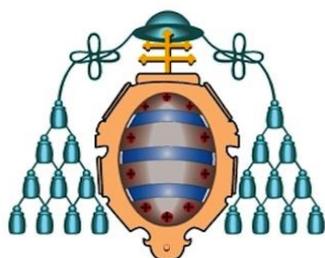


UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster de Psicología General Sanitaria

Curso Académico 2015-2016

**PERFIL Y EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON CONDUCTA
SUICIDA EN LA URGENCIA HOSPITALARIA**

(Planteamiento de una investigación empírica)

Aitana Rivera García

Oviedo, mayo 2016

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
1. Introducción	4
2. Método	7
2.1. Participantes	7
2.2. Instrumentos empleados en la investigación.....	8
2.3. Variables estudiadas.....	9
2.4. Procedimiento	11
2.5. Análisis de los datos.....	13
3. Resultados	13
3.1 Análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes estudiados.....	13
3.2. Análisis descriptivo del grado de calidad de los informes clínicos consultados.....	16
4. Discusión.....	18
5. Referencias bibliográficas	26
ANEXO I. Instrumento “ad hoc” para el registro de los factores de riesgo durante las evaluaciones psiquiátricas	29
ANEXO II. Instrumento “ad hoc” para la evaluación de los informes clínicos.....	30
ANEXO III. Proyecto presentado en Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) para la realización de la investigación	31

RESUMEN

Introducción: El intento de suicidio es uno de los motivos más frecuentes de ingreso hospitalario y el principal factor de riesgo en la predicción de suicidios consumados. La prevención de la conducta suicida requiere de investigaciones sobre los factores de riesgo y protección asociados y sobre la cumplimentación adecuada de los informes clínicos.

Método: Se analizó la presencia de factores de riesgo en una muestra de pacientes ingresados en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) por tentativa suicida y se comparó con el perfil mostrado en la literatura. Se revisaron los criterios empleados para el registro de la información en los informes clínicos y se compararon con los indicadores de calidad propuestos en un estudio previo.

Resultados: El perfil hallado de paciente con tentativa suicida coincide, por lo general, con el expuesto en las investigaciones previas. La cumplimentación de los informes clínicos no alcanza los criterios de calidad establecidos en el estudio tomado como referencia.

Conclusiones: La evaluación rigurosa del riesgo de suicidio es clave en la prevención de nuevas tentativas y debe ser recogida en protocolos hospitalarios para la gestión de la conducta suicida. Se requiere un mayor número de investigaciones en este sentido.

Palabras clave: Tentativa suicida. Factores de riesgo. Evaluación. Informes clínicos. Urgencia hospitalaria.

ABSTRACT

Introduction: Suicide attempt is one of the most frequent causes of hospital admission, and the main risk factor in the prediction of actual suicides. The prevention of suicide behavior requires research on the risk and protection factors and on the right cumplimentation of clinical reports.

Method: The presence of risk factors in a group of attempted suicide-patients at the Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) was analysed and it was compared to the general profile in the literature. The criteria employed for the information record in the clinical reports was reviewed and compared to the quality standards that had been proposed previously in another research.

Results: The profile of the deliberated self-harm-patient that emerges coincides with the one exposed in previous research. The cumplimentation of clinical reports does not meet the quality standards that had previously been proposed in the research taken as framework.

Conclusions: The accurate evaluation of the suicide risk is a key for the prevention of new trials and it has to be recorded in the hospital protocols for the right management of the suicide behavior. More research in that direction is required.

Key words: Deliberate self-harm. Risk factors. Assessment. Clinical records. Emergency service.

1. Introducción

Más de un millón de personas se suicidan cada año en el mundo (siendo la tasa de mortalidad de 14,5/100.000 habitantes) (Ferrer, González & Iglesias, 2013). La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que, siguiendo una trayectoria ascendente, la cifra de muertes por suicidio alcance los 1,53 millones de fallecimientos anuales en 2020 (Ferrer et al., 2013). Nos encontramos ante el mayor problema de salud pública de Europa y uno de los más importantes a nivel mundial (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Ministerio de Sanidad, 2009-2013; Ministerio de Sanidad, 2013-2015; Sáiz et al., 2014).

Desde el año 2008, el suicidio se sitúa en España como primera causa de muerte externa tras haber superado el número de fallecimientos provocados por accidentes de tráfico (Sáiz et al., 2014). Según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), un total de 3910 personas (2938 hombres y 972 mujeres) fallecieron en nuestro país por suicidio en 2014. Esto supone una tasa de mortalidad de 8,4/100.000 habitantes, siendo superior en el hombre (12,9) que en la mujer (4,1). En lo que respecta a Asturias, nuestra comunidad presenta la tasa de suicidio más alta de todo el país (12,36/100.000 habitantes), seguida de cerca por Galicia (12/100.000) (INE, 2014).

Las cifras de tentativas suicidas son aún más impactantes ya que se estima que su frecuencia es al menos 10 veces superior a la de los suicidios consumados (y según los estudios, hasta 40 y 50 veces) (Bobes García, Giner Ubago & Saiz Ruiz, 2011; Ferrer et al., 2013; Fleischmann et al., 2008; Lee et al., 2012; Ministerio de Sanidad, 2009-2013; Sáiz et al., 2014). Esto supone que por cada suicidio consumado, se realizarían entre 20 y 30 intentos de suicidio (Tejedor, Díaz, Faus, Pérez & Solà, 2011). Los intentos previos de suicidio han sido establecidos como el factor de riesgo más importante en la predicción de suicidios consumados (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Hawton et al., 2015; Larkin, Di Blasi & Arensman, 2014; Miret et al., 2010; Sáiz et al., 2014; Spittal, Pirkis, Miller, Carter & Studdert, 2014). Es más, diversos estudios han encontrado que la probabilidad de reintento aumenta entre 20 y 30 veces (en algunas investigaciones, hasta 100 veces) dentro del primer año (Department of Health Victorian, 2010; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Hawton et al., 2015; Johannessen, Dieserud, De Leo, Claussen & Zahl, 2011; Lee

et al., 2011; Spittal et al., 2014) y que las primeras semanas tras el ingreso hospitalario resultan de especial vulnerabilidad (Larkin et al., 2014).

A la vista de los anteriores datos y pese a su inclusión como objetivo prioritario en la, actualmente en revisión, Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Anseán, 2014; Ministerio de Sanidad, 2009-2013); aún no se dispone de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio en nuestro país (Anseán, 2014; Ayuso-Mateos et al., 2012).

La investigación de esta problemática resulta aún más relevante si tenemos en cuenta que ninguno de los datos anteriormente expuestos sobre tentativas suicidas ha sido extraído de estadísticas oficiales y se cree no estarían representando la verdadera magnitud del problema (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2012; Sáiz et al., 2014).

La principal fuente de obtención de información epidemiológica es la urgencia hospitalaria, recurso sanitario clave en el acceso y atención de pacientes con tentativa suicida (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2012). Sin embargo, la inexistencia de protocolos unificados para la gestión de los casos y, más concretamente, la falta de consenso en el establecimiento de criterios para el registro y codificación de la información en las historias clínicas (Ministerio de Sanidad, 2009-2013), podría estar favoreciendo la conocida subnotificación de casos en la mayoría de los países (Ministerio de Sanidad, 2009-2013; Sáiz et al., 2014; Department of Health Victorian, 2010). En España, son especialmente llamativas las discrepancias entre los datos de suicidio aportados por el Instituto Nacional de Estadística y los Institutos de Medicina Legal (Giner& Guija, 2014; Sáiz et al., 2014). Algunos estudios llegan a hablar de un infrarregistro de en torno a 450 suicidios anuales (Giner& Guija, 2014).

