlated nature of these data, generalised estimating equations were used to assess associations between demographic and clinical characteristics and hospitalisation for suicide attempts [35]. Multivariate generalised estimating equation logistic regression models were used to examine factors associated with suicide attempts. The area under the ROC curve (AUC) was computed as a measure of model validity. All statistical analyses were performed using SPSS 17.0 and R 2.10.0, in addition to the Geepack package [36].

Ethical-legal aspects

Authorisation was requested from the Clinical-Research Ethics Committee (CEIC) and confidentiality was preserved in accordance with the current Spanish Data Protection Law (15/1999).

Results

Descriptive study

The population under study consists of patients admitted to the Medical and Surgical Departments of the Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC), assessed by the Consultation and Liaison Psychiatric Unit of the Department of Psychiatry.

The analysis was conducted with hospitalisation as the unit of analysis. We include $n = 5,234$ admissions from

11. Publicaciones derivadas del estudio

Alberdi-Sudupe et al. *BMC Psychiatry* 2011, 11:51
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/51>

Page 3 of 10

4,509 patients. This means that 725 (16.1%) were readmissions, some concerning the same patients.

Among the admissions occurring during the research period (1997 to 2007), $n = 361$ (6.9%) were subsequent to a suicide attempt. 58.4% of the suicide attempts were committed by women. Patients admitted subsequent to a suicide attempt were younger than those admitted for other reasons (42.5 ± 17.8 vs. 51.5 ± 18.1 years of age; $p < 0.001$).

The general features of the patients assessed, according to the presence or absence of suicide attempts, are shown in Table 1.

Univariate analysis

In the univariate analysis, the variables significantly associated with suicide attempts were: age, gender, marital and cohabitation status, employment status, educational level, the psychiatric diagnosis according to DSM-IV-TR criteria (ICD-10 codes) and previous suicide attempts (Table 1).

Globally, the group of patients who attempted a suicide was significantly ($p < 0.05$) younger than the group of patients who had not (42.5 years of age vs. 51.5 years of age). There was also a higher percentage of women in the suicide attempt group than in the non-suicide attempt group (58.4% vs. 45.7%).

With regard to marital status, the percentages of single (40.4% vs. 28.0%) and separated individuals (13.6% vs. 8.1%) were also higher in the suicide attempt group than in the comparison group.

In relation to the cohabitation status variable, out of those patients who had made a suicide attempt, the percentage living with their parents (22.5% vs. 13.9%) or other relatives (15.3% vs. 9.7%) was higher than in the comparison group. The percentage of patients living with a partner and children was lower in the suicide-attempt group than in the non-suicide attempt group (38.6% vs. 52.6%).

The percentage of employment in the suicide attempt group is higher than in the other group of patients (49.6% vs. 32.8%), and higher educational levels were found in those attempting suicide attempt than in the other group.

With regard to grouped diagnosis, in accordance with the DSM-IV-R categories formulated with ICD-10 codes, a higher prevalence of psychiatric disorders was found in the suicide attempt group (12.3% vs. 5.7% for Psychotic Disorders, 29.5% vs. 11.1% for Mood of Affective Disorders, 24.2% vs. 5.4% for Personality Disorders).

There was also a higher prevalence of previous suicide attempts in the suicide attempter group than in the comparison group (9.1% vs. 0.1%).

In the univariate analysis, the variables not associated with the risk of attempted suicide were the province or domicile and the year of participation in the study.

Table 1 General features of the episodes attended according to presence or absence of suicide attempt

	No suicide attempt		Suicide attempt		p
	Mean	SD	Mean	SD	
Age	51.5	18.1	42.5	17.8	< 0.001
	n	%	n	%	p
Gender					< 0.001
Men	2647	54.3	150	41.6	
Women	2226	45.7	211	58.4	
Marital Status					< 0.001
Single	1356	28.0	146	40.4	
Married	2529	52.3	138	38.2	
Separated	394	8.1	49	13.6	
Widowed	536	11.1	25	6.9	
Religious	7	0.1	2	0.6	
Others	18	0.4	1	0.3	
Cohabitation status					< 0.001
Alone	649	13.4	48	13.3	
Partner and children	2556	52.6	139	38.6	
Parents	673	13.9	81	22.5	
Alone with children	330	6.8	22	6.1	
With other relatives	472	9.7	55	15.3	
Institution	90	1.9	7	1.9	
Others	69	1.4	7	1.9	
Homeless	18	0.4	1	0.3	
Employment					< 0.001
No	3249	67.2	181	50.4	
Yes	1984	32.8	178	49.6	
Educational level					0.013
No Education	825	17.2	40	11.3	
Primary and Secondary Education	3587	74.8	281	79.2	
Higher and University Education	385	8.0	34	9.6	
DSM-IV-TR grouped diagnosis with ICD-10 codes					< 0.001
Schizophrenia and other Psychotic Disorders (333). F20-F29	274	5.7	44	12.3	
Mood or Affective Disorders (387). F30-39	533	11.1	106	29.5	
Personality Disorders (765). F60	259	5.4	87	24.2	
Other Diagnosis	3728	77.8	122	34.0	
Previous suicide attempts					< 0.001
No	4866	99.9	328	90.9	
Yes	7	0.1	33	9.1	

Multivariate analysis

A multivariate generalised estimating equation logistic regression model was performed, taking into account all the variables significantly associated with suicide attempts in the univariate analysis.

