

Ostelea

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

INFORME DE EVALUACIÓN

D-07-02

ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Proyecto de Investigación Comisionada

Septiembre 2006

INFORME DE EVALUACIÓN

D-07-02

ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Proyecto de Investigación Comisionada

Septiembre 2006

López Peña, Purificación
González-Pinto Arrillaga, Ana
Mosquera Ulloa, Fernando
Aldama Juárez, Ana
González Gómez, Cristina
Fernández de Corres Aguiriano, Blanca
Palomo Lertxundi, Javier
Aizpuru, Felipe
Haidar, Karim
Villamor García, Ana
Ramírez Ortiz, Fernando
González Oliveros Rubén
Alonso Pinedo, Marta
Jiménez Angulo, Ainara
Domínguez Barrera María Gracia
Aspiazu Rubina, Saioa
Tapia Zubillaga, Eider
Martínez San Martín, Pilar
González García, Gixane

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2007

Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes hospitalizados : análisis de la atención sanitaria / López Peña, Purificación ... [et al.]. – 1ª ed. – Vitoria-Gasteiz : Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2007
p. ; cm. – (Osteba. Informe de evaluación ; D-07-02)
ISBN 978-84-457-2549-8
1. Conducta suicida. I. López Peña, Purificación. II. Euskadi. Departamento de Sanidad. III. Serie.
616.89-008.441.44

Financiación:

Beca de Investigación Comisionada 2004. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.
Nº Expediente 2004/06.

Este documento debe ser citado como:

López, P.; González-Pinto, A.; Mosquera, F.; Aldama, A.; González, C.; Fernández de Corres, B.; et al. *Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida. Análisis de la atención sanitaria*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2007. Informe nº: Osteba D-07-02.

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión externa o por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Edición: 1.ª Marzo 2007
Tirada: 300 ejemplares
© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Sanidad
Internet: www.osanet.euskadi.net/osteba/es
Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz
Fotocomposición: EPS, S. L.
Herminio Madinabeitia, 18 - Pab. 3 - 01006 Vitoria-Gasteiz
Impresión: Gráficas Santamaría, S.A.
Bekolarra, 4 - 010010 Vitoria-Gasteiz
ISBN: 978-84-457-2549-8
D.L.: VI - 83/07

Investigador Principal

Purificación López Peña. Servicio de Psiquiatría. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz

Miembros del equipo de investigación

Ana González Pinto Arrillaga.

Fernando Mosquera Ulloa.

Ana Aldama Juarez.

Cristina González Gómez.

Blanca Fernández de Corres Aguiriano.

Javier Palomo Lertxundi.

Karim Haidar.

Ana Villamor García.

Fernando Ramírez Ortiz.

Rubén González Oliveros.

Marta Alonso Pinedo.

Ainara Jiménez Angulo.

María Gracia Domínguez Barrera.

Saioa Aspiazu Rubina.

Eider Tapia Zubillaga.

Servicio de Psiquiatría. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz

Pilar Martínez San Martín. Red Extrahospitalaria de Araba.

Gixane González García. Red Extrahospitalaria de Bizkaia.

Asesoría y apoyo metodológico

Felipe Aizpuru Barandiarán. Unidad de apoyo a la Investigación de Álava, Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

Revisores Externos

D. Eduard Vieta. Servicio de Psiquiatría, Hospital Clinic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

D. Imanol Kerejeta. Servicio de Psiquiatría, Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián.

Coordinación del proyecto en Osteba

Andoni Arcelay. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.

ÍNDICE

RESÚMENES ESTRUCTURADOS	9
1. INTRODUCCIÓN	21
2. OBJETIVOS	27
3. MATERIAL Y MÉTODO	31
4. RESULTADOS	35
5. CONCLUSIONES	55
6. RECOMENDACIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA	63

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA. ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Autores: López P, González-Pinto A, Mosquera F, Aldama A, González C, Fernández de Corres B, Palomo J, Aizpuru F, Haidar K, Villamor A, Ramírez F, González R, Alonso M, Jiménez A, Domínguez MG, Aspiazu S, Tapia E, Martínez P, González G.

Palabras clave MESH: Suicide, risk factors, mood disorders, suicide attempted

Fecha: Septiembre 2006

Páginas: 68

Referencias: 43

Lenguaje: Español

ISBN: 978-84-457-2549-8

INTRODUCCIÓN

El suicidio es la más grave complicación de los trastornos mentales y uno de los mayores problemas de salud aunque su estudio en la actualidad conlleva dificultades metodológicas. Los factores de riesgo para el suicidio, fundamentales para su prevención, son complejos y se influyen recíprocamente. Algunos factores sociodemográficos relacionados con el suicidio han sido: sexo, edad, estado civil, y nivel socioeconómico. El suicidio está muy relacionado con la enfermedad mental. El riesgo de suicidio es mayor en fases tempranas de la enfermedad y en los primeros seis meses, tras el alta de un ingreso, y especialmente, en varones jóvenes. Los trastornos afectivos constituyen una de las categorías diagnósticas más relacionadas con el suicidio. La presencia de síntomas depresivos representa un factor de riesgo para el suicidio en psicosis, trastorno bipolar y esquizofrenia y se ha señalado el valor pronóstico de los mismos para la conducta suicida en primeros episodios psicóticos. En pacientes con depresión, el riesgo es especialmente mayor al comienzo o final del episodio y cuando no siguen tratamiento.

OBJETIVOS

Estimar la asociación entre el suicidio y distintas variables clínicas y sociodemográficas en una muestra de pacientes con diagnóstico de Trastornos del Humor ingresados en el Hospital Santiago Apóstol (HSA) entre 1990-2000.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo longitudinal de todos los sujetos ingresados en Psiquiatría (HSA) entre 1990-2000 que cumplan criterios diagnósticos en la categoría Trastornos del Humor (CIE-10) para determinar la asociación entre la presencia de la enfermedad (Trastornos del Humor con suicidalidad) y factores de riesgo clínicos y sociodemográficos. Los datos fueron recogidos mediante búsqueda en las bases de datos del HSA y la revisión individual de cada una de las historias clínicas.

Análisis económico: SÍ

NO

Opinión de Expertos: SÍ

NO

RESULTADOS

Aunque la muestra de pacientes de ambos períodos (1990-2000) tiene similares características socio-demográficas y clínicas se observa que el número de pacientes con Trastornos del Humor e intento de suicidio se triplica en 2000 y la estancia media se acorta en casi seis días. Se confirma (en 1990 y 2000), una asociación entre intentos de suicidio previos y menor duración del ingreso. Durante el seguimiento, la mitad de los pacientes reingresa en un período de 10 años. El número de pacientes que ingresan por Trastornos del Humor es significativamente mayor en el 2000 que en el año 1990. En los dos años objeto de estudio observamos que en los pacientes con Trastornos del Humor se aprecia una distribución muy semejante en sexo y edad. La situación laboral mayoritaria en el año 1990 y 2000 es activa, observándose diferencias respecto al estado civil (1990 casado, 2000 soltero). En los años 1990 y 2000 se mantienen las proporciones de pacientes afectivos con ingresos previos, 40% con antecedentes familiares 1^{er} grado y 50% 2^o grado y el % de pacientes con antecedentes de conducta suicida (30%). Alrededor del 95% tenían al menos un ingreso previo. En el seguimiento de 10 años la media de reingreso es casi el doble en los pacientes con antecedentes de suicidio constatados. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los pacientes con antecedentes de intentos de suicidio previos respecto a su edad, presencia de antecedentes familiares de Trastorno mental, diagnóstico y sexo. Sin embargo, en el año 2000 encontramos que el consumo de «otras drogas» (excluyendo tabaco, cannabis y alcohol) es más elevado en los pacientes con antecedentes de intentos de suicidio previo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los pacientes afectivos con antecedentes de intentos de suicidio tienen ingresos más breves que los que no tienen antecedentes. A pesar de que no se puede concluir con seguridad que el ingreso más prolongado mejorará el pronóstico de los pacientes con Trastornos del Humor que presenten suicidalidad, se debería hacer una evaluación sistemática del riesgo de suicidio pre/post alta y valorar la eficacia de la prolongación del ingreso o de otras medidas que sean eficaces en la prevención del riesgo autolítico. Por ello, sería importante y necesario establecer un programa de tratamiento específico para estos pacientes inmediatamente después del ingreso. Estos programas idealmente deberían incluir la psicoeducación y estar situados en Unidades de Hospitalización Parcial. Se debe comprobar el impacto de estos programas en la prevención del riesgo suicida y en la mejoría del pronóstico de los pacientes afectivos y psiquiátricos en general.

El incremento de la demanda hospitalaria se ha triplicado para estos pacientes en la última década debido a factores demográficos. Esto se ha acompañado de una reducción significativa de la estancia. Sin embargo, la gravedad de los pacientes es similar en la década pasada y en la actual. Para compensar esta situación deberían implementarse recursos en la comunidad para el tratamiento de los Trastornos del Humor, que deberían ser más específicos y sensibles para los pacientes que han presentado tentativas autolíticas. Por este motivo nos parece indicado plantear programas especiales en los que se integre tanto el abordaje farmacológico y el seguimiento individual como el desarrollo de terapias psicológicas de apoyo individual y familiar.

Sería adecuado mejorar la comunicación entre los servicios ambulatorios y hospitalarios para el seguimiento de estos pacientes con reingresos frecuentes.

El consumo de ciertas drogas es un factor de riesgo para el suicidio. Se debería realizar una evaluación cuidadosa de los pacientes con Trastornos del Humor con consumo concomitante de sustancias y realizar políticas activas de prevención del consumo de drogas en pacientes psiquiátricos y población general.