La implementación efectiva de un plan integral de prevención del suicidio en nuestro país, requiere de una rigurosa ampliación del conocimiento de la epidemiología (Ministerio de Sanidad, 2013-2015). En este sentido, los ingresos hospitalarios constituyen una oportunidad clave para la prevención de la conducta suicida (Carroll, Metcalfe & Gunnell, 2014).

La mayor parte de las investigaciones actuales en materia de prevención (tanto primaria como secundaria) están orientadas a la identificación de factores de riesgo y de

protección asociados a la conducta suicida. Tomando como estrategia clave de actuación la detección precoz de grupos de riesgo (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012), se han elaborado perfiles diferenciales de suicidio y de intento de suicidio (Anseán, 2014).

La falta de consenso y la ineficacia de los mismos en términos de reducción de las alarmantes tasas presentadas, evidencian la imperiosa necesidad de persistir en la realización de estudios descriptivos y comparativos de perfiles. Así, tanto la identificación precoz de individuos con alto riesgo pero sin antecedentes como la evitación de recidivas en pacientes con intentos previos, requiere a priori de la filiación rigurosa de los factores asociados y de la realización de evaluaciones exhaustivas de los mismos (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Ministerio de Sanidad, 2013-2015; Sáiz et al., 2014).

De igual modo, son prioritarias las investigaciones relativas a la cumplimentación adecuada de los historiales clínicos. Las discrepancias entre comunidades autónomas en lo que respecta a las tasas de tentativas suicidas, inducen a pensar en la existencia de diferentes criterios a la hora de su registro y codificación (Ministerio de Sanidad, 2009-2013). Siendo estos el principal instrumento de transmisión e intercambio de información entre profesionales (Miret et al., 2010), su estudio podría contribuir a la obtención de datos más rigurosos sobre las tentativas suicidas y en último término, a la creación de estadísticas fiables (Sáiz et al., 2014).

Por otra parte, existe un influjo bidireccional entre la calidad de las evaluaciones de los pacientes con conducta suicida y el tipo de criterios empleados en el registro y codificación de la información (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Miret et al., 2010).

Ante la inexistencia de formatos estandarizados para la recogida de los datos (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012) y basándose en las evidencias científicas, se realizó un estudio en el que se identificaron siete indicadores para analizar la calidad de los historiales (Miret et al., 2010). Su inclusión en la actual Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida evidencia su contribución a la mejora de las evaluaciones del riesgo suicida (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

De acuerdo con lo dicho hasta aquí, parece clara la necesidad de un estudio más detallado de las características de los pacientes con intentos de suicidio y una valoración de la información que se recoge en las historias clínicas. En este sentido, este proyecto de investigación tiene los siguientes objetivos:

- Descripción del perfil de sujeto con tentativa suicida en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y posterior comparación con el perfil hallado en la bibliografía empleada en tanto que presencia de factores de riesgo y protección asociados a la conducta suicida.
- Análisis de la adecuación de los informes clínicos a los criterios de calidad propuestos en el estudio observacional de Miret y cols. (2010) (Miret et al., 2010) y recogidos en la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). Comparación de los resultados con los presentados en el artículo mencionado.

2. Método

2.1. Participantes

Se trata de un estudio descriptivo con carácter observacional y exploratorio sobre la gestión de la conducta suicida en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) entre los meses de abril y junio de 2015. El período de recogida de información fue de aproximadamente 6 semanas.

El HUCA forma parte del área sanitaria IV (Oviedo) de Asturias y como hospital de referencia provincial del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) da cobertura sanitaria a una población de más de 1.080.000 habitantes (Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2010). La tasa de tentativas suicidas del centro hospitalario es de 99,1/100.000 habitantes (hombres: 69,1; mujeres: 129,1) y las recidivas se dan en el 55% de los casos (Sáiz et al., 2014).

La elección de este centro para la obtención de la muestra vino supeditada por la realización de la primera rotación de prácticas del Máster en Psicología General Sanitaria (Universidad de Oviedo, Asturias).

Los criterios de inclusión empleados para la selección de los participantes se enumeran a continuación: i) pacientes atendidos en el servicio de urgencias del HUCA tras autolesión no fatal (tentativa suicida) durante el período de tiempo mencionado; ii) valorados posteriormente por el servicio de psiquiatría o psiquiatría de enlace en presencia del investigador.

Todos los participantes fueron clasificados en urgencias durante el proceso de triaje como "intoxicación medicamentosa" o "intento autolítico" independientemente del grado de intencionalidad suicida.

Los criterios empleados para la clasificación de los casos como “tentativa suicida” (“deliberated self-harm”), fueron los mismos que los propuestos en el estudio multicéntrico OMS/EURO para dicho término: “acto cuyo resultado no es la muerte, en el cual un individuo de modo deliberado y sin intervención de otros se causa daño o ingiere una sustancia a más dosis de la reconocida como terapéutica, cuyo objetivo es realizar cambios por medio de las consecuencias físicas esperadas o derivadas de dicho acto. Incluye: actos interrumpidos por otros antes de que el daño ocurra. Excluye: actos realizados por personas que no alcanzan a comprender el significado o consecuencias de su acto” (Larkin et al., 2014; Sáiz et al., 2014).

Tomando como referencia la anterior excepción, se plantearon los siguientes criterios de exclusión: i) ser menor de 18 años; ii) presentar un diagnóstico de psicosis o de deterioro cognitivo avanzado o demencia; iii) no cumplir con todos los criterios de inclusión.

Para el presente estudio, se tuvo acceso a un total de 17 pacientes. Sin embargo, la muestra quedó conformada finalmente por 15 participantes al no cumplir los dos restantes con todos los criterios de inclusión ($N=15$).

Debido a restricciones en el acceso a la información, no fue posible conocer los datos del total de personas atendidas en el centro hospitalario por intento autolítico durante el período de estudio.

2.2. Instrumentos empleados en la investigación

Descripción del perfil del paciente con tentativa suicida

Para la recogida de información, se creó un instrumento “ad hoc” con la finalidad de poder registrar de forma rápida y eficaz, durante las entrevistas con los pacientes, la presencia o ausencia de factores de riesgo y protección asociados a la conducta suicida (ver anexo 1).

No se tuvieron en cuenta los factores clínicos estrictamente psicológicos y emocionales (véase la desesperanza, el autocontrol o la rigidez cognitiva, entre otros) (Anseán, 2014; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012) debido a la escasez de investigaciones sobre los mismos que posibilitasen la comparación de resultados (Larkin et al., 2014).

Para la clasificación de las variables (factores de riesgo y protección) objeto de estudio se tuvieron en cuenta los criterios establecidos en la Guía de Práctica Clínica del Gobierno de Victoria (Australia) (Department of Health Victorian, 2010) y en el Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida (Anseán, 2014).

El instrumento quedó finalmente conformado por tres apartados: información identificativa del caso (fecha de ingreso y número de caso), evaluación de variables sociodemográficas y evaluación de variables clínicas.

El empleo de dicho instrumento heteroaplicado, permitió la posterior descripción del perfil encontrado de paciente con tentativa suicida y su comparación con el formulado en la bibliografía consultada.

Análisis de los informes clínicos en base a los indicadores de calidad

Se elaboró un breve registro “ad hoc” en el que fueron incluidos los 7 indicadores de calidad propuestos por Miret y cols. (2010) para los informes clínicos (ver anexo 2). Se valoró su presencia o ausencia en cada uno de los quince informes clínicos consultados y de esta manera se pudo realizar una comparación posterior con los resultados obtenidos en la investigación de referencia.

2.3. Variables estudiadas

Descripción del perfil del paciente con tentativa suicida

Mediante la utilización del instrumento “ad hoc” fueron evaluadas un total de ocho variables sociodemográficas (dos personales, cuatro sociofamiliares y dos situacionales) y seis variables clínicas:



Figura 1: Clasificación de las variables evaluadas (factores de riesgo y de protección) para la obtención del perfil. Fuente: elaboración propia a partir de Department of Health Victorian, 2010 y Anseán, 2014.