11. Publicaciones derivadas del estudio

Alberdi-Sudupe et al. *BMC Psychiatry* 2011, 11:51
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/51>

Page 4 of 10

Adjusting by age, gender, educational level, cohabitation status, employment status, the psychiatric diagnosis at the moment of the interview, and the information on previous suicide attempts, we found that the variables associated with the risk of making a suicide attempt were: age, psychiatric diagnosis and previous suicide attempts. The area under the ROC curve (AUC), as a measure of model validity, was 0.805.

The risk of suicide attempt decreases with age (OR = 0.969), while psychiatric diagnosis was associated with a higher risk of suicide attempts: the highest risk was found for Mood or Affective Disorders (OR = 7.49), followed by Personality Disorders (OR = 7.31), and Schizophrenia and Other Psychotic Disorders (OR = 5.03).

The strongest single factor predictive of suicide attempt was a prior history of attempted suicide (OR = 23.63) (Table 2).

After stratifying by gender (Table 3), the variables associated with the presence of suicide attempt for both sexes were age, psychiatric diagnosis and previous suicide attempts.

The relationship between age, psychiatric diagnosis and the probability of suicide attempts according to gender in the multivariate analysis can be seen in Figures 1 and 2.

Among men, the psychiatric diagnosis with the highest risk for suicide attempts was Personality Disorders (OR = 7.18), followed by Affective Disorders (OR = 6.18) and Schizophrenia and Other Psychotic Disorders (OR = 4.15).

Among women, Affective Disorders (OR = 8.65), in the first place, followed by Personality Disorders (OR = 7.58) and Schizophrenia and Other Psychotic Disorders

(OR = 6.38) were found to be associated to a higher risk of suicide attempts.

The strongest predictive factor of attempted suicide in both men and women was previous suicide attempts (Table 3).

Discussion

The present study evidences that the variables associated to suicide attempts are age, psychiatric comorbidity and previous suicide attempts. These findings are referred to in the previous literature; hence, this study, carried out on hospital patients, reflects the consistency of the results in the previously described variables [2,37-39].

The association of psychiatric illness as a predictor of suicide attempts has been reported in the literature [9,10]. More than 90% of patients who attempt suicide have a major psychiatric disorder [11,12], and 95% of patients who committed a suicide attempt had a psychiatric diagnosis [13]. A very recent project [40] from the World Health Organisation (WHO) produced results on the association between the diagnosis of Mental Disorders and Suicidal Behaviours in several countries (including Spain), supported by worldwide data obtained from surveys in general populations (108,664 people from 21 countries on five continents answered the surveys). One of its conclusions is that the presence of a psychiatric diagnosis with DMS-IV Mental Disorder criteria is a strong predictor for the appearance of suicide ideations and behaviours, as well as for consummated suicide. This applies generally to both economically developed countries and to developing countries, except for one important difference: among the Mental Disorders associated with higher suicide risk,

Table 2 Multivariate generalised estimating equation logistic regression model for predicting a suicide attempt adjusting for different variables and previous suicide attempts

	Regression coefficient	Standard error	p	OR	95% CI (OR)
Intercept	-2.316	0.287	< 0.001		
Age	-0.031	0.004	< 0.001	0.969	0.961-0.977
Gender (Female)	0.120	0.127	0.100	1.223	0.962-1.560
Educational level					
Illiterate				1	
Secondary education	0.154	0.204	0.448	1.167	0.783-1.739
Higher education	0.489	0.257	0.088	1.552	0.937-2.570
Living alone	0.051	0.180	0.778	1.052	0.739-1.497
Employed	0.145	0.188	0.441	1.156	1.800-1.670
Psychiatric disorders					
Psychotic disorders	1.615	0.202	< 0.001	5.030	3.387-7.470
Affective disorders	2.014	0.154	< 0.001	7.490	5.537-10.132
Personality disorders	1.989	0.169	< 0.001	7.310	5.249-10.180
Other diagnosis				1	
Previous suicide attempt	3.162	0.534	< 0.001	23.630	8.290-67.360

OR: Odds Ratio; CI: Confidence Interval

11. Publicaciones derivadas del estudio

Table 3 Multivariate generalised estimating equation logistic regression model for predicting a suicide attempt after stratifications according to gender