LABURPEN EGITURATUA

Izenburua: PORTAERA SUIZIDAREN ARRISKU-FAKTOREEN AZTERKETA. ATENTZIO SANITARIOAREN ANALISIA.

Egileak: López P, González-Pinto A, Mosquera F, Aldama A, González C, Fernández de Corres B, Palomo J, Aizpuru F, Haidar K, Villamor A, Ramírez F, González R, Alonso M, Jiménez A, Domínguez MG, Aspiazu S, Tapia E, Martínez P, González G.

MeSH Gako-hitzak: Suicide, risk factors, mood disorders, suicide attempted

Data: 2006ko irailak

Orrialdeak: 68

Erreferentziak: 43

Hizkuntza: Gaztelania

ISBN: 978-84-457-2549-8

SARRERA

Suizidioa trastorno mentalen artean konplikaziorik larriena da, baita osasun-arazo handienetako bat ere, berau aztertzeak gaur egun zailtasun metodologikoak dakartzan arren. Suizidiorako arrisku-faktoreak, oinarrizkoak berorren prebentziorako, konplexuak dira eta elkarri eragiten diote. Hona hemen suizidiora zerikusia duten faktore soziodemografiko batzuk: sexua, adina, egoera zibila eta maila sozioekonomikoa. Suizidioa gaixotasun mentalarekin oso erlazionatuta dago. Suizidio-arriskua altuagoa da gaixotasunaren fase goiztiarretan eta lehenengo 6 hilabetetan, ospitaleratze baten altaren ondoren, eta bereziki, gizonezko gazteengan. Trastorno afektiboak dira suizidioarekin gehien erlazionatzen diren kategoria diagnostikoetako bat. Sintoma depresiboen agerpenak suizidiorako arrisku-faktore bat adierazten du psikosi, trastorno bipolar eta eskizofrenian eta horien balio pronostikoa nabarmendu da portaera suizidarako lehenengo gertakari psikotikoetan. Depresioak jotako pazienteengan, arriskua bereziki altuagoa da gertakariaren hasieran edo amaieran eta tratamendua jarraitzen ez dutenean.

HELBURUAK

Suizidioaren eta aldagai kliniko eta soziodemografiko desberdinen arteko elkartzea aintzat hartzea Umorearen Trastornoaren diagnostikoarekin, 1990-2000 artean, Santiago Apostol Ospitalean (SAO) ospitaleratutako pazienteen lagin batean.

METODOA

1990-2000 artean Psikiatrian (SAO) ingresatutako subjektu guztien behaketa bidezko atzera begiradako luzetarako azterketa. Subjektu horiek, Umorearen Trastornoaren kategorian (GNS-10) irizpide diagnostikoak beteko dituzte gaixotasunaren agerpenaren (Umorearen Trastornoaren suizidalitatearekin) eta

arrisku-faktore kliniko eta soziodemografikoen arteko elkartzea zehazteko. Datuak Santiago Ospitaleko datu-baseetan bilaketa eginez eta historia kliniko bakoitzaren banakako berrikuspenaren bidez jaso ziren.

Analisi ekonomikoa: BAI

EZ

Adituen iritzia:

BAI

EZ

EMAITZAK

Bi denboraldietan (1990-2000) pazienteen laginak antzeko ezaugarri soziodemografiko eta klinikoak dituen arren, Umorearen Trastornoak jotako eta bere buruaz beste egiten saiatu diren pazienteen kopurua 2000. urtean hirukoiztu egin dela eta batez besteko egonaldia ia 6 egunetan laburtu dela ikusten da. Egiaztatu da (1990. eta 2000. urteetan), aldeztatik bere buruaz beste egiten saiatu diren eta ospitaleratzearen iraupen laburragoaren arteko elkartzea dagoela. Jarraipena egin denean, 10 urteko tartean pazienteen erdia berritri ospitaleratu dela nabaritu da. Umorearen Trastornoak dela-eta ospitaleratu ziren pazienteen kopurua 2000. urtean 1990. urtean baino esanguratsuki altuagoa izan zen. Azterketak oinarritzat hartu dituen 2 urteetan, Umorearen Trastornoak jotako pazienteengan sexuan eta adinean oso antzekoa den banaketa bat nabaritu dela konturatu gara. 1990. eta 2000. urteetan lan-egoera gehiena aktiboa da, egoera zibilaren kasuan, berriz, desberdintasunak (1990 ezkondua, 2000 ezkongabea) nabaritu dira. 1990. eta 2000. urteetan, aldeztatik ospitaleratutako paziente afektiboen proportzioak mantendu ziren, %40ak lehen mailako familiako aurrekariak zituen eta %50ak 2. mailakoak eta pazienteen %30ak portaera suizidatun aurrekariak izan zituen. %95a, gutxi gorabehera, aldeztatik behin gutxienez ospitalean egondakoa zen. 10 urteko jarraipenean berrospitaleratzen batez bestekoa ia bikoiztu da egiaztatutako suizidio-aurrekariak dituzten pazienteengan. Ez zen estatistikoki esanguratsua ziren desberdintasunak erreparatu aldeztatik beren buruaz beste egiten saiatzeatik aurrekariak zituzten pazienteengan haien adina, trastorno mentalaren familiako aurrekariaren agerpena, diagnostikoa eta sexua kontuan hartuta. Hala eta guztiz ere, 2000. urtean «beste droga batzuen» (tabakoa, kanabisa eta alkohola alde batera utzita) kontsumoa, aldeztatik bere buruaz beste egiten saiatzeatik aurrekariak dituzten pazienteengan altuagoa dela ikusten dugu.

ONDORIOAK ETA GOMENDIOAK

Bere buruaz beste egiten saiatzeatik aurrekariak dituzten paziente afektiboen ospitaleratzeak aurrekaririk ez dituztenenak baino laburragoak izaten dira. Suizidalitatea agertzen duten Umorearen Trastornoak jotako pazienteen pronostikoa luzeagoa den ospitaleratzeak hobetuko duela segurtasunez ondorioztatu ezin den arren, alta aurretik eta ondoren suizidio-arriskuaren ebaluazio sistematiko bat egin beharko litzateke eta ospitaleratzearen luzapenean eraginkortasuna edo arrisku autolitikoa prebenitzeko eraginkorrak diren beste neurri batzuen aintzat hartu beharko lirateke. Horregatik, garrantzitsua eta beharrezkoa izango litzateke ospitaleratzearen ondoren paziente horientzako tratamendu espezi-fikoari buruzko programa bat ezartzea. Programa horiek idealki psikohezkuntza barne hartu beharko lukete eta Ospitalizazio Partzialeko Unitateetan egon beharko lirateke. Beren buruaz beste egiteko arriskuaren prebentzioan eta paziente afektiboen eta, oro har, psikiatrikoen pronostikoaren hobekuntzan programa horiek duten eragina egiaztatu behar da.

Paziente horientzako ospitaleko eskariaren gehikuntza, azken hamarkadan, hirukoiztu egin da faktore demografikoak direla-eta. Horrekin batera, egonaldiaren murrizketa esanguratsua gertatu da. Hala ere, pazienteen larritasuna antzekoa izan da iragandako eta gaur egungo hamarkadan. Egoera hori berdintzeko Umorearen Trastornoen tratamendurako komunitatean baliabideak ezarri beharko lirateke, saialdi autolitikoak agertu dituzten pazienteentzat espezi-fikoagoak eta sentiberagoak izan beharko liratekeenak. Hori dela eta, gure ustez egokia da programa bereziak planteatzea honako hauek baterabilitzeko:

batetik, abordatze farmakologikoa eta banakako jarraipena eta, bestetik, gizabanakoari eta familiari laguntzeko terapia psikologikoen garapena.

Egokia izango litzateke berrospitaleratzeak sarri izaten dituzten paziente horien jarraipenerako zerbitzu ambulatorioen eta ospitaleko zerbitzuen arteko komunikazioa hobetzea.

Droga batzuen kontsumoa suizidiorako arrisku-faktore bat da. Beraz, Umorearen Trastornoak jotako eta substantziak aldi berean kontsumitzen dituzten pazienteen ebaluazio arduratsu bat egin beharko litzateke; eta horrez gain, paziente psikiatrikoengan eta, oro har, biztanlerian drogen kontsumoari aurrea hartzeko politika aktiboak egin beharko lirateke.

STRUCTURED ABSTRACT

Title: STUDY OF RISK FACTORS IN SUICIDAL CONDUCT. HEALTH CARE ANALYSIS

Authors: López P., González-Pinto A., Mosquera F., Aldama A., González C., Fernández de Corres B., Palomo J., Aizpuru F., Haidar K., Villamor A., Ramírez F., González R., Alonso M., Jiménez A., Domínguez MG., Aspiazu S., Tapia E., Martínez P., González G.

Keywords MeSH: Suicide, risk factors, mood disorders, attempted suicide

Date: September 2006

Pages: 68

References: 43

Language: Spanish

ISBN: 978-84-457-2549-8

INTRODUCTION

Suicide is the most serious complication of mental disorders and one of the major health problems although today its study involves methodological difficulties. The risk factors associated with suicide and which are a basic issue for its prevention, are complex and have a reciprocal influence on each other. Some of socio-demographical factors relating to suicide are as follows: sex, age, marital status and socio-economic level. Suicide is closely associated with mental illness. The risk of suicide is greater during the early stages of the illness and during the first six months, after discharge following a period of treatment in hospital, and especially among young males. Emotional disorders represent one of the diagnostic categories most closely related to suicide. The presence of symptoms of depression represent a risk factor for suicide in psychoses, bipolar disorder and schizophrenia, and their prognostic value for suicidal conduct during the first psychotic episodes has been pointed out. In patients who suffer from depression, the risk is especially greater at the beginning or end of the episode and when patients do not follow any treatment.