Para la evaluación de las anteriores variables, se tuvo en cuenta la información proporcionada por los participantes durante las entrevistas (valoraciones psicosociales) y la registrada por los profesionales sanitarios en las historias clínicas informatizadas. En este último caso, se revisó no solamente el informe del episodio actual estudiado sino todos aquellos que constasen en el historial y que pudiesen proporcionar información sobre las variables objeto de estudio.

Análisis de los informes clínicos en base a los indicadores de calidad

Con el objetivo de valorar el grado de cumplimentación adecuada de los informes psicosociales consultados, se evaluó la presencia en los mismos de los 7 indicadores considerados de calidad en el estudio de Miret y cols. (2010) (Miret et al., 2010):

INDICADORES DE CALIDAD

- Antecedentes de atención psiquiátrica
- Intentos de suicidio previos
- Apoyo social o familiar
- Ideación suicida
- Planificación suicida
- Reacción frente al intento
- Grado de daño médico como resultado del intento

Figura 2: Variables evaluadas en el análisis de los informes clínicos. Fuente: elaboración propia a partir de Miret et al., 2010.

Para la recogida de la información, se hizo uso del registro mencionado anteriormente y creado para tal propósito (ver anexo 2).

En este caso, sólo se tuvo en cuenta el último informe psicosocial emitido (redactado por los profesionales del servicio de psiquiatría) correspondiente a las valoraciones realizadas, en presencia del investigador, de cada uno de los participantes.

2.4. Procedimiento

Aspectos éticos y confidencialidad

Para la realización de la presente investigación fue necesario elaborar un proyecto previo titulado “Aplicación de protocolos de evaluación y abordaje de la conducta suicida” (ver anexo 3) en el que a modo de artículo científico resumido, se especificaron los objetivos de la investigación y su justificación en tanto que marco teórico de la problemática para la gestión de la conducta suicida, datos epidemiológicos, progresos en su prevención, fundamentación de la importancia del estudio en el contexto hospitalario y factores de riesgo y protección a estudiar. También fueron descritos aspectos relativos a la muestra y procedimiento del estudio.

En esta aproximación al presente estudio, se solicitaba el consentimiento escrito para acompañar a los clínicos durante las valoraciones psiquiátricas. Asimismo, se solicitaba permiso para tener acceso a los historiales clínicos informatizados de los pacientes.

El proyecto fue presentado y aceptado en el Área de Gestión Clínica del Área Sanitaria IV (Oviedo, Asturias) y posteriormente remitido al Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Finalmente se hizo entrega de copia del proyecto a cada uno de los profesionales implicados en las valoraciones (servicio de psiquiatría y de psiquiatría de enlace).

Toda la información obtenida fue manejada de manera exclusiva por el investigador y los participantes fueron identificados con un código numérico para evitar usar nombres en los análisis de datos.

Obtención de la información

Durante las primeras dos semanas de investigación, los casos fueron identificados a través de la consulta diaria del programa informático de gestión sanitaria “Millenium” empleado por todos los profesionales del centro hospitalario. Seguidamente, tras contacto con el servicio de psiquiatría, se acompañaba al clínico encargado de la valoración.

A partir de la tercera semana de recogida de información, se incluyó una nueva fuente para la detección de casos: asistencia diaria a las reuniones del servicio de psiquiatría y contacto telefónico con el psiquiatra de guardia. Esto posibilitó el acceso a un mayor número de pacientes.

1. Consulta del programa “Millenium”
2. Presencia en reunión diaria del servicio de psiquiatría (UHP)
3. Contacto telefónico con psiquiatra de guardia
4. Acompañamiento del clínico durante valoración psicosocial
5. Consulta de historiales clínicos informatizados

Figura 3: Fases en la recogida de información sobre factores de riesgo y protección. Fuente: elaboración propia.

La información relativa a los factores de riesgo y protección presentes en los pacientes con tentativa suicida fue registrada en el instrumento creado para tal propósito (ver anexo 1). Este tipo de información fue obtenida de dos fuentes diferentes y en dos momentos distintos: i) durante las valoraciones psicosociales (fuente directa) y ii) paralela y posteriormente, mediante consulta de los historiales clínicos informatizados de los participantes (fuente indirecta).

Tres fueron los contextos en los que se llevaron a cabo las valoraciones psiquiátricas y por tanto la obtención de información directa: unidad de observación (UO), unidad de cuidados intensivos (UCI) y unidad de hospitalización psiquiátrica (UHP). La variación de los mismos se debió a las diferencias inter-sujeto en tanto que gravedad de las lesiones, período de hospitalización y riesgo de suicidio identificado por el clínico.

La información necesaria para valorar la presencia o ausencia de los diferentes indicadores de calidad en los informes clínicos fue obtenida tras el alta psiquiátrica de cada uno de los participantes. En este caso, no fue necesaria la interacción con otros profesionales sanitarios, ya que únicamente se tomó como fuente de información la consulta de los informes emitidos (fase 5 de la figura 2). Los datos se recogieron mediante el empleo del registro creado para tal fin (ver anexo 2).

2.5. Análisis de los datos

Dado que el estudio es descriptivo, se utilizaron fundamentalmente estadísticos descriptivos para el análisis de las variables objeto de este estudio.

El objetivo fundamental de los análisis fue el de permitir la comparación de los resultados obtenidos con los descritos en la bibliografía empleada en tanto que perfil del sujeto con tentativa suicida y grado de calidad de los informes clínicos emitidos tras los intentos.

3. Resultados

3.1 Análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes estudiados

El 86,66% de las personas ingresadas tras un intento autolítico fueron mujeres y sólo 2 de los 15 sujetos fueron, por tanto, varones. Sus edades estaban comprendidas entre los 22 y los 63 años con una media de 41,6 años ($\pm 11,59$).

En lo que respecta a la situación laboral, más de la mitad de los participantes, el 53,33%, se encontraban en situación de desempleo, el 33,33% en activo y el 13,33% jubilados. Además, la mayor parte de los participantes se encontraban solteros (40%), el 33% casados, 20% divorciados y 7% se encontraban en situación de viudedad.

Sólo se obtuvieron datos de una de las cuatro variables sociofamiliares estudiadas: apoyo sociofamiliar, según el cual el 40% de los participantes (6 de los 15) vivían solos y más del 50% (8 de los 15) tenían al menos un hijo. En ningún caso se obtuvo información sobre redes de apoyo consistentes. La historia familiar de suicidio, la existencia o no de creencias religiosas y la historia de maltrato físico o abuso sexual no formaron parte en ningún caso de la información evaluada por los clínicos (no constando tampoco en historias clínicas).

14 de los 15 sujetos (93,33%) contaban con diagnóstico psicopatológico previo a la hospitalización: el 43% había recibido el diagnóstico de Trastorno mixto ansioso-depresivo, el 20% el de crisis de ansiedad y otro 20% el de trastorno de personalidad (sin especificar). Finalmente había dos personas (13,33%) con diagnóstico de síndrome depresivo. Además, 8 de los 14 (57,14%) sujetos contaban con más de un diagnóstico psiquiátrico previo (presencia de comorbilidad).

Todos los sujetos con antecedentes en salud mental estaban en el momento del ingreso a tratamiento con psicofármacos. El tipo de tratamiento fue en la mitad de los casos exclusivamente farmacológico con seguimiento por parte del médico de atención primaria (MAP). El 43% estaba a seguimiento con su médico psiquiatra y sólo 1 de los 14 sujetos, recibía tratamiento complementario de psiquiatría y psicoterapia (con diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo y dirigida por un psicólogo clínico).