Men					
	Regression coefficient	Standard error	p	OR	95% CI (OR)
Intercept	-2.737	0.488	< 0.001		
Age	-0.032	0.006	< 0.001	0.968	0.956-0.980
Educational level					
Illiterate				1	
Secondary education	0.702	0.415	0.091	2.017	0.894-4.551
Higher education	0.999	0.470	0.041	2.609	1.039-6.550
Living alone	0.266	0.235	0.258	1.304	0.823-2.068
Employed	-0.016	0.288	0.956	0.984	0.560-1.732
Psychiatric disorders					
Psychotic disorders	1.434	0.283	< 0.001	4.154	2.387-7.231
Affective disorders	1.822	0.259	< 0.001	6.182	3.722-10.269
Personality disorders	1.971	0.244	< 0.001	7.183	4.449-11.597
Other diagnosis				1	
Previous suicide attempt	3.977	0.659	< 0.001	53.387	14.662-194.388
Women					
	Regression coefficient	Standard error	p	OR	95% CI (OR)
Intercept	-1.997	0.384	< 0.001		
Age	-0.031	0.006	< 0.001	0.969	0.958-0.980
Educational level					
Illiterate				1	
Secondary education	-0.065	0.248	0.790	0.937	0.576-1.525
Higher education	0.250	0.342	0.460	1.285	0.657-2.512
Living alone	-0.203	0.285	0.480	0.817	0.467-1.428
Unemployed	0.301	0.252	0.230	1.351	0.825-2.213
Psychiatric disorders					
Psychotic disorders	1.854	0.286	< 0.001	6.385	3.645-11.184
Affective disorders	2.157	0.200	< 0.001	8.648	5.858-12.769
Personality disorders	2.026	0.240	< 0.001	7.582	4.738-12.133
Other diagnosis				1	
Previous suicide attempt	2.830	0.656	< 0.001	16.947	4.684-61.313

OR: Odds Ratio; CI: Confidence Interval

Affective Disorders stand out in developed countries, while the association is higher with diagnoses other than Affective Disorders, such as Impulse-Control Disorders, Substance Use Disorders and Post-Traumatic Stress Disorders, in developing countries.

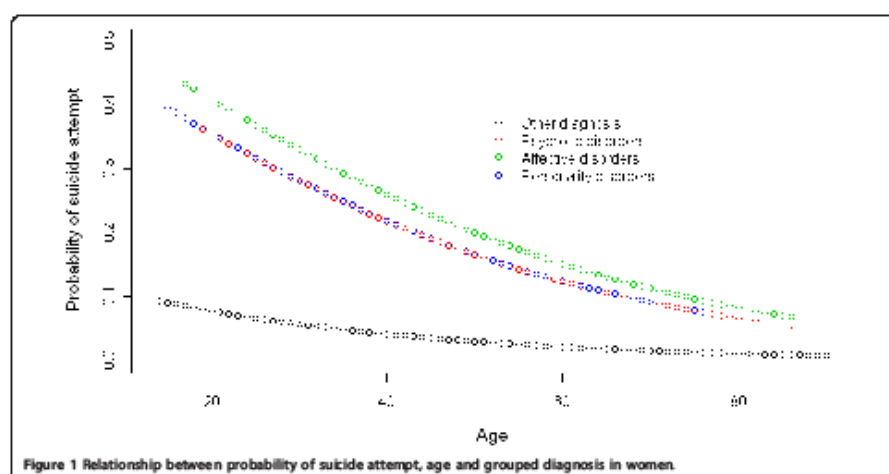
In a large sample of patients in Sweden [10], the authors concluded that the category of psychiatric diagnosis coexisting with a suicide attempt is a variable which influences the future risk of consummated suicide. Planned reduction of the risk of future suicide among those patients requires implementing care plans, mainly in the first two years following the current suicide attempt, in particular among those patients diagnosed with Unipolar and Bipolar Affective Disorder, and Schizophrenia.

Although the risk of suicide increases with age, it has been demonstrated that in young adults, suicide attempts are more frequent than in older adults [19,20].

These findings, in relation with age, are consistent with those of the present study. In a study of 10,892 suicides and 57,439 attempted suicides among hospital-admitted individuals in 8 states, groups with high attempted suicide rates were teenagers, young adults, women, and people of Caucasian and Afro-American origin aged 25 to 44 years [19]. Another study in Korea with 344 attempted suicides found that a significantly higher number of women than men were admitted to emergency rooms due to attempted suicide during the study period [21]. In a random sample of 3021 adolescents aged 14-24 years, the females who attempted suicide showed suicidal thoughts and suicide attempts significantly more often, and suicide attempts at a far younger age than the males [23].

A systematic review of studies on the epidemiology of suicide published from 1997 to 2007 showed that non-