AIMS

Assess the association between suicide and different clinical and socio-demographical variables in a sample of patients with Mood Disorder diagnosis treated by the Hospital Santiago Apóstol (HSA) between 1990-2000.

METHOD

Longitudinal retrospective observational study of all patients admitted to the Psychiatry ward (HSA) during the period 1990-2000, who comply with the diagnostic criteria within the Mood Disorder ca-

tegy (CIE-10), in order to determine the association between the presence of the disease (Mood Disorder with suicidality) and clinical and socio-demographical risk factors. Data was gathered through a search of HSA databases and the individual review of each one of the clinical histories.

Economic analysis: YES

NO

Expert opinion:

YES

NO

RESULTS

Although the sample of patients from both periods (1990-2000) have similar socio-demographical and clinical characteristics, it is observed that the number of patients with Mood Disorder and attempted suicide tripled in 2000 and the average stay in hospital was shortened to almost six days. In 1990 and 2000, a correlation between previous attempted suicides and shorter stays in hospital was confirmed. During the monitoring period, half of the patients were readmitted over a period of 10 years. The number of patients admitted for Mood Disorder was significantly higher in 2000 than in 1990. During the two years of the study, we observed that there was a very similar distribution according to sex and age in patients with Mood Disorder. The majority employment status in 1990 and 2000 was of active employment, and differences were observed with regard to marital status (1990 married, 2000 unmarried). In 1990 and 2000, the same proportions of emotional patients with histories of previous admissions were maintained, 40% in the immediate family and 50% in close relatives, and the percentage of patients with previous histories of suicidal conduct (30%). About 95% had been admitted to hospital previously at least once. Over the 10-year period monitored, the average number of cases of readmission was almost double in patients with recorded histories of suicidal behaviour. Statistically significant differences were not observed in patients with histories of previous attempted suicides with regard to their age, the presence of family histories of mental disorder, diagnostics and sex. Nevertheless, in the year 2000, we found that the consumption of «other drugs» (excluding tobacco, cannabis and alcohol) was higher in patients with histories of prior suicide attempts.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

Emotional patients with histories of previous suicide attempts are admitted for shorter periods in hospital than those who do not have such histories. In spite of the fact that it is not possible to conclude with certainty that a longer stay in hospital would improve the prognosis of patients with Mood Disorder and with symptoms of suicidality, a systematic assessment should be made of the risk of suicide before and after being admitted to hospital and to appraise the efficiency of the prolongation of the period of admittance or of other measures that might be efficient in the prevention of autolytic risk. For this reason, it would be necessary to establish the programme of specific treatment for these patients immediately after being admitted to hospital. Ideally, these programmes should include psychoeducation and be available in Partial Hospitalisation Units. The impact of these programmes on the prevention of the risk of suicide and improvements in the prognosis of emotional and psychiatric patients in general should be verified.

The increase in hospital demand has tripled for these patients over the last decade due to demographic factors. At the same time, there has been a significant reduction in the duration of admissions to hospital. Nevertheless, the seriousness of patients a decade ago is similar to that of patients at this time. In order to offset this situation, resources should be implemented in the community in order to treat Mood Disorder and these should be more specific and sensitive for patients who have attempted suicide. For this reason, we consider that it would be advisable to propose special programmes to integrate both the pharmacological treatment and individual monitoring, and the development of psychological therapies to provide support for patients and their families.

It would be appropriate to improve communications between the services of health centres and hospitals in order to monitor patients who are frequently readmitted to hospital.

The consumption of certain drugs is a risk factor for the suicidal person. A careful evaluation should be made of patients with Mood Disorder with the accompanying consumption of substances and to create active prevention policies of the consumption of drugs in psychiatric patients and the population as a whole.

1. INTRODUCCIÓN

El término suicidio proviene del latín y se compone de dos expresiones: *sui* y *occidere* y significa «matarse a sí mismo».

El suicidio es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas históricas y culturas. Sin embargo, fue en el siglo XIX cuando se elaboran las primeras teorías que intentan explicar el fenómeno humano del suicidio de un modo riguroso.

Se han establecido múltiples definiciones y descripciones del fenómeno del suicidio, por este motivo, la OMS en un intento de unificar los términos relacionados con el suicidio, propone los siguientes:

- *Acto suicida*: hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
- *Suicidio*: muerte que resulta de un acto suicida.
- *Intento de suicidio*: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

El suicidio es la más grave complicación de los trastornos mentales y uno de los mayores problemas de salud pública para el que aún no se han encontrado respuestas suficientes. Es la principal causa de muerte violenta en el mundo con casi un millón de muertos al año (Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento WHO/HSC/PVI/99.11) y genera gastos sanitarios valorados en miles de millones de dólares anuales, tanto en asistencia directa al suicida como en la asistencia de secuelas de suicidios frustrados (Moscicki 1985, Stoudemire et al. 1986).

No obstante, poder determinar el número exacto de personas afectadas es difícil por las dificultades metodológicas que existen. Hay, además, una variación considerable en las tasas de suicidio o de intentos de suicidio entre los distintos países. Las tasas más elevadas se registran en los países de Europa Oriental y, las más bajas, principalmente en América Latina y unos pocos países de Asia. En el caso de la CAPV según el Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT) en el año 2002 se suicidaron un total de 187 personas (130 hombres y 57 mujeres), y en 2003 un total de 161 (121 varones y 40 mujeres). Según el Informe Mundial sobre la violencia y la salud de la OMS (Octubre 2002) aproximadamente una persona se suicida cada 40 segundos, se calcula que en el año 2000 se suicidaron en el mundo 815.000 personas, lo que convierte el suicidio en la decimotercera causa de muerte.

En general, las tasas de suicidio aumentan con la edad: las correspondientes a las personas de 75 años o mayores son aproximadamente tres veces superiores a las de la población de 15 a 24 años. Con todo, en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años, las lesiones autoinfligidas constituyen la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad.

El comportamiento suicida tiene gran número de causas. Los factores que ponen a los individuos en riesgo de cometer suicidio son complejos y se influyen recíprocamente. La identificación de estos factores y la comprensión de sus funciones en el comportamiento suicida mortal y no mortal son fundamentales para prevenir los suicidios (Etienne et al. 2003).

1. Algunos de los *factores sociodemográficos* más contrastados relacionados con el suicidio han sido:

- *Sexo*. Las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados. (Gaynes et al. 2004, Skogman et al. 2004).

Respecto a los métodos, también se aprecian diferencias en función del sexo. Así los hombres utilizan métodos más violentos (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas), mientras que las mujeres suelen realizar sobreingestas de psicotrópicos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes. (Isometsä et al. 1998)

- *Edad*. El riesgo de suicidio aumenta con la edad. En el estudio de Baxter y Appleby (Baxter et al. 1999) se define una edad media de suicidio de 47,4 años (42,0 para hombres y 50,4 años para mujeres). Actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando, sobre

todo en varones entre 15-24 años. Las tasas de intentos de suicidio más altas entre las mujeres se sitúan entre los 15-24 años y entre los 25-34 años para los hombres.

- *Estado civil.* La mayor incidencia de suicidio aparece en los solteros/as, divorciados/as y viudos/as. Qin et al. (2000), encuentran que ser soltero es un factor de riesgo para los hombres y que para las mujeres tener un hijo menor de 2 años actúa como factor de protección (Qin et al. 2000; Müller et al. 2005).
- *Nivel socioeconómico.* La situación de desempleo y el bajo nivel cultural son variables asociadas a una mayor frecuencia de intentos de suicidio y suicidio consumado. (Qin et al. 2000).
- *Abuso de tóxicos.* El abuso del alcohol y otras drogas también desempeña un importante papel en el suicidio. En los Estados Unidos, se informa que al menos una cuarta parte de los suicidios están relacionados con el abuso del alcohol y de que el riesgo de suicidio a lo largo de toda la vida en las personas alcohólicas no es mucho menor que en las que presentan trastornos depresivos (Caldwell et al. 1990) aunque debemos tener en cuenta que el abuso del alcohol y la depresión están intrínsecamente relacionados y a menudo es difícil determinar cuál de los dos es el trastorno principal.

2. Factores clínicos: Trastornos mentales

El suicidio está muy relacionado con la enfermedad mental (Harris et al. 1997). Estudios han mostrado que un 90% de los suicidas tenían uno o más trastornos psiquiátricos y que a mayor número de patologías, mayor riesgo de suicidio (Beautrais et al. 1996, Lecrubier 2002).

Dentro de la patología mental se ha visto que el suicidio tiene una fuerte asociación con la esquizofrenia y los trastornos afectivos (Müller et al. 2005). Se estima que el riesgo de suicidio a lo largo de toda la vida en las personas con esquizofrenia se halla próximo al 10% (Roy 1986). El riesgo de suicidio es mayor en la fase temprana de la enfermedad y en los primeros seis meses, tras el alta de un ingreso psiquiátrico (King et al. 2001, Caldwell et al. 1990) y es particularmente grande en los pacientes varones jóvenes; en especial los que han funcionado bien mental y socialmente antes de la aparición de la enfermedad; en los pacientes con recaídas crónicas, y los que temen sufrir una «desintegración mental» (Caldwell et al. 1990). Por otra parte Müller et al. encuentra que el riesgo de suicidio en varones esquizofrénicos es menor que en las mujeres y que el factor de riesgo más fuertemente asociado al suicidio en las mujeres es la infertilidad (Müller et al. 2005).