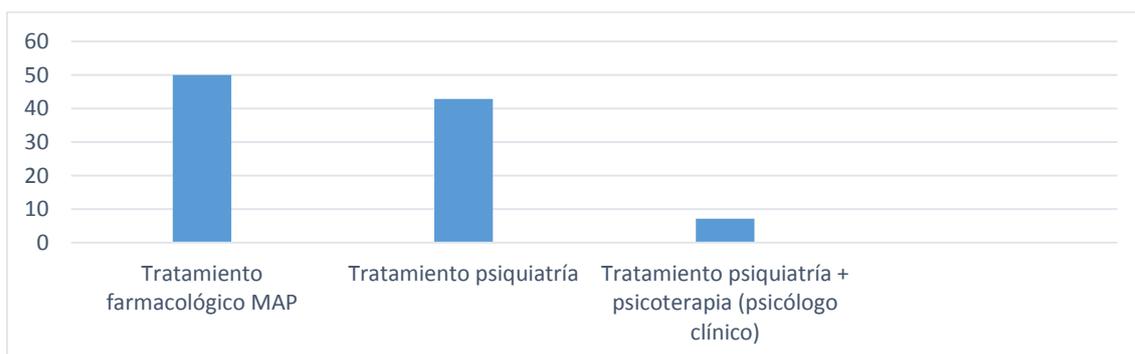


Figura 4: Tipo de tratamiento recibido por los participantes con diagnóstico psicopatológico (expresado en porcentaje). Fuente: elaboración propia.

Con respecto a los comportamientos de riesgo para la salud explorados, en 7 de los 15 sujetos (46,66%) había consumo de sustancias. Entre ellas, el alcohol (presente en el 86% de los sujetos con adicciones) y el tabaco (57,14% de los participantes adictos) fueron las más frecuentes.

El 40% de los participantes presentaba alguna enfermedad médica relevante y 8 de los 15 sujetos habían realizado intentos de suicidio previos (esto representa casi un 54% de los casos). De los 8 pacientes con tentativas previas, en 4 de ellos el último intento había sido realizado el año anterior y en 2 de los 8 en las dos últimas semanas. La media de tentativas realizadas entre los reincidentes fue de 3,4 ($\pm 1,84$). Sin embargo, los antecedentes de tentativas no fueron evaluados en 5 de los participantes, por lo que sólo fue posible descartar la reincidencia en dos de los sujetos de la muestra.

El método empleado por 13 de los 15 participantes (86,66%) fue la “intoxicación medicamentosa” haciendo uso de su tratamiento psicofarmacológico actual. Los dos sujetos restantes emplearon como método los cortes (uno en muñecas y otro de manera transversal en los antebrazos). Este último método (considerado más violento y/o letal) fue empleado por uno de los dos varones presentes en la muestra de estudio.

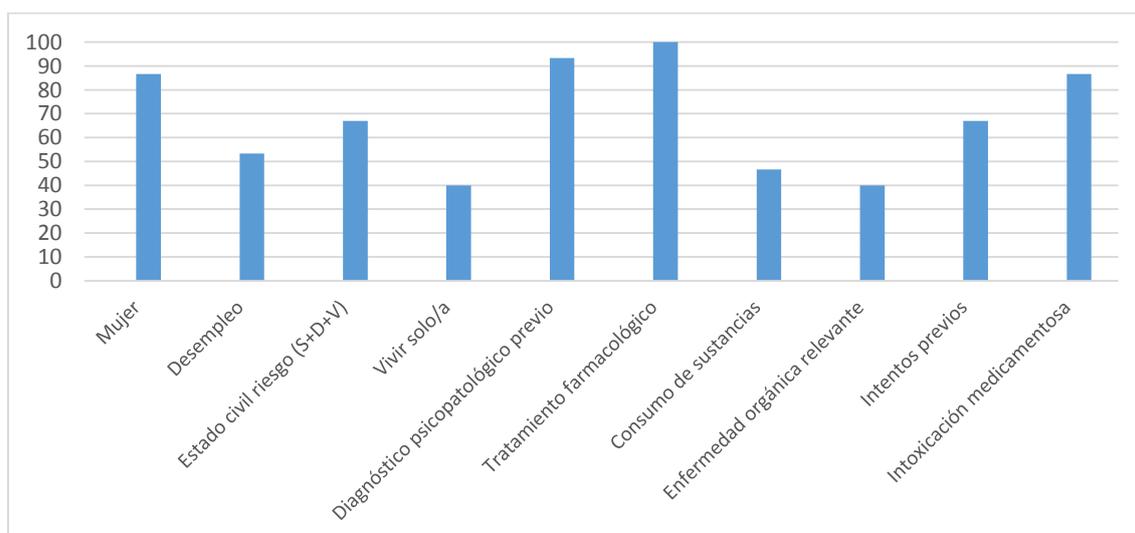


Figura 5: Perfil encontrado del paciente con tentativa suicida. Presencia de factores de riesgo en la muestra empleada ($N=15$) (expresado en porcentaje). Fuente: elaboración propia.

Según los anteriores resultados, el perfil sociodemográfico encontrado de paciente con tentativa suicida se corresponde con el de una mujer joven (aproximadamente 40 años), en situación de desempleo, con apoyo sociofamiliar reducido y un estado civil considerado de riesgo (véase, soltera, divorciada o viuda) (Bobes García et al., 2011; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Ministerio de Sanidad, 2009-2013; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2012). Clínicamente, presentaría al menos un diagnóstico psicopatológico previo (frecuente presencia de comorbilidad) y se encontraría actualmente a tratamiento psicofarmacológico por dicho motivo. Consumidora de sustancias y con diagnóstico de enfermedad orgánica relevante, habría realizado al menos un intento previo y el método empleado en este episodio sería la intoxicación medicamentosa.

3.2. Análisis descriptivo del grado de calidad de los informes clínicos consultados

Sólo 4 de los 15 historiales empleados para el estudio (26,66%), contaron con todos los indicadores de calidad reconocidos en la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). Es decir, sólo 4 de los historiales analizados disponían de los mínimos necesarios para evaluar el riesgo de suicidio en los pacientes.

Por el contrario, 5 de los 15 historiales consultados (33,33%) contaban con 4 o menos de los indicadores estudiados (criterio para la consideración de “incompletos” en el estudio de Miret et al., 2010).

La media de la calidad de los informes clínicos, obtenida a partir de la contabilización del número de indicadores de calidad registrados, fue de 5,3 puntos sobre 7 (siendo 7 la máxima puntuación que se podía obtener pero al mismo tiempo indicativa de los mínimos necesarios para garantizar la realización de evaluaciones del riesgo rigurosas).

A partir de la revisión del grado de cumplimiento de cada uno de los indicadores de calidad evaluados, se observó que: en el 26,66% de los informes no constaba ningún dato relativo a la planificación de los intentos ni a la disponibilidad de apoyo sociofamiliar y en el 33,33% (esto es, 5 de los 15 informes revisados) no se hacía

alusión a la existencia o no de intentos previos de suicidio y tampoco a la reacción frente al intento. Por otra parte, en un 53,33% de los historiales no se había registrado ningún tipo de información sobre el grado de daño médico como resultado del intento.

Los antecedentes de atención psiquiátrica y la ideación suicida fueron los dos únicos indicadores de calidad que estuvieron presentes en todos los informes consultados.