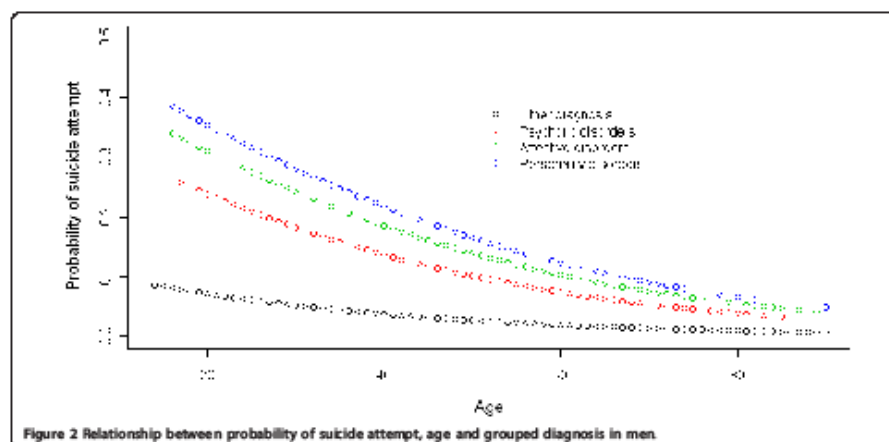
11. Publicaciones derivadas del estudio



fatal suicidal behaviours are more prevalent among women and young, unemployed, unmarried individuals, with low levels of education and suffering from a psychiatric disorder [1]. Our results are consistent in relation with age, gender and psychiatric disorders, but they do not coincide with the aforementioned study with regard to the variables of educational level and unemployment. In the univariate analysis we found a higher rate of suicide attempts among working populations, and with higher educational levels. The utilisation of

health care services is probably related to socioeconomic status and educational level. Nonetheless, owing to the fact that we only have information on those patients who finally went to the hospital, we cannot make inferences regarding this point. In the multivariate generalised estimating equation logistic regression analysis, the association with educational level and employment disappears.

The variable most strongly associated with suicide attempts in the study is that of a prior history of



11. Publicaciones derivadas del estudio

Alberdi-Sudupe et al. *BMC Psychiatry* 2011, 11:51
<http://www.biomedcentral.com/1471-2440/11/51>

Page 7 of 10

attempted suicide. Ecological studies showed a positive correlation between rates of attempted suicide and suicide rates for both sexes among young people in Europe [41]. Prospective monitoring studies of patients hospitalised as a result of a suicide attempt show that the risk of suicide and all causes of mortality were very high immediately after discharge [9]. In a systematic review of data published on the following-up of patients subsequent to failed suicide attempts [42], the authors found that, in a one-year follow-up period subsequent to the failed suicide attempt, the repeat attempt rate was 15%. There is a strong correlation between suicide attempt and subsequent death by suicide. In a study of a group of patients who attended the General Hospital after a self-harm episode, the presence of previous self-harm episodes is a risk factor for the onset of future suicidal behaviours [6]. This implies that outpatient care after attempted suicide is of paramount importance. Despite this fact, the identification of specific individuals who will go on to attempt and consummate suicide is currently unfeasible, owing to the scant sensitivity and specificity of the identification procedures available, and the low base rate of this behaviour [17,18].

Similar findings with respect to age, sex and previous suicide attempts have been reported in other publications. Thus, a study on a European level shows how the person-based suicide attempt rates were higher among women than among men and the highest person-based rates were found in the younger age groups [37]. Moreover, more than 50% of the individuals attempting suicide made more than one attempt [37]. Another study shows connection between suicidality attempts and the individuals in the youngest age group, who reported suicidal ideation at baseline and psychiatric disorders, especially depression and drug abuse [38]. A systematic sample of 114 patients from consecutive cases of attempted suicide referred to a general hospital in Helsinki shows that a high proportion of individuals attempting suicide (82%) suffered from comorbid mental disorders [39].

In turn, in a population-based study conducted in Spain [2] among young women, mental disorders and psychiatric comorbidity and recent ideation of suicide were identified as high risk factors for an attempted suicide. Episodes of severe depression are the diagnosis representing the greatest risk in relation to the presence of the ideation of suicide and attempted suicide.

In relation with the differences found between men and women, the literature shows that a history of suicide attempt is significantly associated with any anxiety, personality, or substance use disorder among both men and women. However, in men, suicide attempts had a strong association with dependent personality disorder (adjusted odds ratio = 3.81; 95% CI = 1.14 to 12.73),

whereas in women, suicide attempts had a strong association with antisocial personality disorder (adjusted odds ratio = 2.71; 95% CI = 1.72 to 4.25) [43].

Limitations of the study

The present study has a number of shortcomings and biases, which we will now go on to point out. Attempted suicide is more difficult to study than consummated suicide, as there is a lack of generally approved reporting procedures for the former [44]. The possibility of a certain degree of under-reporting of attempted suicide in the present study cannot be excluded.

Another selection bias is associated with the use of hospital patients as a comparison group for identifying risk factors associated with suicide attempts.

The study is clearly conducted on admitted patients, some of whom are admitted owing to attempted suicide and others who are not (comparison group). Thus, the inference is not intended to be the general population, rather the sub-set of patients who are admitted to hospital. Nonetheless, given the magnitude of the problem in this sub-set of patients, we feel that it is relevant to be able to define the variables associated with the attempted suicide, while clearly accepting that these are patients who have been admitted for medical-surgical problems.