El objeto de estudio de nuestro trabajo ha sido los trastornos afectivos ya que constituyen una de las categorías diagnósticas más relacionadas con el suicidio. Los trastornos afectivos y sobre todo el trastorno depresivo mayor es el trastorno psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio (Harris et al. 1997; Isometsä 2001). La depresión desempeña una función destacada en el suicidio y se piensa que interviene en aproximadamente 65%–90% del total de suicidios relacionados con enfermedades psiquiátricas (Blumenthal, 1988). La presencia de síntomas depresivos representa factor de riesgo claramente relacionado tanto con las psicosis afectivas (Gray and Otto 2001; López et al. 2001; Tondo et al. 2003) como en la esquizofrenia (De Hert et al. 2001, Schwatz et al. 2004). Asimismo algunos estudios han señalado el valor pronóstico de los síntomas depresivos para la conducta suicida en pacientes con primeros episodios psicóticos. Nordentoft et al. (2002) encuentran que la presencia de alucinaciones y sentimientos depresivos en el episodio índice preciden suicidio. Hakan y von Knorring (2004) han encontrado que las tentativas suicidas a lo largo de diez años de seguimiento se asocian a mayor número de síntomas depresivos y a menos síntomas negativos durante el primer episodio psicótico.

En el meta-análisis de Harris y Barraclough, se obtiene como resultado que la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar 15 y la distimia 12. En los pacientes con depresión, el riesgo es especialmente mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, cuando los pacientes no siguen su tratamiento, piensan que no son tratables o son considerados no tratables por los especialistas (Beck et al. 1990).

El riesgo de suicidio durante toda la vida en las personas afectadas por depresión grave y bipolar oscila entre el 8,6% en hospitalizados por comportamiento suicida, el 4% para pacientes afectivos hospitalizados sin suicidalidad, y el 2,2% para pacientes mixtos hospitalizados y ambulatorios; cifras alarmantes comparadas con el riesgo de menos de 0,5% registrado en población enferma sin trastornos afectivos (Botswick et al. 2000).

El diagnóstico de trastorno bipolar es también un indicador de riesgo para el suicidio (Fagiolini et al. 2004). El trastorno bipolar, específicamente, tiene un altísimo riesgo de muerte prematura, estimado como 24 veces mayor que el de la población general (Tondo et al. 2003). Entre el 25 y el 50% de los pacientes bipolares realizan al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida. La letalidad de los intentos suicidas en pacientes bipolares es muy alta: la relación entre intentos de suicidio no consumados y suicidios consumados es de 5 a 1, contra una relación en el total de la población de aproximadamente 20 a 1 (Tondo et al. 2003; Etienne et al. 2003). Según un estudio chino los periodos de máximo riesgo suicida corresponden a los primeros 7/12 años siguientes al debut del trastorno afectivo (Shang-Ying et al. 2002).

En el estudio realizado por López et al. en nuestro Servicio (López et al. 2001) se concluyó que el riesgo de suicidio en el trastorno bipolar estaba asociado a edad de inicio más temprana, comorbilidad con trastornos de ansiedad y abuso de sustancias. El riesgo aumenta al alta hospitalaria y durante los 12 meses siguientes, con una mayor frecuencia y gravedad de episodios depresivos y con la duración de la enfermedad. Hawton et al. (2005) realizan un metaanálisis para identificar factores de riesgo para la conducta suicida en trastorno bipolar y encuentran que las principales variables relacionadas son: antecedentes familiares de suicidio, la historia de suicidio, el comienzo temprano de la enfermedad, la presencia de síntomas depresivos, el incremento progresivo de la severidad de los episodios afectivos, la presencia de fases mixtas y de ciclos rápidos así como la comorbilidad con trastornos del eje I y con abuso de alcohol y drogas.

Aunque los episodios depresivos son los que comportan el mayor riesgo, también se ha constatado que en los cuadros de manía mixta el riesgo de suicidio es comparable por su gravedad y frecuencia al riesgo suicida de los pacientes depresivos. Desde 1936 Jameison señalaba la relación entre los estados mixtos maníaco-depresivos y las conductas suicidas (Citado en McElroy, Compr Psychiatry 1995). En 1994, Dilsaver calcula que un 55% de 44 pacientes mixtos presentaban altas puntuaciones en suicidalidad frente a tan sólo un 2% de 49 pacientes con manía pura. Strakowski et al. (1996) encuentran también que los estados mixtos se asocian a una mayor suicidalidad; Goldberg et al. (1998) observan que la suicidalidad pasada, presente y recurrente es más frecuente en pacientes mixtos que en maníacos puros, y que aproximadamente la mitad de los pacientes disfóricos con tres o más síntomas depresivos de Mc Elroy presentan ideación suicida (Goldberg et al. 1999). Así mismo, Perugi et al. (2000) encuentran que la tasa de intentos suicidas es significativamente mayor en pacientes con primeros episodios depresivos y mixtos. El suicidio es, por tanto, una característica clínica claramente asociada a los cuadros mixtos que obliga a ser especialmente cuidadosos a la hora identificarlos y tratarlos.

Comorbilidad. El número de diagnósticos comórbidos aumenta el riesgo de la conducta suicida. La asociación entre la comorbilidad y un mayor riesgo de intentos de suicidio podría deberse a una mayor gravedad o a que la asociación tiene un papel de potenciación (Lecrubier 2002).

Dado que no existen estudios en nuestro medio que relacionen el riesgo de suicidio con factores clínicos y sociodemográficos, y que el riesgo de suicidio varía de unos lugares a otros, consideramos que es pertinente realizar un estudio sobre los factores asociados al riesgo de suicidio en pacientes con diagnóstico de Trastornos del Humor.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Estimar la asociación entre el suicidio y distintas variables clínicas y sociodemográficas en una muestra de pacientes con diagnóstico de Trastornos del Humor ingresados en el HSA entre 1990-2000.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar la asociación entre suicidio y algunas variables predictoras clínicas:
 - Tasa de reingresos.
 - Número de diagnósticos comórbidos.
 - Antecedentes familiares de enfermedad mental.
 - Consumo de tóxicos.
- Estimar la asociación entre suicidio y algunas variables predictoras sociodemográficas:
 - Sexo.
 - Estado civil.
 - Situación laboral.
 - Edad en el momento del ingreso.
- En pacientes con Diagnóstico de Trastorno del Humor ingresados en el HSA entre 1990-2000.

3. MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO

Estudio observacional retrospectivo longitudinal de todos los sujetos ingresados en la Unidad de Agudos del Hospital Santiago Apóstol (HSA) entre los años 1990-2000 que cumplan criterios diagnósticos CIE-10 en la categoría Trastornos del Humor (F 30-39) para determinar la asociación entre la presencia de la enfermedad (Trastornos del Humor con suicidalidad) y la exposición a factores de riesgo clínicos y sociodemográficos.

SUJETOS DE ESTUDIO

Todos los pacientes ingresados en el HSA entre 1990 y 2000 que cumplan criterios diagnósticos CIE –10 en la categoría F30-39 Trastornos del Humor.

Los pacientes incluidos en el estudio fueron diagnosticados siguiendo los criterios CIE-9 (al ser éste el sistema de clasificación diagnóstica utilizado en el hospital que fue objeto de estudio) y CIE-10 (criterios diagnósticos utilizados por el Servicio de Psiquiatría) dado que el estudio abarcaba el periodo de tiempo comprendido entre 1990 y 2000.

Criterio de exclusión: Pacientes ingresados en el HSA entre 1990-2000 que no cumplan criterios diagnósticos de Trastornos del Humor (CIE-10).

RECOGIDA DE DATOS

Los datos fueron recogidos mediante la búsqueda en las bases de datos del Hospital Santiago Apóstol y la revisión individual de cada una de las historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Por consideraciones de viabilidad, el estudio se limitó al área sanitaria de Alava. En todo caso, la organización de la asistencia en este territorio garantiza que los resultados obtenidos tienen una base poblacional, lo que facilita la extrapolación de los mismos. Por otra parte, creemos que no hay muchas diferencias, en el ámbito de la CAPV, en cuanto a la incidencia de las distintas patologías estudiadas.

El estudio se limita a los pacientes hospitalizados y no incluye pacientes que por su menor gravedad fueron derivados a centros ambulatorios.

El estudio es retrospectivo, si bien se basa en registro informatizado de casos, lo que incrementa su valor científico.

El suicidio consumado es un problema de salud asociado a los intentos de suicidio, especialmente a los realizados en pacientes con trastornos afectivos. No obstante no es infrecuente que haya suicidios consumados en pacientes que nunca han acudido al sistema sanitario.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se han observado con el máximo rigor los principios establecidos por la Guía de Buenas Prácticas Clínicas.

4. RESULTADOS

4.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

4.1.1. Datos del año 1990

En la tabla 1 se describen los ingresos registrados en el Servicio de Psiquiatría en el año 1990 de aquellos pacientes que cumplían los diagnósticos establecidos como criterios de inclusión en el estudio, concretamente todos los pacientes diagnosticados en las distintas categorías de Trastornos del Humor (F 30-39) según los criterios CIE-9/CIE-10. Asimismo se recogen los ingresos de aquellos pacientes que presentaban como motivo de ingreso tentativas autolíticas.

Tabla 1. Ingresos en el servicio de psiquiatría agrupados según diagnóstico

	n	%
Trastorno esquizoafectivo	7	6,8
Trastorno bipolar	37	35,9
Trastorno del estado de ánimo	34	33,0
Intento de suicidio	25	24,3
Total	103	100,0

En la tabla 2 se revisan los diagnósticos de los pacientes que ingresaron por tentativas autolíticas, para descartar aquellos casos que no cumplían los criterios de inclusión según diagnóstico.