Los intentos previos, la reacción frente al intento y el grado de daño médico fueron los indicadores de calidad menos registrados en los informes clínicos

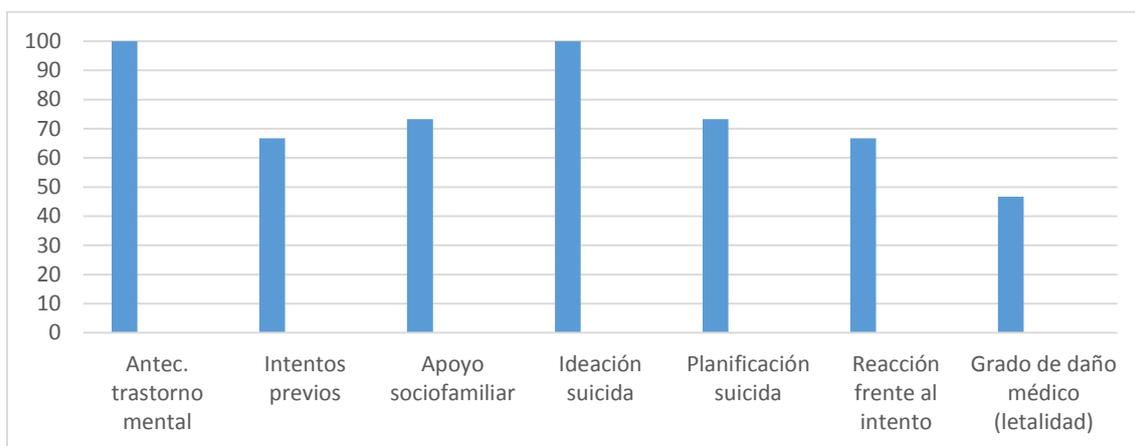


Figura 6: Proporción de cumplimiento en cada uno de los 7 indicadores de calidad (expresado en porcentaje). Fuente: elaboración propia a partir de Miret et al., 2010.

Los resultados presentados anteriormente guardan una estrecha similitud con los obtenidos en el estudio de referencia (Miret et al., 2010). La comparación con estos últimos, se muestra a continuación:

Criterios susceptibles de comparación	Rivera, 2016	Miret et al., 2010
Informes “completos”	26,66%	22,5%
Informes “incompletos”	33,33%	23,6%
Indicadores de calidad menos registrados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grado de daño médico ▪ Intentos previos de suicidio ▪ Reacción frente al intento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grado de daño médico ▪ Intentos previos de suicidio
Indicadores de calidad más registrados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes de atención psiquiátrica ▪ Ideación suicida 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes de atención psiquiátrica ▪ Ideación suicida

Figura 7: Tabla comparativa de resultados obtenidos en el presente estudio y en el de Miret y cols. (2010), tomado como referencia. Fuente: elaboración propia a partir de Miret et al. 2010.

4. Discusión

En el prelude de esta investigación, se señalaron los objetivos a cumplir, como se recordará: i) descripción del perfil de paciente con tentativa suicida en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y comparación con el descrito en anteriores investigaciones consultadas; ii) análisis de los historiales clínicos en lo referente al cumplimiento de los indicadores de calidad propuestos en el estudio de Miret y cols. (2010) (Miret et al., 2010) y reseñados en la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

En lo que respecta al primero de los objetivos, los resultados obtenidos coinciden con los encontrados en estudios internacionales y nacionales previos y posteriormente recogidos en las guías de práctica clínica consultadas (Department of Health Victorian, 2010; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2012).

De este modo, el perfil de paciente con tentativa suicida es el de una mujer (Anseán, 2014; Carroll et al., 2014; Department of Health Victorian, 2010; Fleischmann et al., 2008; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Lee et al., 2011) joven (de entre 25-54 años) (Anseán, 2014; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Lee et al., 2011), desempleada (Anseán, 2014; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Johannessen et al., 2011; Lee et al., 2011) y con un estado civil considerado de riesgo (soltera, viuda o divorciada) (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Johannessen et al., 2011; Lee et al., 2011; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2012). Con escaso apoyo sociofamiliar (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Larkin et al., 2014; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2012), presenta diagnóstico psicopatológico previo (con frecuente comorbilidad y rasgos ansioso-

depresivos) (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Ferrer et al., 2013; Lee et al., 2011; Nock, Hwang, Sampson & Kessler, 2010; Sáiz et al., 2014) y se encuentra a tratamiento psicofarmacológico por dicho motivo (Ayuso-Mateos et al., 2012). Con al menos un intento de suicidio anterior (Anseán, 2014; Hawton et al., 2015; Lee et al., 2011; Sáiz et al., 2014; Tejedor et al., 2011), emplea la intoxicación medicamentosa como método para el intento (Anseán, 2014; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Hawton et al., 2015; Lee et al., 2011; Sáiz et al., 2014) y es consumidora de sustancias (principalmente, alcohol) (Larkin et al., 2014; Lee et al., 2011; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012) . Además, presenta diagnóstico de enfermedad médica relevante (con dolor crónico o asociada a discapacidad) (Anseán, 2014; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Aunque el perfil encontrado en el presente estudio se corresponde con el descrito en otras investigaciones previas, existen algunos pormenores que deben ser tomados en consideración.

De especial relevancia resulta el dato correspondiente al porcentaje de pacientes con antecedentes de intentos de suicidio. La cifra hallada en el presente estudio, un 54%, guarda una estrecha similitud con la obtenida en el mismo centro hospitalario por Sáiz y cols. (2014) (Sáiz et al., 2014). En este último, se encontró que un 55,4% de los sujetos estudiados habían realizado tentativas previas (estudio retrospectivo de 5 años de duración).

A pesar del alto porcentaje de pacientes reincidentes, se cree que éste podría ser aún más elevado ya que esta variable no fue evaluada por los clínicos en 5 de los 15 participantes. Por otra parte, la media de intentos previos realizados entre los reincidentes evaluados fue de 3,4 ($\pm 1,84$) y en un 25% de los casos (esto es, en 2 de los 8 pacientes con antecedentes) el episodio anterior tuvo lugar en el transcurso de las dos últimas semanas.

Siendo los intentos previos de suicidio la variable más importante en la predicción de suicidios consumados (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Hawton et al., 2015; Larkin et al., 2014; Miret et al., 2010; Sáiz et al., 2014; Spittal et al., 2014) y teniendo en cuenta que los

reintentos de suicidio constituyen una medida aproximada de la prevención del suicidio (Lee et al. 2012), podemos concluir que las dificultades para la gestión de este tipo de problemática resultan innegables.

La presencia de diagnóstico psicopatológico previo es el segundo factor de riesgo más ampliamente reconocido por los investigadores en relación al intento de suicidio y al suicidio consumado (Anseán, 2014; Ayuso-Mateos et al., 2012; Nock et al., 2010). Las autopsias psicológicas revelan que en torno al 90% de las personas que mueren por suicidio podrían haber recibido un diagnóstico de trastorno mental (Ferrer et al., 2013; Nock et al., 2010; Sáiz et al., 2014). En nuestro estudio, el 93% de los participantes (esto es, 14 de los 15) contaba con al menos un diagnóstico psicopatológico y en el 57% de los mismos había presencia de comorbilidad.

Este dato es especialmente significativo ya que la mayor parte de las postvenciones realizadas en pacientes con tentativas viene explicada por el diagnóstico de patología mental (detectada con anterioridad o durante el transcurso de la valoración psiquiátrica). De este modo, son derivados a otros recursos de la red asistencial, principalmente Centros de Salud (CS) y de Salud Mental (CSM) donde sin embargo, no se potencia ni mucho menos se garantiza la asistencia a las consultas (Oficina Regional de Salud Mental, 2012). Por ello, no es de extrañar los continuos reingresos por nuevos intentos (evidenciados en los resultados obtenidos en el presente estudio) o lo que es peor, la consumación de los mismos.

A pesar de la fuerte relación existente entre psicopatología y tentativa suicida (93% de pacientes con diagnóstico psicopatológico en el presente estudio), es primordial tener en cuenta que la conducta suicida no es exclusiva de individuos con psicopatología (Anseán, 2014; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). Por ello, resulta prioritario garantizar el seguimiento de los casos con independencia de la presencia de diagnóstico (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Los resultados del presente estudio evidencian el predominio de tratamiento farmacológico en los pacientes con antecedentes de atención psiquiátrica. Este abordaje terapéutico suscita especial controversia ya que desdeña la evidencia científica por la cual la intoxicación medicamentosa (habitualmente por sobredosis de la medicación pautada) es el método más frecuentemente empleado en las tentativas (Department of

Health Victorian, 2010; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Jimenez-Treviño et al., 2012; Lee et al., 2011; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2012; Sáiz et al., 2014).