Given that the controls used in the hospital study are patients who also suffer from psychiatric disorders, we are aware of the presence of Berkson's bias [45,46], which occurs when hospital controls are used as a reference group. If the controls are hospitalised due to an exposure that is also related to the disease under study, then the measure of effect may be weakened; i.e. biased towards the null hypothesis of no association. This produces a systematically higher exposure rate among the comparison group, and therefore distorts the odds ratio with an underestimation of the suicide attempt risk. In this sense, we can confirm that the odds ratios associated with the mental disorder in the present study are lower than those that could be obtained in a population-based study. This has been confirmed by comparing the results of the present study with the population-based study by Gabilondo et al. (2007) [2], which shows how the presence of mental disorders is associated with a significant increase in attempted suicides, with higher odds ratio values than found in the present study, pointing towards an underestimation of the risk of attempted suicide depending on the type of controls used, as could have been expected.

Despite the underestimation of this effect, our findings are consistent with those from other studies and meta-analyses which show how psychiatric illness is a strong predictor of suicide [9,10,47]. A psychiatric disorder has

11. Publicaciones derivadas del estudio

Alberdi-Sudupe et al. *BMC Psychiatry* 2011, 11:51
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/51>

Page 8 of 10

also been identified as the strongest risk factor for attempted suicide [48-51]. More than 90 percent of patients who attempt suicide have a major psychiatric disorder [11,12]. Among patients with depression, a history of suicide attempts correlated most strongly with feelings of worthlessness [43]. Concurrent personality disorder was also strongly correlated with suicide attempts in depressed patients [43].

In relation to previous suicide attempts, we consider that one explanation for the extremely high association of previous suicide attempts with a current suicide attempt in this study could be that after the initial attempt, individuals may tend to stay with their family, being referred to the hospital more often after a subsequent suicide attempt. There may be an association between attending hospital after a suicide attempt and repeated suicide attempts. This effect, which is described as surveillance bias or detection bias, occurs when one group is monitored more closely than the other group, and it may lead to an outcome being diagnosed more often in the more closely monitored group, but not because it actually occurred more frequently in that group. This association with previous suicide attempts was also identified in a nationwide study in Finland [9], and in a prospective study [17] in which the authors found that the strongest single factor for suicide is prior history of attempt suicide.

There may also be an information bias due to the fact that the diagnoses of mental disorders were not based on standardised diagnostic interview schedules, but instead were clinical diagnoses made by the psychiatrists treating the patients.

As a number of patients were admitted on multiple occasions, the results may be affected by the lack of independence among admissions. The analysis was conducted with hospitalisation as the unit of analysis, including 5,234 admissions from 4,509 patients. As previously mentioned, this means that 725 (16.1%) were readmissions, some concerning the same patients. To overcome this problem, the statistical analysis was performed using generalised estimating equations, in order to take into account the correlated nature of the data. More specifically, multivariate generalised estimating equation logistic regression models were used to identify those variables associated with suicide attempts [35]. This analysis takes into account the fact that the same patient could be admitted more than once during the study period. Generalised estimating equations are an extension of the generalised linear model, which takes into account this within-group correlation. They assume that the dependent variable of analyses can be expressed as a linear function of the independent variables through a monotonic differentiable link function, and that the variance of the dependent variable is a known function

of its expectation. The parameters of the model are then estimated subsequent to the specification of the intra-cluster dependency correlation matrix.

In conclusion, our results show that the variables related to suicide attempt are age, psychiatric disorders and previous suicide attempts. This study in a hospital setting shows similar findings to population-based studies. Even though there is limited evidence as to the accuracy of screening tools for identifying suicide risk in the primary care setting, including tools for identifying those at high risk [52], physicians should remain alert to the possibility of suicide in high-risk patients, particularly if there is evidence of psychiatric disorder or if the patient has recently attempted suicide.

Conclusions

The variables associated with suicide attempt are age, previous suicide attempts and certain grouped psychiatric diagnosis (Schizophrenia and Other Psychotic Disorders, Affective Disorders and Personality Disorders).

The risk of suicide attempts decreases with age. Psychiatric illness is a strong predictor of suicide attempt. The strongest single factor predictive of suicide attempts is a prior history of attempted suicide.

This study in a hospital setting shows similar findings to population based studies.

Even though there is limited evidence as to the accuracy of screening tools for identifying suicide risk in the primary care setting, including tools for identifying those at high risk, physicians should remain alert to the possibility of suicide in high-risk patients, particularly if there is evidence of psychiatric disorder or if the patient has recently attempted suicide

Author details

¹Department of Psychiatry, A Coruña Hospital, UPIE Planta Baja, Hospital de Oza, As Xubias, 84, 15006 A Coruña, Spain. ²Clinical Epidemiology and Biostatistics Unit, A Coruña Hospital, As Xubias, 84, 15006 A Coruña, Spain.

Authors' contributions

JAS and SGF conceived the study and participated in its design. RGB, JGF, GMS and SLL collaborated in the design of the study and data collection. SPF and SPD participated in the design of the study and performed the statistical analysis. JAS, SPF and SPD drafted the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Received: 24 August 2010 Accepted: 31 March 2011

Published: 31 March 2011

References

1. Nock M, Borges G, Bromet E, Cha C, Kessler R, Lee S: Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008, 30:139-154.
2. Gabilondo A, Alonso J, Pito-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, Almansa J, Codony M, Haro J: Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the Spanish general population: Results from the ESEMeD study. *Med Clin (Barc)* 2007, 129(13):994-999.