Tabla 2. Revisión del código diagnóstico «Intentos de suicidio»

	n	%
Trastornos relacionados con sustancias	6	24
Trastorno bipolar	1	4
Otras psicosis	1	4
Trastorno del estado de ánimo	3	12
Trastornos de la personalidad	3	12
Trastorno de la conducta alimentaria	1	4
Trastornos adaptativos	3	12
Otros trastornos	4	16
Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	1	4
Intento de suicidio sin comorbilidad psiquiátrica	2	8
Total	25	100

En la tabla 3 se presenta la muestra final del estudio, con un total de 82 ingresos que corresponden a 76 pacientes.

Tabla 3. Muestra final del estudio

	n
Nº de ingresos	82
Nº de pacientes	76

En la tabla 4 se presentan los diagnósticos de los 76 pacientes que componen la muestra final

Tabla 4. Descripción de la muestra final: distribución según diagnóstico

	n	%
Trastorno esquizoafectivo	7	9,2
Trastorno bipolar	34	44,7
Trastorno del estado de ánimo	35	46,1
Total	76	100,0

En la tabla 5 se presenta la distribución por sexo de los 76 pacientes que componen la muestra final.

Tabla 5. Descripción de la muestra final: distribución según sexo

	n	%
Mujer	43	56,6
Varón	33	43,4
Total	76	100,0

En la tabla 6 se observa que el estado civil predominante de los pacientes* era casado/a.

Tabla 6. Descripción de la muestra final: distribución según estado civil

	n	%
Casados	38	50,0
Viudos	8	10,5
Separados	2	2,6
Solteros	25	32,9
Valores perdidos	3	3,9
Total	76	100,0

Los datos disponibles de los pacientes* no son suficientemente representativos por lo que no se pueden extraer conclusiones válidas con relación al nivel educativo.

(*) Los resultados están referidos a los pacientes válidos

Tabla 7. Descripción de la muestra final: distribución según nivel educativo

	n	% válidos
Analfabeto	3	7,5
Primarios incompletos	4	10,0
E.G.B.	14	35,0
F.P.	7	17,5
B.U.P, C.O.U.	3	7,5
Universitarios	9	22,5
Total válidos	40	100,0
Valores perdidos	36	-
Total	76	-

En la tabla 8 se muestra que más 50% de los pacientes* se encontraban realizando alguna actividad (activos/ estudiantes).

Tabla 8. Descripción de la muestra final: distribución según ocupación laboral

	n	% válidos
Activo	30	47,6
Baja o Invalidez	8	12,7
Estudiante	2	3,2
Jubilado	14	22,2
Paro	9	14,3
Total válidos	63	100,0
Valores perdidos	13	-
Total	76	-

En la tabla 9 se muestra que la duración media del periodo de hospitalización durante el ingreso de 1990 fue de más de 25 días.

Tabla 9. Descripción de la muestra final: duración de la hospitalización (en días)

	n	76
Media		25,8
Mediana		23
Desviación típica		16,5
Mínimo		2
Máximo		102

(*) Los resultados están referidos a los pacientes válidos

En la tabla 10 se observa que 73 pacientes tenían al menos una hospitalización previa.

Tabla 10. Descripción de la muestra final: número de hospitalizaciones previas

	n	73
Media		2,6
Mediana		2
Desviación típica		1,9
Mínimo		1
Máximo		9

En la tabla 11 se observa que el 44,3% de los pacientes* presentaba antecedentes familiares de trastorno mental en la 1ª generación.

Tabla 11. Descripción de la muestra final: distribución según antecedentes familiares de enfermedad mental en la 1ª generación

	n	% válidos
Sin antecedentes de trastorno mental	39	55,7
Con antecedentes de trastorno mental	31	44,3
Total válidos	70	100,0
Valores perdidos	6	
Total	76	

En la tabla 12 se observa que un 50% de los pacientes* presentaban antecedentes familiares de trastorno mental en la 2ª generación.

Tabla 12. Descripción de la muestra final: distribución según antecedentes familiares de enfermedad mental en dos generaciones

	n	% válidos
Sin antecedentes de trastorno mental	35	50,0
Con antecedentes de trastorno mental	35	50,0
Total válidos	70	100,0
Valores perdidos	6	
Total	76	

Los datos disponibles de los pacientes* no son suficientemente representativos con relación al consumo de tóxicos por lo que no se pueden extraer conclusiones válidas. No obstante en la tablas 13,14, 15 y 16 se muestra la distribución según consumo.

(*) Los resultados están referidos a los pacientes válidos

Tabla 13. Descripción de la muestra final: distribución según consumo de tabaco

	n	% válidos
No fumadores	19	59,4
Fumadores	13	40,6
Total válidos	32	100,0
Valores perdidos	44	
Total	76	

Tabla 14. Descripción de la muestra final: distribución según consumo de alcohol

	n	% válidos
No y uso	33	70,2
Abuso y dependencia	14	29,8
Total válidos	47	100,0
Valores perdidos	29	
Total	76	

Tabla 15. Descripción de la muestra final: distribución según consumo de cannabis

	n	% válidos
No consumidores	33	86,8
Consumidores	5	13,2
Total válidos	38	100,0
Valores perdidos	38	
Total	76	

Tabla 16. Descripción de la muestra final: consumo de otras drogas

	n	% válidos
No consumidores	32	86,5
Consumidores	5	13,5
Total válidos	37	100,0
Valores perdidos	39	
Total	76	

En la tabla 17 se muestra que del 30,3 % de los pacientes tenían antecedentes de intentos de suicidio previos (suicidalidad constatada), el 56,5 % tenían diagnóstico de Trastorno bipolar y ninguno de Trastorno esquizoafectivo. No se pudo determinar la naturaleza de los antecedentes suicidas en el 3,9% de los casos (suicidalidad dudosa).

Tabla 17. Descripción de la muestra final: distribución según suicidalidad

	Suicidalidad constatada		Suicidalidad ausente		Suicidalidad dudosa		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trastorno esquizoafectivo	0	0	7	14	0	0	7	9,2
Trastorno bipolar	13	56,5	19	38	2	66,7	34	44,7
Trastorno del estado de ánimo	10	43,5	24	48	1	33,3	35	45,1
Total	23	100	50	100	3	100	76	100
% del total	30,3		65,8		3,9		100	

Tabla 18. Descripción de la muestra final: edad

n	76
Media	46,25
Mediana	46
Desviación típica	15,99
Mínimo	16
Máximo	72

4.1.2. Descripción de los datos del seguimiento de la muestra entre los años 1991-2000

Tabla 19. Descripción de la muestra final: número de reingresos psiquiátricos entre 1991 y 2000

n	76
Media	0,92
Mediana	0
Desviación típica	1,42
Mínimo	0
Máximo	6

En la tabla 20 se muestra que el 44,7 % de los pacientes reingresa al menos en una ocasión durante los 10 años del estudio.

Tabla 20. Descripción de la muestra final: reingresos psiquiátricos entre 1991 y 2000

	n	%	n acumulando los reingresos	% acumulando los reingresos
Sin reingresos	42	55,3	42	55,3
1 reingreso	18	23,7	34	44,7
2 reingresos	7	9,2	16	21,1
3 reingresos	3	3,9	9	11,8
4 reingresos	2	2,6	6	7,9
5 reingresos	3	3,9	4	5,3
6 reingresos	1	1,3	1	1,3
Total	76	100,0		

4.1.3. Análisis de los datos

4.1.3.1. Variable de agrupación: Suicidalidad constatada

En el análisis estadístico bivalente encontramos que los pacientes con antecedentes de intentos de suicidio constatados permanecen menos días hospitalizados en el ingreso de 1990 y muestran una tendencia a tener más hospitalizaciones previas.

La media de reingresos durante el periodo comprendido entre 1991-2000 es casi el doble en los pacientes con antecedentes de intentos de suicidio constatados.

Tabla 21. Estadísticos de grupo

	Suicidalidad	N	Media	Desviación típica
Días de hospitalización	No constatada	53	28,49	17,45
	Constatada	23	19,65	12,28
Número de hospitalizaciones previas	No constatada	50	2,36	1,70
	Constatada	23	3,17	2,15
Edad	No constatada	53	46,66	16,26
	Constatada	23	45,32	15,67
Número de Antecedentes familiares totales en la 1ª generación	No constatada	48	0,58	0,85
	Constatada	22	1,09	1,38
Antecedentes familiares en dos generaciones	No constatada	48	0,85	1,20
	Constatada	22	1,23	1,41
Reingresos entre 1991 y 2000	No constatada	53	0,70	1,19
	Constatada	23	1,43	1,78

Tabla 22. Estadísticos de contraste

	U de Mann-Whitney	Z	p
Días de hospitalización	408,0	-2,28	0,023
Número de hospitalizaciones previas	434,0	-1,74	0,082
Edad	583,0	-0,30	0,764
Número de Antecedentes familiares totales en la 1ª generación	425,0	-1,45	0,147
Antecedentes familiares en dos generaciones	444,5	-1,14	0,254
Reingresos entre 1991 y 2000	443,5	-2,08	0,038

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto antecedentes de intentos de suicidio entre los pacientes con diagnóstico de Trastorno bipolar y el resto (ver tabla 24).

Tabla 24. Diagnóstico agrupado por Suicidalidad constatada

		Suicidalidad no constatada	Suicidalidad constatada	Total	X ²	p
Resto	n	32	10	42	1,85	0,173
	%	76,2	23,8	100		
Trastorno bipolar	n	21	13	34		
	%	61,8	38,2	100		
Total	n	53	23	76		
	%	69,7	30,3	100		

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto antecedentes de intentos de suicidio constatado entre los pacientes que presentaban abuso o dependencia de tóxicos y los que presentaban uso o abstinencia de tóxicos (ver tablas 25, 26, 27 y 28).