De hecho, la limitación en el acceso a métodos potencialmente letales es una de las principales recomendaciones para la prevención de la conducta suicida (Department of Health Victorian, 2010; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; National Institute for Health & Clinical Excellence, 2012). La falta de compromiso con esta pauta no puede justificarse en base a la presencia de patología mental en los pacientes ya que sería fácilmente superada mediante la implantación de medidas comunitarias como, por ejemplo, la implicación del entorno sociofamiliar para la toma de la medicación o el acceso a recursos ambulatorios para su administración.

La forma de administración actual del tratamiento farmacológico no parece ser la solución más efectiva para la prevención de la conducta suicida. Por otra parte, la elección de psicoterapia como forma de tratamiento es prácticamente inexistente. El motivo de esta carencia parece situarse en la falta de consideración de las variables estrictamente psicológicas o emocionales asociadas a la conducta suicida (Larkin et al., 2014). Prueba de ello es la escasez de investigaciones dedicadas al estudio de estas (Larkin et al., 2014), el reducido número de pacientes que recibe tratamiento psicológico (en la presente investigación, sólo 1 de los 14 pacientes con diagnóstico psicopatológico) y su omisión como variables objeto de estudio durante las evaluaciones del riesgo de suicidio en los pacientes con tentativas.

Tres de las cuatro variables sociofamiliares objeto de interés en la presente investigación (antecedentes familiares de suicidio, historia de maltrato físico o abuso sexual y creencias religiosas) fueron igualmente excluidas de las valoraciones psiquiátricas y por tanto no fue posible determinar su presencia en los participantes. Esta omisión podría estar explicada por las exigencias del contexto hospitalario en donde la evaluación resulta muy compleja debido, entre otras cosas, al estado mental del paciente y a que el clínico no suele disponer del tiempo necesario para posibilitar su análisis (Anseán, 2014). Por otra parte, el uso del extendido modelo médico en la gestión hospitalaria de la conducta suicida repercute directamente en la importancia atribuida a este tipo de variables y no permite comprender la complejidad de esta problemática (Anseán, 2014). Ello se ve reflejado en actuaciones tan cuestionables

como el empleo de la “ausencia de ideación suicida en el momento de la valoración” como criterio principal para el alta psiquiátrica.

En lo referente al segundo de los objetivos mencionados, los resultados obtenidos sobre los informes clínicos guardan una estrecha similitud con los hallados en la investigación tomada como referencia (Miret y cols. (2010)).

En ambas investigaciones, los indicadores de calidad más frecuentemente registrados fueron los mismos (“antecedentes de atención psiquiátrica” e “ideación suicida”). Las coincidencias en los menos anotados no fueron completas pero sí dignas de mención puesto que se dieron en dos de los tres indicadores identificados. Además, de los “intentos previos” y el “grado de daño médico” señalados por Miret y cols. (2010), en el presente estudio se encontró que también la información referente a la “reacción frente al intento” era frecuentemente olvidada (33% de los informes sin constancia de la misma). El motivo de esta omisión podemos suponer se encuentre de nuevo en la escasez de tiempo de la que disponen los clínicos para realizar las valoraciones. Y es que la obtención de información sobre este indicador implicaría, entre otras cosas, entrevistas con los acompañantes del paciente.

Igualmente, los resultados obtenidos acerca de los informes pertenecientes a las categorías “completos” (aquellos que contaban con los 7 indicadores de calidad propuestos) e “incompletos” (en los que figuraban 4 o menos de los indicadores estudiados) fueron muy similares a los hallados en el estudio de referencia (Miret et al., 2010) (ver tabla comparativa en 3.2 Análisis descriptivo del grado de calidad de los informes clínicos consultados).

Sin embargo, las cifras obtenidas en ambas categorías fueron más elevadas en el presente estudio, especialmente en lo que respecta a los informes “incompletos” (ver tabla comparativa en 3.2 Análisis descriptivo del grado de calidad de los informes clínicos consultados). Ello puede ser explicado por la ausencia de definición en el estudio de referencia de cada uno de los criterios de calidad establecidos.

Debe tenerse presente que el cumplimiento del total de indicadores no suponía la obtención del máximo de calidad, sino el mínimo necesario para considerar adecuada la evaluación del riesgo de suicidio en un paciente. Los resultados presentados son especialmente significativos (en los dos estudios mencionados, el porcentaje de informes “completos” fue inferior al 30%) ya que de los mismos es posible deducir que

las evaluaciones del riesgo de conducta suicida no son lo suficientemente exhaustivas y por tanto, no se está cumpliendo con las recomendaciones establecidas para su prevención.

De igual modo, los resultados obtenidos evidencian la necesidad de profundizar en la investigación sobre la cumplimentación adecuada de los historiales (Ayuso-Mateos et al., 2012) pues sólo a través de la misma será posible lograr un conocimiento epidemiológico real de la conducta suicida (y por tanto, disponer de estadísticas oficiales) y garantizar la realización de evaluaciones del riesgo de suicidio rigurosas.

Los resultados obtenidos en el presente estudio deben ser tomados con cautela debido a la presencia de distintas limitaciones:

- i) Los clínicos tenían constancia de la investigación por lo que se espera que la información recogida esté en cierta medida sesgada. La comunicación del estudio fue un requerimiento por parte del Área de Gestión Clínica del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) para la realización del mismo. Se presupone, por tanto, que las evaluaciones de los pacientes y el registro de la información en los informes clínicos pudieron ser más rigurosos o de mayor calidad que en condiciones habituales. Se cree que la presencia del investigador pudo tener más influencia en las evaluaciones del riesgo de los sujetos con intento de suicidio (detección del perfil según la presencia de factores de riesgo) y no tanto en la posterior redacción de los informes clínicos (registro de indicadores de calidad).
- ii) La metodología del estudio se vio claramente determinada por la colaboración de los clínicos. De este modo, el acceso a los pacientes fue especialmente complicado en algunos casos. El reducido tamaño de muestra empleado y el desconocimiento acerca del número total de pacientes ingresados por conducta suicida durante el período de investigación, evidencian las dificultades en la recogida de información. Por otra parte, el tiempo para la obtención de los datos se vio claramente determinada por el horario de prácticas establecido y por ello, sólo se tuvo acceso a los pacientes con ingreso hospitalario entre las 8.00-15.00 horas.
- iii) En ningún caso se tuvo acceso a los historiales en papel de los pacientes. Esto resulta de especial relevancia en el caso de la detección de factores de riesgo y protección (no así de la calidad de los historiales ya que únicamente fue tenido

en cuenta el único informe emitido correspondiente al episodio estudiado) presentes en los pacientes. Únicamente se obtuvo información de los historiales informatizados (mediante el empleo del programa de gestión sanitaria “Millenium”).

- iv) El análisis del cumplimiento de los indicadores de calidad en los informes clínicos fue realizado en base al criterio subjetivo del investigador. El estudio tomado como referencia (Miret et al., 2010) no especificaba en ningún caso las directrices empleadas para la consideración de presencia o ausencia de cada uno de los 7 indicadores estudiados.

Teniendo presente el planteamiento de la investigación y los resultados hallados, se puede concluir que el perfil medio obtenido coincide, en líneas generales, con el recogido en la literatura y que la cumplimentación de historiales clínicos no alcanza los criterios de calidad establecidos por Miret y cols. (2010) (Miret et al., 2010).

En definitiva, la causa del malogro en la reducción de las tasas de suicidio y de tentativas suicidas no parece situarse en la identificación de perfiles erróneos (en base a los factores de riesgo y de protección asociados a la conducta suicida) sino en la falta de exhaustividad de las evaluaciones del riesgo de suicidio y en la ineficacia de los tratamientos realizados. En este sentido, los ingresos hospitalarios por intentos de suicidio deben ser considerados como una oportunidad muy valiosa para la prevención de la conducta suicida.