11. Publicaciones derivadas de los estudios

3. Hawton K, van Heeringen K: Suicide. *Lancet* 2009, **373**(9672):1372-1381.
4. Tejedor Azpeitia M, Diaz Pérez A, Alvarez Martínez E, Castellón Zaurza J, Pericay Hosta J: Intento de suicidio: cambios epidemiológicos entre 1969-1996. Estudio retrospectivo de 1.150 casos. [Attempted suicide: epidemiological changes between 1969-1996. A retrospective study of 1,150 cases]. *Actas Esp Psiquiatr* 1999, **27**(5):292.
5. Ruiz-Pérez I: El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria* 2006, **20**(Suppl 1):25.
6. Harris L, Hawton K, Zehl D: Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *Br J Psychiatry* 2005, **186**:60-66.
7. Siegg K: Self-harm. *Lancet* 2005, **366**(9495):1471-1483.
8. Schreiber J, Cuipepper L, Pfe A: Suicidal ideation and behavior in adults. In *UpToDate*. Edited by: Solomon D 2010.
9. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J: Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol* 2008, **167**(10):1155-1163.
10. Tiemalm D, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B: Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorders: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ* 2008, **337**:a2205.
11. Moscicki E: Epidemiology of suicide. In *Suicide prevention and intervention: summary of a workshop*. Edited by: Goldsmith S. Health IO/MOH/NB: National Academy Press, 2001.
12. Hirschfeld RW, Russell JM: Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997, **337**(13):910-915.
13. Utman R: Suicides: What Do They Have in Mind? *Suicide: understanding and responding: Harvard Medical School perspectives* 1989, 143.
14. Evenson RC, Wood JB, Nuttall EA, Cho DW: Suicide rates among public mental health patients. *Acta Psychiatr Scand* 1982, **66**(3):254-264.
15. Beck AT, Stoer RA, Beck JS, Newman CF: Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav* 1989, **23**(2):139-145.
16. Dierker J, Roylamb E, Bueberg Q, Nafz P: Toward an integrative model of suicide attempt: a cognitive psychological approach. *Suicide Life Threat Behav* 2001, **31**(2):153-168.
17. Pokorny AD: Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1983, **40**(2):249-257.
18. Pokorny AD: Suicide prediction revisited. *Suicide Life Threat Behav* 1989, **23**(1):1-10.
19. Spiro RS, Miller TR: Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health* 2001, **90**(12):1885-1891.
20. O'Connell H, Chin AW, Cunningham C, Lawlor BA: Recent developments: suicide in older people. *BMJ* 2004, **329**(7471):895-899.
21. Hur JW, Lee BH, Lee SW, Shim SH, Han SW, Kim YK: Gender differences in suicidal behavior in Korea. *Psychiatry Investig* 2008, **5**(1):28-35.
22. Kumar CT, Mohan R, Rajith G, Chandrasekaran R: Characteristics of high intent suicide attempters admitted to a general hospital. *J Affect Disord* 2006, **91**(1):77-81.
23. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU, Carter R: Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand* 2001, **104**(5):332-339.
24. Joe S, Bazer RE, Breeden G, Neighbors HW, Jackson JS: Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among blacks in the United States. *JAMA* 2006, **296**(17):2112-2123.
25. Monk M: Epidemiology of suicide. *Epidemiol Rev* 1987, **9**:51-69.
26. Heikkinen ME, Isometsä ET, Martunen MJ, Aro HM, Lönnqvist JK: Social factors in suicide. *Br J Psychiatry* 1995, **167**(6):747-753.
27. Stack S: Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav* 2000, **30**(2):145-162.
28. Jurlink DN, Hermann N, Szab J, Kopp A, Redemeyer DA: Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med* 2004, **164**(11):1179-1184.
29. Mukamal KL, Rimm EB, Kawachi I, O'Reilly EL, Gale EE, Miller M: Body mass index and risk of suicide among one million US adults. *Epidemiology* 2010, **21**(10):1828-1836.
30. Dubz SR, Anda RF, Felitti V, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH: Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001, **286**(24):3089-3096.
31. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB: Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002, **360**(9340):1126-1130.
32. Agerbo E: Risk of suicide and spouse's psychiatric illness or suicide: nested case-control study. *BMJ* 2003, **327**(7422):1025-1026.
33. Helmkamp JC: Occupation and suicide among males in the US Armed Forces. *Ann Epidemiol* 1996, **6**(1):83-88.
34. DeJong T, Overholser J, Stockmeier C: Apples to oranges? a direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *J Affect Disord* 2010, **124**(1-2):90-97.
35. Buron P, Guin L, Sly P: Extending the simple linear regression model to account for correlated responses: an introduction to generalized estimating equations and multi-level mixed modelling. *Stat Med* 1998, **17**(11):1261-1291.
36. Halekoh U, Hejsgaard S, Yan J: The R package gsem: for generalized estimating equations. *Journal of Statistical Software* 2006, **15**(2):1-11.
37. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Herkhoz A, Bjerke T, Crepet P, Haring C, Hawton K, Lönnqvist J, Michel K, 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 Psychiatr Scand* 1996, **93**(5):327-338.
38. Kuo WH, Galo JJ, Ten AY: Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol Med* 2001, **31**(7):1181-1191.
39. Suominen K, Henriksson M, Suolas J, Isometsä E, Oksamo A, Lönnqvist J: Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996, **94**(4):234-240.
40. Nock M, Hwang I, Sampson N, Kessler R, Angermeyer M, Beautrais A, Borges G, Bromet E, Bufferts R, de Graaf R, et al: Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med* 2009, **6**(8):e001023.
41. Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hublin A, Bille-Brahe U, Bjerke T, Crepet P, Dalsenhammer E, Herkhoz A, De Leo D, et al: Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health* 1998, **52**(3):191-194.
42. Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002, **181**:193-199.
43. Bolton JM, Bell S, Ennis MW, Cox BJ, Sareen J: Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2008, **69**(7):1139-1148.
44. Alaghebandan R, Gates RD, MacDonald D: Suicide attempts and associated factors in Newfoundland and Labrador, 1998-2000. *Can J Psychiatry* 2005, **50**(12):762-768.
45. Berkson J: Limitations of the application of fourfold table analysis to hospital data. *Biometrics* 1946, **2**(3):47-53.
46. Reger E, Rabbenclan L, De Graaf R, Hane MT, Nolen WA, Van Os J: Berkson's bias and the mood dimensions of bipolar disorder. *Int J Method Psychiatr Res* 2009, **18**(4):279-286.
47. Botwin JM, Parkkratz VS: Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000, **157**(12):1925-1932.
48. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavid BJ, Nightingale SK: Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1996, **153**(8):1009-1014.
49. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Alman CJ, Zelenak JP: Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1988, **45**(6):581-588.
50. Moscicki BK, O'Carroll P, Rae DS, Locke BZ, Roy A, Regier DA: Suicide attempts in the Epidemiologic Catchment Area Study. *Yale J Biol Med* 1988, **61**(3):259-268.
51. Andrews JA, Lewinsohn PM: Suicidal ideation among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31**(4):655-662.
52. Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Loch KN, Force USPST: Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Am Intern Med* 2004, **140**(10):822-835.