Tabla 25. Consumo de tabaco agrupado por Suicidalidad constatada

		Suicidalidad no constatada	Suicidalidad constatada	Total	Estadístico	p
No fumadores	n	13	6	19	Exacto de Fisher	0,72
	%	68,4	31,6	100		
Fumadores	n	8	5	13		
	%	61,5	38,5	100		
Total	n	21	11	32		
	%	65,6	34,4	100		

Tabla 26. Abuso y dependencia de alcohol agrupado por Suicidalidad constatada

		Suicidalidad no constatada	Suicidalidad constatada	Total	X ²	p
No y uso de alcohol	n	23	10	33	0,69	0,41
	%	69,7	30,3	100		
Abuso y dependencia	n	8	6	14		
	%	57,1	42,9	100		
Total	n	31	16	47		
	%	66	34	100		

Tabla 27. Consumo de cannabis agrupado por Suicidalidad constatada

		Suicidalidad no constatada	Suicidalidad constatada	Total	Estadístico	p
No consumidores	n	21	12	33	Exacto de Fisher	0,36
	%	63,6	36,4	100		
Consumidores	n	2	3	5		
	%	40	60	100		
Total	n	23	15	38		
	%	60,5	39,5	100		

Tabla 28. Consumo de otras drogas agrupado por Suicidalidad constatada

		Suicidalidad no constada	Suicidalidad constatada	Total	Estadístico	p
No consumidores	n	20	12	32	Exacto de Fisher	0,38
	%	62,5	37,5	100		
Consumidores	n	2	3	5		
	%	40	60	100		
Total	n	22	15	37		
	%	59,5	40,5	100		

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo en pacientes con antecedentes de intentos de suicidio constatado.

Tabla 29. Sexo agrupado por Suicidalidad constatada

		Suicidalidad no constada	Suicidalidad constatada	Total	X ²	p
Mujer	n	28	15	43	1,002	0,317
	%	65,1	34,9	100		
Varón	n	25	8	33		
	%	75,8	24,2	100		
Total	n	53	23	76		
	%	69,7	30,3	100		

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable de estudio entre pacientes que presentaban antecedentes familiares de enfermedad mental en 1ª y 2ª generación.

Tabla 30. Presencia de antecedentes familiares de trastorno mental en la 1ª generación agrupado por Suicidalidad constatada

		Suicidalidad no constada	Suicidalidad constatada	Total	X ²	p
Sin antecedentes	n	29	10	39	1,369	0,242
	%	74,4	25,6	100		
Con antecedentes	n	19	12	31		
	%	61,3	38,7	100		
Total	n	48	22			
	%	68,6	31,4	100		

Tabla 31. Presencia de antecedentes familiares de trastorno mental en dos generaciones agrupado por Suicidalidad constatada

		Suicidalidad no constatada	Suicidalidad constatada	Total	χ^2	p
Sin antecedentes	n	26	9	35	1,061	0,303
	%	74,3	25,7	100		
Con antecedentes	n	22	13	35		
	%	62,9	37,1	100		
Total	n	48	22	70		
	%	68,6	31,4	100		

4.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

4.2.1. Datos del año 2000

En la tabla 32 se describen los ingresos registrados en el Servicio de Psiquiatría en el año 2000 de todos los pacientes con diagnóstico de Trastorno del Humor (F 30-39) según los criterios CIE-10 y de los pacientes que ingresan por haber cometido tentativas autolíticas. En la tabla 33 se revisan los diagnósticos de estos pacientes para descartar aquellos casos que no cumplen los criterios de inclusión según diagnóstico.

Tabla 32. Ingresos en el servicio de psiquiatría agrupados según diagnóstico

	n	%
Trastorno esquizoafectivo	19	6,7
Trastorno bipolar	82	29,0
Trastorno del estado de ánimo	172	60,8
Intento de suicidio	10	3,5
Total	283	100,0

Tabla 33. Revisión del código diagnóstico «Intentos de suicidio»

	n	%
Trastornos relacionados con sustancias	3	30
Esquizofrenia	2	20
Otras psicosis	2	20
Trastornos de la personalidad	1	10
Trastornos adaptativos	1	10
Intento de suicidio sin comorbilidad psiquiátrica	1	10
Total	10	100

La muestra final del estudio estaba compuesta por un total de 233 pacientes con trastornos afectivos que sumaban 273 ingresos psiquiátricos. El 31,8 % fueron diagnosticados de trastorno bipolar y el 7,7% de trastorno esquizoafectivo (Tablas 34 y 35).

Tabla 34. Muestra final del estudio

	n
Nº de ingresos	273
Nº de pacientes	233

Tabla 35. Descripción de la muestra final: distribución según diagnóstico

	n	%
Trastorno esquizoafectivo	18	7,7
Trastorno bipolar	74	31,8
Trastorno del estado de ánimo	141	60,5
Total	233	100,0

La distribución por sexos de la muestra fue prácticamente idéntica. El 43,8% de los pacientes eran solteros y el 47,8% se encontraban realizando alguna actividad (activos/ estudiantes) (Tablas 36,37 y 39).

Tabla 36. Descripción de la muestra final: distribución según sexo

	n	%
Mujer	114	48,9
Varón	119	51,1
Total	233	100,0

Tabla 37. Descripción de la muestra final: distribución según estado civil

	n	%
Casados	78	33,5
Viudos	23	9,9
Separados	21	8,9
Solteros	102	43,8
Valores perdidos	9	3,9
Total	233	100,0

Tabla 38. Descripción de la muestra final: distribución según nivel educativo

	n	% válidos
Analfabeto	1	1,1
Primarios incompletos	6	6,3
E.G.B.	23	24,2
F.P.	29	30,5
B.U.P, C.O.U.	16	16,8
Universitarios	20	21,1
Total válidos	95	100,0
Valores perdidos	138	
Total	233	

Tabla 39. Descripción de la muestra final: distribución según ocupación laboral

	n	% válidos
Activo	80	41,1
Baja o Invalidez	27	13,8
Estudiante	13	6,7
Jubilado	41	21,0
Paro	24	12,3
Recluso	10	5,1
Total válidos	195	100,0
Valores perdidos	38	
Total	233	

La duración media del periodo de hospitalización durante el ingreso del año 2000 fue de casi seis días menos que en el registro de 1990. Exceptuando a 11 pacientes, el resto tenía al menos una hospitalización previa (Tabla 40 y 41)

Tabla 40. Descripción de la muestra final: duración de la hospitalización (en días)

	n	208
Media		19,98
Mediana		16
Desviación típica		16,53
Mínimo		2
Máximo		128

Tabla. 41. Descripción de la muestra final: número de hospitalizaciones previas

	n	222
Media		3,36
Mediana		2
Desviación típica		3,46
Mínimo		1
Máximo		28

En la tabla 42 y 43 se observa que el 43,4% de los pacientes* presentaba antecedentes familiares de trastorno mental en la 1ª generación y el 50,2% en la 2ª. Los porcentajes de pacientes con carga familiar de trastorno mental son muy parecidos a los registrados en el año 1990.

(*) Los resultados están referidos a los pacientes válidos

Tabla 42. Descripción de la muestra final: distribución según antecedentes familiares de enfermedad mental en la 1ª generación

	n	% válidos
Sin antecedentes de trastorno mental	116	56,6
Con antecedentes de trastorno mental	89	43,4
Total válidos	205	100,0
Valores perdidos	28	
Total	233	

Tabla 43. Descripción de la muestra final: distribución según antecedentes familiares de enfermedad mental en dos generaciones

	n	% válidos
Sin antecedentes de trastorno mental	102	49,8
Con antecedentes de trastorno mental	103	50,2
Total válidos	205	100,0
Valores perdidos	28	
Total	233	

Respecto al consumo de sustancias, más de la mitad de los pacientes válidos eran fumadores, el 32,7 % presentaba abuso y dependencia de alcohol, el 17,2% consumía cannabis y el 19,4% otras drogas (tablas 44, 45, 46 y 47).

Tabla 44. Descripción de la muestra final: distribución según consumo de tabaco

	n	% válidos
No fumadores	67	45,3
Fumadores	81	54,7
Total válidos	148	100,0
Valores perdidos	85	
Total	233	

Tabla 45. Descripción de la muestra final: distribución según consumo de alcohol

	n	% válidos
No y uso	115	67,3
Abuso y dependencia	56	32,7
Total válidos	171	100,0
Valores perdidos	62	
Total	233	

Tabla 46. Descripción de la muestra final: distribución según consumo de cannabis

	n	% válidos
No consumidores	125	82,8
Consumidores	26	17,2
Total válidos	151	100,0
Valores perdidos	82	
Total	233	

Tabla 47. Descripción de la muestra final: consumo de otras drogas

	n	% válidos
No consumidores	125	80,6
Consumidores	30	19,4
Total válidos	155	100,0
Valores perdidos	78	
Total	233	

En la tabla 48 se muestra que del 29,6% de los pacientes tenían antecedentes de intentos de suicidio previos (suicidalidad constatada), el 26,1% tenían diagnóstico de Trastorno bipolar y 8,7% de Trastorno Esquizoafectivo. De nuevo no se pudo determinar la naturaleza de los antecedentes suicidas en el 3,9% de los casos (suicidalidad dudosa). Comparando estos resultados con los de 1990, observamos que las proporciones de pacientes con tentativas suicidas previas se mantienen casi iguales, aunque en el año 2000 los pacientes con tentativas previas que reciben el diagnóstico de trastorno bipolar son menos de la mitad.