En este sentido, la restricción en el acceso a métodos letales así como la garantía de derivación y por tanto, seguimiento de los pacientes con alto riesgo (con independencia de la presencia de diagnóstico psicopatológico), requieren de una mayor colaboración entre los servicios de urgencia hospitalaria y los de salud mental (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Durante la realización del presente estudio, se ha podido identificar la necesidad de efectuar un mayor número de investigaciones sobre las variables estrictamente psicológicas y emocionales asociadas a la conducta suicida. Los esfuerzos en esta dirección permitirán la ampliación del conocimiento epidemiológico y se espera, tengan repercusiones en el incremento de la eficacia de los tratamientos.

Igualmente necesarias resultan las investigaciones encaminadas al estudio de los criterios empleados para el registro y codificación de la información en los informes clínicos. Sólo a partir de la realización de estos estudios será posible disponer de estadísticas fiables de la conducta suicida y paliar los errores cometidos en las evaluaciones del riesgo de suicidio.

Se espera que el resultado del incremento de las investigaciones en estas dos direcciones posibilite la creación e implementación de protocolos hospitalarios de gestión de la conducta suicida en donde se especifiquen los criterios fundamentales a evaluar y por tanto, a registrar en los informes clínicos. Estos deberán estar adaptados a cada contexto y a cada población considerada de riesgo (sería un gran error generalizar los hallazgos).

En este sentido, es de esperar que las anteriores directrices puedan tener cabida en el necesario Plan Nacional de Prevención de la conducta suicida.

5. Referencias bibliográficas

Anseán, A. (2014). "Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida." Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio.

Asturias., S. d. S. d. P. d. A. G. d. P. d. (2010). Guía Básica para Residentes en Formación. Comisión de Docencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Disponible en:
<http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/Documentos%20de%20inter%20C3%A9s/Gu%C3%ADas%20y%20Manuales/Guia%20Residentes.pdf>.

Ayuso-Mateos, J. L., et al. (2012). "Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España." Revista de Psiquiatría y Salud Mental5(1): 8-23.

Bobes García, J., et al. (2011). "Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida." Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Editorial Triacastela, Madrid.

Carroll, R., et al. (2014). "Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis." PloS one9(2): e89944.

Excellence, N. I. f. H. C. (2012). Self Harm: Longer-term management. National Clinical Guideline, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatricians.

Ferrer, E., et al. (2013). "Evaluation of an intensive intervention program in suicidal behaviour." Actas Esp Psiquiatr41(5): 279-286.

Fleischmann, A., et al. (2008). "Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries." Bulletin of the World Health Organization86(9): 703-709.

Giner, L. and J. A. Guija (2014). "Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal." Revista de Psiquiatría y Salud Mental7(3): 139-146.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, G. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio

de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2010/02.

Hawton, K., et al. (2015). "Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000–2012." Journal of affective disorders**175**: 147-151.

INE, I. N. d. E. (2014). Estadística del suicidio en España 2014. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2014/&file=pcaxis>.

Jimenez-Trevino, L., et al. (2012). "The incidence of hospital-treated attempted suicide in Oviedo, Spain." Crisis**33**(1): 46-53.

Johannessen, H. A., et al. (2011). "Chain of care for patients who have attempted suicide: a follow-up study from Bærum, Norway." BMC public health**11**(1): 81.

Larkin, C., et al. (2014). "Risk factors for repetition of self-harm: a systematic review of prospective hospital-based studies." PloS one**9**(1).

Lee, Y., et al. (2012). "Repeated suicide attempts among suicidal cases: Outcome of one-year follow-up." Asia-Pacific Psychiatry**4**(3): 174-180.

Ministerio de Sanidad, P. S. e. I. (2009-2013). "Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013."

Ministerio de Sanidad, P. S. e. I. (2013-2015). "Proyectos de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud: "Detección temprana, tratamiento y prevención de la reincidencia de las tentativas de suicidio"."

Miret, M., et al. (2010). "Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse." Revista de Psiquiatría y Salud Mental**3**(1): 13-18.

Nock, M. K., et al. (2010). "Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication." Molecular psychiatry**15**(8): 868-876.

Oficina Regional de Salud Mental. Dirección General de Hospitales (2012). Estudio de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org>.

Sáiz, P. A., et al. (2014). "Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC)." Revista de Psiquiatría y Salud Mental**7**(3): 131-138.

Spittal, M. J., et al. (2014). "The Repeated Episodes of Self-Harm (RESH) score: A tool for predicting risk of future episodes of self-harm by hospital patients." Journal of affective disorders**161**: 36-42.

Tejedor, C., et al. (2011). "Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona." Actas Esp Psiquiatr**39**(5): 280-287.

Victorian, D. o. H. (2010). Working with the suicidal person. Clinical practice guidelines for emergency departments and mental health services, The Royal Australian & New Zealand College of Psychiatricians.

ANEXO I. Instrumento “ad hoc” para el registro de los factores de riesgo durante las evaluaciones psiquiátricas

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA: OBSERVACIÓN DE CASOS EN EL HUCA

Fecha de ingreso hospitalario:	CASO N°:
---------------------------------------	-----------------

<u>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</u>	
PERSONALES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Edad: ➤ Sexo: V / M
SOCIOFAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apoyo sociofamiliar: NO / SÍ () / NA ➤ Historia familiar de suicidio: NO / SÍ () / NA ➤ Creencias religiosas: NO / SÍ () / NA ➤ Historia de maltrato físico o abuso sexual: NO / SÍ () / NA
SITUACIONALES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estado civil: S / C / D / V ➤ Situación laboral: en activo / jubilación /desempleo/ otras ()

*Estado civil: S (soltero), C (casado), D (divorciado), V (viudo).

* NA (No abordado por el clínico).

<u>VARIABLES CLÍNICAS</u>	
	➤ Diagnóstico trastorno salud mental: NO / SÍ () / NA
	➤ Tratamiento farmacológico y/o psicoterapia: NO / SÍ () / NA
	➤ Abuso de sustancias: NO / SÍ () / NA
	➤ Enfermedad orgánica relevante: NO / SÍ () / NA
	➤ Intentos previos de suicidio: NO / SÍ () / NA
	➤ Método empleado: NO / SÍ () / NA

*NA (No abordado por el clínico).

ANEXO II. Instrumento “ad hoc” para la evaluación de los informes clínicos

<u>DATOS REGISTRADOS EN HISTORIAL CLÍNICO</u> <u>(indicadores de calidad)</u>	NO constan	SÍ constan
Antecedentes de atención psiquiátrica		
Intentos de suicidio previos		
Apoyo social y familiar		
Ideación suicida		
Planificación suicida		
Reacción frente al intento		
Grado de daño médico como resultado del intento		

ANEXO III. Proyecto presentado en Hospital Universitario Central de Asturias
(HUCA) para la realización de la investigación

APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE
EVALUACIÓN Y ABORDAJE DE LA
CONDUCTA SUICIDA

Proyecto de Trabajo Fin de Máster en
Psicología General Sanitaria

Abril 2015

Aitana Rivera García, 53539366N

La investigación sobre la conducta suicida y su prevención ha cobrado importancia en las dos últimas décadas. El incremento en la publicación de artículos científicos, manuales y protocolos para el manejo de casos, así como la creación de títulos formativos específicos, lo evidencian.

Los datos son más que relevantes, el propio Instituto Nacional de Estadística lo sitúa por sexto año consecutivo como principal causa externa de muerte en nuestro país (INE, 2013). La Organización Mundial de la Salud (WHO) o el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) proclaman que la prevención del suicidio se ha convertido en un imperativo mundial al ponerse de manifiesto que casi un millón de personas se suicidan al año en todo el mundo y que ya se sitúa entre las tres primeras causas de muerte (WHO, 2012). Además, su tendencia es ascendente y las previsiones para 2020 indican que el número de muertes por suicidio alcanzará los 1,53 millones (GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). El caso, de nuestra comunidad autónoma es particular ya que desde 1980 presenta la tasa más alta de suicidio en España. En 2012, la cifra fue de 13,74/100.000 habitantes (GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Sin embargo, a pesar de las peticiones de la WHO y del IOM, la prevención de la conducta suicida sigue siendo hoy día una temática difícil de abordar y es que si bien se ha dado a conocer la asociación con distintos factores de riesgo y de protección que posibilitarían una mejor detección de los futuros suicidas, así como la existencia de grupos especialmente vulnerables (a saber, adolescentes y mayores de 65 años, entre otros); se dispone de muy pocos instrumentos específicos de cribado y diagnóstico adaptados y validados al castellano (GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Es bien conocido que el principal predictor de suicidio consumado y de futuras tentativas suicidas es el intento de suicidio previo. Diferentes estudios revelan que un 75% de las personas que intentan suicidarse contactan con su médico de atención primaria (MAP) el año anterior al suceso (un 45% lo hacen el mes previo) (GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). Este tipo de población sería,

por tanto, más que idónea para la implementación de un programa de prevención terciaria.

También lo serían aquellas personas en las que se detecte comorbilidad entre la ideación suicida y otros trastornos mentales como la depresión o los trastornos de la personalidad. Y es que “el 90% de las personas que se suicidan tienen trastornos psiquiátricos diagnosticables y tratables” (Bobes García; Giner Ubago; Saiz Ruiz, 2011) y sin embargo, “más del 80% de ellos no estaban recibiendo tratamiento en el momento del fallecimiento” (Mann et al. 2005). Es por ello que una de las estrategias fundamentales establecidas por los protocolos de prevención de la conducta suicida es el tratamiento los trastornos mentales.

A tenor de lo anterior, no resulta extraño que los protocolos de atención hospitalaria para el paciente con intento autolítico sean una herramienta esencial en la prevención de la conducta suicida. Es en el hospital donde casi siempre acaban los intentos de suicidio (uno de los predictores de riesgo más claros) y es también en el hospital donde puede verse con más claridad la asociación de muchos de esos intentos con la psicopatología.

La evaluación de proceso y resultado de dichos protocolos serían pasos importantes para calibrar y mejorar dichas herramientas esenciales de prevención.

Mi interés como alumna del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad de Oviedo es realizar mi trabajo fin de máster (TFM) sobre dicha temática, y concretamente realizar una evaluación de proceso de los procedimientos existentes en el HUCA para la detección y manejo de la conducta suicida.

Durante dos meses tendré la oportunidad de realizar mis prácticas externas en el departamento de “psiquiatría de enlace” del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y por ello se solicita permiso durante dicha estancia para acompañar a los profesionales durante su actuación con los pacientes ingresados por intentos autolíticos y para tener acceso a las historias clínicas de los mismos.

A continuación especificaré brevemente los objetivos y la metodología del estudio:

OBJETIVOS

1. El objetivo principal del estudio consistirá en conocer el procedimiento de diagnóstico más habitual utilizado con los pacientes que ingresan tras un intento de suicidio en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).
2. Estudiar la presencia de factores de riesgo y protección en la muestra a partir de la consulta de los historiales clínicos así como el tipo de seguimiento de los pacientes.
 - a. Determinar la presencia o ausencia de factores de riesgo y de factores de protección considerados con mayor asiduidad en la literatura científica.
 - b. Conocer el proceso habitual de seguimiento a través de derivaciones a otros recursos asistenciales.

MÉTODO

Muestra

Pacientes con un intento de suicidio atendidos por el servicio de Psiquiatría de Enlace o el departamento de Psiquiatría del HUCA del 20 de abril de 2014 al 10 de junio de 2015 en horario de 08.30-15.00 horas.

Diseño

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

Procedimiento

Se acompañará a los clínicos durante las consultas con los pacientes. De este modo, podrán conocerse los procedimientos empleados para la evaluación y manejo del riesgo, así como las cuestiones clave tratadas durante las entrevistas clínicas.

Se analizará la información de los factores de riesgo y protección, mediante la consulta de los historiales clínicos de los pacientes con intentos autolíticos desde abril

de 2015. También se hará uso de otros recursos disponibles en el servicio que los profesionales pudiesen considerar relevantes.

Se recogerá información de los clínicos sobre las dificultades y limitaciones de las estrategias y procedimientos al uso.

En todo momento se garantiza el completo anonimato en el tratamiento de la información y en la confección del trabajo de investigación.

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ESTUDIADOS

Existen una serie de factores ambientales, psicológicos y biológicos que hacen aumentar la probabilidad de aparición de comportamientos suicidas. El riesgo aumenta proporcionalmente con el número de factores presentes, si bien alguno de ellos tiene un peso específico mayor que otros (Hawton et al., 2009).

Tradicionalmente, dichos factores de riesgo, han sido clasificados en dos grandes grupos, a saber: inmodificables y modificables (Bobes García; Giner Ubago; Saiz Ruiz, 2011; GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Para el estudio, se tendrán en cuenta los siguientes factores de riesgo:

- a. Inmodificables: conducta suicida previa, sexo, edad, estado civil, situación laboral y económica, apoyo social, historia familiar de suicidio, historia de maltrato físico o abuso sexual, creencias religiosas, grado de planificación del intento autolítico y letalidad del método elegido.
- b. Modificables: diagnóstico de trastorno mental, tratamiento psiquiátrico o psicoterapia, abuso de sustancias, enfermedades orgánicas relevantes (presencia de dolor crónico, discapacidad).

Por otra parte, se ha podido constatar a través de numerosos estudios que existen una serie de situaciones sociales, familiares y personales que disminuyen la probabilidad de aparición de pensamientos, intentos y/o conductas suicidas. La potenciación de dichos factores de protección es por tanto una de las estrategias más defendidas en los planes de prevención de la conducta suicida.

Los factores de protección más comúnmente aceptados y que serán considerados en el estudio, podrían dividirse asimismo en dos categorías (Bobes García; Giner Ubago; Saiz Ruiz, 2011; GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012):

- a. Personales: habilidades sociales, tolerancia a la frustración, capacidad de resolución de problemas, creencias religiosas, estrategias de afrontamiento adecuadas, alta resiliencia, contactos terapéuticos, embarazo o hijos menores.
- b. Ambientales: red social y familiar adecuada, restricciones a la hora de lograr contacto con medios letales, integración social.

La información relativa a factores de protección será recogida principalmente durante el acompañamiento de los profesionales sanitarios por ser más compleja su identificación en los historiales clínicos.

REFERENCIAS

- Baca García, E. (2011). Intervenciones sobre poblaciones de riesgo. En J. Bobes García, J. Giner Ubago y J. Sáiz Ruiz (eds.). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Editorial Triacastela.
- Giner Jiménez, L. et al. (2011). Factores de riesgo. En J. Bobes García, J. Giner Ubago y J. Sáiz Ruiz (eds.). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Editorial Triacastela.

- Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012.
- Hawton, K. et al. (2009). Suicide. *Lancet*, 373 (9672), 1372-1381.
- Instituto Nacional de Estadística. Salud. Defunciones según la causa de muerte. Nota de prensa 2013. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. Salud. Defunciones según la causa de muerte. Tasas de mortalidad por causas. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2013/10/&file=02004.px&type=pcaxis&L=0>
- Mann, J.J. et al. (2005, Octubre). Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review. *Clinician's Corner*, vol. 294, No. 16. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com>
- Sáiz Martínez et al. (2011). Intervención preventivo-educativa en profesionales de la salud. En J. Bobes García, J. Giner Ubago y J. Sáiz Ruiz (eds.). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Editorial Triacastela.