CERTIFICADO

El **Póster** titulado:

Perfil clínico y sociodemográfico de pacientes que ingresan en un hospital general tras un intento de suicidio (1997-2007)

de los autores:

S Gómez , S Pita , J Alberdi, F Iglesias, S Lantes

Ha sido presentado en el **XV Congreso Nacional de Psiquiatría**, celebrado en Oviedo los días 8 a 11 de noviembre de 2011

Y para que así conste, a los efectos oportunos, firmo el presente en Oviedo a 11 de noviembre de 2011



Julio Bobes García
Presidente del Comité Organizador



OVIEDO 2011

Presidente del Comité Organizador

Anexos

HOJA DE REGISTRO INDIVIDUAL (HRI)

1º REGISTRO U.P.I.E.:

HOJA DE DATOS INICIALES

urgencias: alta urg.:	F. ingr. hosp.: F. alta hosp.:	F. ingr. Psiq. agudos: F. alta Psiq. agudos:	F. petic. Interc. Psiq.: F. atenc.UPIE: F. alta UPIE:
ESTADO CIVIL : Descon. <input type="checkbox"/> : Soltero : Casado Religioso : Otros	2. TIPO DE CONVIVENCIA 1= Solo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2= Cónyuge o pareja 3= Cóny. o pareja con hijos 6= Familia nuclear extensa 7= Con otros familiares 8= Institución 9= Adopción 10= Otros 11= Al Pairo	3. NIVEL EDUCACIONAL 1. Analfabeto <input type="checkbox"/> 2. Sin estudios 3. Primaria EGB 6. Diplom.Universitario 7. Licenciad. Universitario. 8. Título n/c.	4. SEXO 1.Varón 2. Mujer COD.IDENTIFICACION <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Iniciales nombre/apellidos (en nombre y apellido compuesto usar el el primero)
PROCEDENCIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7. OCUPACIÓN O PROFESIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. FECHA DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Día Mes Año	8. SITUACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. ALERGIA 2. CARDIOLOGIA 3. CIR. CARDIACA 4. CIR. DIGESTIVA 5. CIR. GENERAL 6. MAXILOFACIAL 7. CIR. PLÁSTICA 8. CIR. TORÁCICA 9. CIR. VASCULAR 10. DERMATOLOGIA 11. DIGESTIVO 12. ENDOCRINOLOGIA 13. GERIATRÍA 14. GINECOLOGIA 15. HEMATOLOGIA 16. M. INTERNA 17. M. PREVENTIVA 18. NEFROLOGIA 19. NEUMOLOGIA 20. NEUROCIURUGIA	21. NEUROLOGIA 22. OFTALMOLOGIA 23. ONCOLOGIA 24. O.R. L. 25. PEDIATRIA 26. PSIQUIATRIA 27. PSIQ. INFANTIL 28. REANIMACIÓN 29. REHABILITACION 30. REUMATOLOGIA 31. TRAUMATOLOGIA 32. U.C.E.M. 33. U.C. CONTIN. 34. U.C. PALIAT. 35. UNI. DOLOR 36. U.L.M. 37. M. INTENSIVA 38. U. QUEMADOS 39. UROLOGIA 40. INFECCIOSOS	0. Sin profesión 1. Profesionales y técnicos 2. Directivos y Gerentes 3. Personal servicios administrativos 4. Comerciantes y vendedores 5. Hostelería. Servicios y Seguridad 6. Agricultura. Ganadería y Pesca 7. Personal industrial, construcción y transporte 8. Profesionales Fuerzas Armadas 9. Estudiante 10. Amo/a de casa 11. Empleado /a hogar 12. Otras ocupaciones	1= Cumpliendo Servicio Militar 2= En Activo 3= Parado (con subsidio) 4= Parado (sin subsidio) 5= Pensionista 6= Rentista 7= I. L.T. 8= I. P. para el trabajo
9. MODALIDAD DE PETI CION <input type="checkbox"/>	1= NORMAL 2= PREFERENTE 3= URGENTE		