Tabla 48. Descripción de la muestra final: distribución según suicidalidad

	Suicidalidad constatada		Suicidalidad ausente		Suicidalidad dudosa		Total	
Trastorno esquizoafectivo	6	8,7	12	7,7	0	0,0	18	7,7
Trastorno bipolar	18	26,1	51	32,9	5	55,6	74	31,8
Trastorno del estado de ánimo	45	65,2	92	59,4	4	44,4	141	60,5
Total	69	100	155	100	9	100	233	100
% del total	29,6		66,5		3,9		100	

Tabla 49. Descripción de la muestra final: edad

	n
Media	45,72
Mediana	43
Desviación típica	17,99
Mínimo	15
Máximo	87

4.2.2. Análisis de los datos

4.2.2.1. Variable de agrupación: Suicidalidad constatada

En el análisis estadístico bivalente encontramos nuevamente que los pacientes con antecedentes de intentos de suicidio previos permanecen menos días hospitalizados en el ingreso del año 2000 y que, comparados con los pacientes sin antecedentes suicidas, presentan un número significativamente mayor de hospitalizaciones previas. Es decir, los datos obtenidos en el año 2000 confirman la tendencia observada 10 años antes respecto a estas dos variables.

Tabla 50. Estadísticos de grupo

	Suicidalidad	N	Media	Desviación típica
Días de hospitalización	No constatada	145	20,94	17,12
	Constatada	63	17,76	14,98
Número de hospitalizaciones previas	No constatada	155	3,00	3,02
	Constatada	67	4,21	4,22
Edad	No constatada	163	46,26	18,43
	Constatada	68	44,45	16,95
Número de Antecedentes familiares totales en la 1ª generación	No constatada	141	0,70	1,13
	Constatada	64	0,67	0,89
Antecedentes familiares en dos generaciones	No constatada	141	0,98	1,41
	Constatada	64	0,84	1,09

Tabla 51. Estadísticos de contraste

	U de Mann-Whitney	Z	p (bilateral)
Días de hospitalización	3.820,5	-1,874	0,061
Número de hospitalizaciones previas	4.035,5	-2,712	0,007
Edad	5.247,0	-0,637	0,524
Número de Antecedentes familiares totales en la 1ª generación	4.481,0	-0,088	0,930
Antecedentes familiares en dos generaciones	4.372,5	-0,383	0,702

Tal como se observa en la Tabla 52, tampoco en el año 2000 se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto antecedentes de intentos de suicidio entre los pacientes con diagnóstico de Trastorno bipolar y el resto .

Tabla 52. Diagnóstico agrupado por Suicidalidad constatada

		Suicidalidad no constada	Suicidalidad constatada	Total	X ²	p
Resto	n	108	51	159	1,46	0,23
	%	67,9	32,1	100,0		
Trastorno bipolar	n	56	18	74		
	%	75,7	24,3	100,0		
Total	n	164	69	233		
	%	70,4	29,6	100,0		

El 46,7% de los pacientes consumidores de «otras drogas» tenían antecedentes previos de tentativas suicidas, con diferencias estadísticamente significativas respecto a los no consumidores (Tabla 56). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables sobre consumo de tóxicos (Tablas 53, 54 y 55).

Tabla 53. Consumo de tabaco agrupado por Suicidalidad constatada

		Suicidalidad no constada	Suicidalidad constatada	Total	X ²	p
No fumadores	n	51	16	67	1,59	0,21
	%	76,1	23,9	100,0		
Fumadores	n	54	27	81		
	%	66,7	33,3	100,0		
Total	n	105	43	148		
	%	70,9	29,1	100,0		

Tabla 54. Abuso y dependencia de alcohol agrupado por Suicidalidad constatada

		Suicidalidad no constada	Suicidalidad constatada	Total	X ²	p
No y uso de alcohol	n	84	31	115	0,88	0,35
	%	73,0	27,0	100,0		
Abuso y dependencia	n	37	19	56		
	%	66,1	33,9	100,0		
Total	n	121	50	171		
	%	70,8	29,2	100,0		

Tabla 55. Consumo de cannabis agrupado por Suicidalidad constatada

		Suicidalidad no constada	Suicidalidad constatada	Total	X ²	p
No consumidores	n	90	35	125	0,26	0,61
	%	72,0	28,0	100		
Consumidores	n	20	6	26		
	%	76,9	23,1	100		
Total	n	110	41	151		
	%	72,8	27,2	100		

Tabla 56. Consumo de otras drogas agrupado por Suicidalidad constatada

		Suicidalidad no constada	Suicidalidad constatada	Total	X ²	p
No consumidores	n	90	35	125	3,899	0,048
	%	72	28	100		
Consumidores	n	16	14	30		
	%	53,3	46,7	100		
Total	n	106	49	155		
	%	68,4	31,6	100		

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo en pacientes con antecedentes de intentos de suicidio constatado.

Tabla 57. Sexo agrupado por Suicidalidad constatada

		Suicidalidad no constada	Suicidalidad constatada	Total	X ²	p
Mujer	n	83	31	114	0,63	0,43
	%	72,8	27,2	100		
Varón	n	81	38	119		
	%	68,1	31,9	100		
Total	n	164	69	233		
	%	70,4	29,6	100		

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable de estudio entre pacientes que presentaban antecedentes familiares de enfermedad mental en 1ª y 2ª generación.

Tabla 58. Presencia de antecedentes familiares de trastorno mental en la 1ª generación agrupado por Suicidalidad constatada

		Suicidalidad no constada	Suicidalidad constatada	Total	X ²	p
Sin antecedentes	n	80	36	116	0,004	0,95
	%	69	31	100		
Con antecedentes	n	61	28	89		
	%	68,5	31,5	100		
Total	n	141	64	205		
	%	68,8	31,2	100		

Tabla 59. Presencia de antecedentes familiares de trastorno mental en dos generaciones agrupado por Suicidalidad constatada

		Suicidalidad no constada	Suicidalidad constatada	Total	X ²	p
Sin antecedentes	n	69	33	102	0,121	0,73
	%	67,6	32,4	100		
Con antecedentes	n	72	31	103		
	%	69,9	30,1	100		
Total	n	141	64	205		
	%	68,8	31,2	100		

5. CONCLUSIONES

Los resultados más llamativos del estudio son los relacionados con los cambios producidos entre los años 1990 y 2000. La muestra de pacientes de ambos períodos tiene similares características socio-demográficas y clínicas. Sin embargo el número de pacientes con trastorno del humor e intento de suicidio se triplica en este período, y la estancia media se acorta en casi seis días. El número de camas de hospital general no se ha modificado en este período, y probablemente la disminución de la estancia tiene que ver con el incremento del número de pacientes.

Otro hallazgo interesante del estudio, confirmado tanto en 1990 como en el año 2000, es la asociación entre los intentos de suicidio previos y la menor duración de la hospitalización. Los resultados obtenidos en el año 2000 confirman con mayor potencia estadística este hecho y también que presentan un mayor número de hospitalizaciones previas. Parece lógico que cuando estamos ante un primer intento de suicidio en un paciente con un trastorno del humor el ingreso sea más prolongado, pero no podemos ignorar que la presión asistencial debido al incremento de patología grave puede contribuir a estos resultados. No obstante, tal y como se ve en el seguimiento de la muestra de 1990, la mitad de los pacientes reingresa en un período de diez años, la mayoría varias veces. Es indudable de que se trata de una población de riesgo, y la existencia de algún dispositivo intermedio del tipo de unidades de hospitalización parcial en el propio hospital ayudaría notablemente a mejorar la valoración del riesgo de suicidio al alta. Este hecho podría ser diferente en los distintos países. Sin embargo, un estudio basado en la evidencia, publicado este año, en la revista de psiquiatría de mayor impacto (Quin and Nordentoft 2005), encuentra que existe un pico de riesgo de suicidio en el momento posterior al alta y que ese riesgo está incrementado en aquellos pacientes cuyas estancias en el hospital son menores que la media de estancia habitual, señalando también este hecho como su principal conclusión. Además señala a los trastornos del humor como el principal grupo de riesgo. Un resultado similar ha sido encontrado en un estudio reciente publicado por Desai et al. (2005). Ambos artículos señalan que los ingresos que tienen una duración inferior a la media incrementan significativamente el riesgo de suicidio al alta. A pesar de que no se puede concluir con seguridad que el ingreso más prolongado mejorará el pronóstico de estos pacientes, sí es seguro que se puede hacer una evaluación sistemática del riesgo de suicidio antes del alta y establecer un programa de tratamiento específico para estos pacientes inmediatamente después del ingreso.

Como hemos comentado anteriormente podemos observar que el número de pacientes que ingresan por diagnóstico de Trastornos del humor (F30-39) es significativamente mayor en el año 2000 que en el año 1990. Frente a los 76 pacientes que ingresan en 1990 se registran un total de 233 pacientes en el año 2000. El incremento de pacientes ingresados está indudablemente relacionado con los cambios sociodemográficos producidos en esta área sanitaria y con el hecho de que en el año 2000 dejaron de admitirse en el Hospital Psiquiátrico de Álava pacientes derivados desde la urgencia (hasta entonces se ingresaban unos 80 pacientes al año por esta vía). Además esto podría estar relacionado con el aumento de la inmigración, así como con la disminución de la edad de inicio de algunas psicosis (v.g.: trastorno bipolar) debido, en parte, al cambio de perfil del uso de sustancias en nuestra sociedad, que ha pasado de ser de sustancias sedantes a otras estimulantes que, con mayor facilidad, generan o desencadenan cuadros psicóticos/afectivos.

En los dos años objeto de estudio hemos observado que en los pacientes con diagnóstico de Trastornos del humor se aprecia una distribución muy semejante respecto al sexo y la edad. Se observa una proporción parecida de hombre y mujeres y la edad media en ambos casos es de 45-46 años.

La situación laboral mayoritaria en el año 1990 y 2000 es activa, y mientras que en el año 1990 predomina la situación civil casado/a, en el año 2000 ésta va precedida de la soltero/a.

Asimismo al comparar los datos obtenidos en el año 1990 y 2000 observamos que se mantienen las proporciones de pacientes afectivos con ingresos previos, con antecedentes familiares en primer y segundo grado y el porcentaje de pacientes con antecedentes de conductas suicidas. Alrededor del 95% de los pacientes tenían al menos un ingreso previo tanto en el año 1990 como en el 2000. Más de un 40% de los pacientes afectivos tenían antecedentes familiares de trastorno mental en la primera generación y el 50% en la segunda generación. Respecto a la existencia de antecedentes personales de tentativas

autolíticas, éstas estaban presentes en un 30% de la muestra en los dos años. La estabilidad de los datos refleja que el suicidio sigue representando en la actualidad un importante problema de salud pública en el área sanitaria de Álava.

Además en el seguimiento de diez años (1991-2000) la media de reingresos es casi el doble en los pacientes con antecedentes de suicidio constatados. Qin and Nordentoft (2005) y Desai et al. (2005) señalan que los intentos de suicidio incrementan el riesgo de reingreso en el futuro.

A pesar de lo descrito en la literatura científica, en nuestra área de estudio no se observan diferencias estadísticamente significativas en los pacientes con antecedentes de intentos de suicidio previos respecto a su edad, a la presencia de antecedentes familiares de trastorno mental, al diagnóstico psiquiátrico y tampoco respecto al género. Sin embargo, al analizar los datos del año 2000 encontramos una diferencia importante respecto al consumo de «otras drogas» (no incluyendo tabaco, cannabis ni alcohol) que es sustancialmente más elevado en los pacientes con antecedentes de intentos de suicidio previos. Pensamos que estos resultados podrían deberse tanto al tamaño de la muestra en el año 2000, que es más elevada, como en parte, al cambio en el perfil del uso de sustancias mencionado anteriormente.

6. RECOMENDACIONES

A la vista de los resultados obtenidos en nuestro estudio, podemos concluir que en los últimos años se ha triplicado el número de trastornos del humor que realizan intentos de suicidio y que requieren hospitalización. A la vez, ha disminuído en casi seis días la hospitalización de los pacientes, a pesar de que las características clínicas y demográficas se mantienen constantes, salvo el hecho de que son más frecuentes el consumo de drogas estimulantes. La historia de ingresos previos y el consumo de sustancias se relaciona con un mayor riesgo de suicidio. Todo esto unido a la menor duración de las hospitalizaciones en estos pacientes hace necesario plantearse algunos cambios tanto clínico-asistenciales como de gestión.

1. Realizar una evaluación sistemática del riesgo de suicidio antes del alta e inmediatamente tras el alta.
2. Establecer un programa de tratamiento específico para estos pacientes inmediatamente después del ingreso. Investigaciones recientes (Power et al., 2003; Nordentoft et al., 2005) sugieren un tratamiento psicoterapéutico en el que se combinen estrategias de apoyo social y psicológico como estrategia para la prevención de futuras tentativas. Además se debe utilizar la información y la psicoeducación. Estos programas idealmente deberían estar situados en el propio hospital en Unidades de Hospitalización Parcial.
3. Por otra parte, si bien es cierto que existen muchos recursos en la comunidad para el tratamiento de los trastornos afectivos, éstos deberían ser más específicos y sensibles para estos pacientes que han presentado historia de tentativas autolíticas. Por este motivo nos parece indicado plantear programas especiales en los que se integre tanto el abordaje farmacológico y el seguimiento individual como el desarrollo de terapias psicológicas de apoyo individual y familiar.
4. Sería adecuado mejorar la comunicación entre los servicios ambulatorios y hospitalarios para el seguimiento de estos pacientes con reingresos frecuentes.
5. Se debería realizar una evaluación cuidadosa de los pacientes afectivos con consumo concomitante de sustancias.
7. Se deberían realizar políticas activas de prevención del consumo de drogas en pacientes psiquiátricos y población general.
8. Se debe comprobar el impacto de programas psicoeducativos en la prevención del riesgo suicida y en la mejoría del pronóstico de los pacientes afectivos y psiquiátricos en general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baldessarini RJ. and Tondo L. Suicide risk and treatment for patients with bipolar disorder *JAMA* 2003; 290:1517-1519.
2. Baxter D. and Appleby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 1999; 175:322-6.
3. Beautrais AL. et al. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153(8): 1009-1014.
4. Beck AT. et al. The relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry* 1990; 147:190-195.
5. Blumenthal SJ. Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Medical Clinics of North America* 1988; 72:937-971.
6. Bobes J. et al. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. *Psiquiatría Médica* 1997. Editorial Masson.
7. Botswick JM. and Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *American Journal of Psychiatry* 2000, 157:1925-1932.
8. Caldwell CB. and Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin* 1990;16:571-589.
9. De Hert M. et al. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long term follow up study. *Schizophrenia Research* 2001; 47:127-134.
10. Desai RA. et al. Mental health service delivery and suicide risk: the role of individual patient and facility factors. *American Journal of Psychiatry* 2005;162 (2):311-318.
11. Dilsaver SC. et al. Suicidality in patients with pure and depressive mania. *American Journal Psychiatry* 1994, 151:1312-1315.
12. Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi y Rafael Lozano (Eds.). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. 2003.
13. Fagiolini A. et al. Suicide attempts and ideation in patients with bipolar I disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004; 65 (4):509-14.
14. Gaynes BN. et al. Screening for suicide risk in adults: A Summary Of The Evidence For The U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine* 2004; 140 (10):822-35.
15. Golberg JF. et al. Correlates of suicidal ideation in dysphoric mania. *Journal of Affective Disorders* 1999;56:75-81
16. Golberg JF. et al. Association of recurrent suicidal ideation with nonremission from acute mixed mania. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155:1753-1755.
17. Gray SM. and Otto MW. () Psychosocial approaches to suicide prevention: applications to patients with bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2001, 62 Suppl 25:56-64.
18. Hakan J. and von Knorring AL. Suicide and suicide attempts in adolescent-onset psychotic disorders. *Nordic Journal of Psychiatry* 2004;58(2):115-123.
19. Harris EC. and Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A Meta-Analysis. *British Journal of Psychiatry* 1997;170:205- 28.
20. Hawton K. et al. (Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: A systematic review of risk factors. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2005;66:693-704.
21. Injury: a leading cause of the global burden of disease. Ginebra, Organización Mundial de la Salud 1999 (documento WHO/HSC/PVI/99.11)
22. Isometsa ET. and Lonnqvist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *British Journal of Psychiatry* 1998;173:531-5.
23. King EA. et al. The wessex Recent in-patient suicide study, I. Case-control study of 234 recently discharge psychiatric patient suicides. *British Journal of Psychiatry* 2001;178:531-536.
24. Lecrubier Y. La influencia de la comorbilidad en la prevalencia de la conducta suicida. *European Psychiatry* 2002; Ed. Esp. 9:90-94.
25. López P. et al. Suicide attempts in bipolar patients. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62(12):63-966.
26. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. En: Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention: toward the year 2000*. Nueva York, NY, Guilford, 1985:22-35.
27. Müller DJ. et al. Suicide attempts in schizophrenia and affective disorders with relation to some specific demographical and clinical characteristics. *European Psychiatry* 2005;20:65-69.
28. Neeleman J. A continuum of Premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psy-

- chosocially vulnerable. *International Journal Epidemiology* 2001;30:154-162.
29. Nordentoft M. et al. OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry* 2002;181(43):98-106.
30. Nordentoft M. et al. Effect of a Suicide Prevention Centre for young people with suicidal behaviour in Copenhagen. *European Journal of Psychiatry* 2005;20(2): 121-128.
31. Owens D. et al. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic Review. *British Journal of Psychiatry* 2002;181:93-195.
32. Perugi G. et al. Polarity of the first episode, clinical characteristics and course of manic depressive illness: a systematic retrospective investigation of 320 bipolar I patients. *Comprehensive Psychiatry* 2000;1(1):13-18.
33. Power PJ. et al. Suicide prevention in first episode psychosis: the development of a randomised controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2003; 37 (4): 414-420.
34. Qin P. et al. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 546-550.
35. Qin P. And Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry* 2005;62 (4):427-432.
36. Roy A. Suicide in schizophrenia. En: Roy A, ed. *Suicide*. Baltimore, MD, Williams & Wilkins 1986;97-112.
37. Schwartz RC. and Smith SD. Suicidality and psychosis: The predictive potential of symptomatology and insight into illness. *Journal Psychiatry Research* 2004;38(2):185-91.
38. Shang-Ying MT. et al. Risk factors for completed suicide in bipolar disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2002, 63:469-476.
39. Skogman K. et al. (Sex Differences in risk factors for suicide after attempted suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39 (2): 113-120.
40. Stoudemire A. et al. (1986) The economic burden of depression. *General Hospital Psychiatry* 8:387-394.
41. Strakowski SM. et al. Suicidality among patients with mixed and manic bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153 (5): 674-676.
42. Tondo L. et al. Lower suicide risk with long-time lithium treatment in major affective illness: A meta-analysis. *Acta Psychiatr Scandinavica* 2001;104: 163-172.
43. Tondo L et al. Suicide in bipolar disorder: Risk and prevention. *CNS Drugs* 2003; 17:491-511.

ISBN 978-84-457-2549-8



9 788445 725498

P.V.P.: 12 €