FICHA DE ALTA

10. MOTIVO DEL ALTA <input type="checkbox"/>	11. DERIVACIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12. Nº DE VISITAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
: Fin de estudio : Tratamiento y derivación : Fin de tratamiento : Alta hospitalaria : Ruptura contrato terapéutico : Muerte : Suicidio : Traslado hospitalario	1= Ventorrillo I 2= Ventorrillo II 3= Castrillón 4= Cambre 5= Elviña 6= Oleiros 7= Betanzos 8= Carballo I 9. Carballo II 10= U. Psiq. agudos 11= Hosp. de Día 12= U Rehabilitación Psiq. 13= U.S.M. Infantil 14= H. Militar 15= Otros 16= Sin derivación	13. DIAGNÓSTICO ICD-10 DE OMS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

RIESGO MÉDICO ACTUAL

1. Ninguno
2. Otros
3. Varios
4. Postquirúrgico
5. Glaucoma

6. Cardiovascular
7. Hepático
8. Renal
9. Metabólico
10. Terminal

11. Neurológico
12. Alérgico
13. Trasplante
14. HIV
15. Embarazo

MOTIVO DE CONSULTA:

1. Afectivo
2. Ansioso
3. Delirantealucinatoria
4. Confusionalagitado
5. Tóxico
6. Funcionalidad
7. Rolrelación
8. Antecedentes psiq.

9. Síntomas especiales
10. Suicidio por quemaduras
11. S. Ingesta fármacos
12. S. Ingesta tóxicos
13. S. Precipitación
14. S. Ahorcamiento
15. S. Armas
16. S. Gas
17. S. Varios

18. P.E. Impotencia.Urología
19. P.E. Implante Coclear
20. P.E. Terminales
21. P.E. T. cardíaco
22. P.E. T. Hepático
23. P.E. T. U.L.M.
24. P.E. Trasp. pulmonar
25. P.E. Obesidad patológica
26. P.E. Rreproducc. Humana

Origen del motivo de consulta:

0. No procede
1. Posterior
2. Previo

Desencadenante del motivo (Posterior de interconsulta)

0. NO
1. Complicado
2. Paralelo

Tiempo de hospitalización (Previo a la interconsulta):

0. No Hospitalizado
1. < 1 SEM
2. < 2 SEM

3. < 3 SEM
4. < 1 MES
5. < 2 MESES

6. < 3 MESES
7. > 3 MESES

ANTECEDENTES PERSONALES

PSIQUIÁTRICOS:

1. No
2. Varios
3. Neuróticos
4. Afectivos

5. Psicóticos
6. Alcohólicos
7. Tóxicos
8. Otros

DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO:

1. Sin especificar
2. Otros
3. Psico-orgánico
4. Drogodependencia

5. Esquizoparanoide
6. Afectivopsicótico
7. Otras depresiones
8. Ansiedad

9. Disociativo/conversivo
10. Conductual
11. Personalidad

ACTUACION TERAPEUTICA FUNDAMENTAL:

1. Farmacológico
2. Apoyo psicológico

3. Mixto
4. Evaluación. Orientación

5. Otros

Tratamiento farmacológico:

0. NO
1. Ansiolíticos
2. Neurolépticos
3. Antidepresivos
4. Hipnóticos
5. Otros

6. Asociaciones 1 y 2.
7. Asociaciones 1 y 3
8. Asociaciones 2 y 3
9. Asociaciones 1,2,3 y 4
6. Asociaciones 1,2 y 3

11. Asociaciones 2 y 4
12. Asociaciones 3 y 4
13. Asociaciones 1 y 4
14. Asociaciones 1,3 y 4
15. Otras asociaciones

VALORACIÓN:

1. Psicopatología
2. Gravedad somática

3. Dinámica relacional asistencial
4. Sociofamiliar

INTERÉS DOCENTE:

1. Si
2. No

Comentarios:

