

**ORIGINAL
BREVE**

Recibido: 15/11/2022
Aceptado: 21/9/2023
Publicado: 20/11/2023
e202311099
e1-e9

Elderly people's suicide attempts in psychiatric emergency departments

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

FINANCIACIÓN

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

CORRESPONDENCIA

José Javier López-Goñi
Departamento de Ciencias de la Salud.
Universidad Pública de Navarra.
Campus de Arrosadía, s/n.
CP 31006. Pamplona, España.
josejavier.lopez@unavarra.es

CITA SUGERIDA

Yárnoz-Goñi N, López-Goñi JJ, Goñi-Sarriés A. Intentos de suicidio en personas mayores en servicios de Urgencias psiquiátricas hospitalarias. Rev Esp Salud Pública. 2023; 97: 20 de noviembre e202311099.

Intentos de suicidio en personas mayores en servicios de Urgencias psiquiátricas hospitalarias

AUTORES

Nora Yárnoz-Goñi (1)
José Javier López-Goñi (2,3)
Adriana Goñi-Sarriés (3,4)

FILIACIONES

- (1) Servicio Aragonés de Salud; Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza, España.
- (2) Universidad Pública de Navarra. Pamplona, España.
- (3) IdISNA (Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra). Pamplona, España.
- (4) Red de Salud Mental de Navarra; Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. España.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

CONCEPTUALIZACIÓN
JJ López-Goñi
A Goñi-Sarriés

CONSERVACIÓN DE DATOS
A Goñi-Sarriés

ANÁLISIS FORMAL
N Yárnoz-Goñi
JJ López-Goñi
A Goñi-Sarriés

FINANCIACIÓN
JJ López-Goñi
A Goñi-Sarriés

ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y METODOLOGÍA
JJ López-Goñi

ANÁLISIS Y REDACCIÓN DEL PRIMER BORRADOR
N Yárnoz-Goñi

COMENTARIOS Y REVISIONES CRÍTICAS A LAS DIFERENTES VERSIONES DEL TEXTO
N Yárnoz-Goñi
JJ López-Goñi
A Goñi-Sarriés

SUPERVISIÓN DEL TEXTO
JJ López-Goñi

VALIDACIÓN
N Yárnoz-Goñi
JJ López-Goñi
A Goñi-Sarriés

RESUMEN

FUNDAMENTOS // En las personas mayores hay una alta prevalencia de trastorno mental, baja demanda asistencial y mayor riesgo de conducta suicida. La atención en Urgencias psiquiátricas puede ser la puerta de acceso a los servicios de salud. Por lo tanto, este trabajo tuvo como objetivos: 1) comparar el perfil de las personas de sesenta y cinco o más años atendidas por intento de suicidio (IS) y las atendidas por otros problemas de salud mental en Urgencias psiquiátricas hospitalarias; y 2) establecer la especificidad de la *Escala de Cribado Columbia* (C-SSRS) en la exploración del riesgo de suicidio.

MÉTODOS // Se realizó un análisis secundario de un estudio observacional descriptivo, multicéntrico, en el que se compararon todas las personas atendidas por IS (n=21) y un grupo control (n=27) atendido por otro motivo, entre enero y octubre de 2015. Se realizan análisis no paramétricos en variables sociodemográficas, clínicas, acontecimientos vitales estresantes vividos y C-SSRS.

RESULTADOS // 1) Entre quienes acuden por IS el 52,4% eran hombres mientras que los que acudían por otro motivo eran el 18,5%. 2) El 38,1% de quienes acudieron por IS se encontraban en seguimiento en salud mental frente al 66,7% de los atendidos por otros motivos. 3) El cribado mediante C-SSRS discriminó entre las atenciones por IS y otro motivo.

CONCLUSIONES // El IS en los hombres mayores puede ser la oportunidad para iniciar la atención y continuidad de cuidados en los servicios de salud mental. Se recomienda el uso de la escala C-SSRS en Urgencias psiquiátricas hospitalarias.

PALABRAS CLAVE // Intento de suicidio; Servicios de Urgencia Psiquiátrica; Personas mayores; *Escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio*; *Escala de acontecimientos vitales estresantes*.

ABSTRACT

BACKGROUND // Elderly people have a high prevalence of mental disorder, low demand for care and increased risk of suicidal behaviour. Psychiatric emergency care may be the gateway to health services. Therefore, the aims of this study were: 1) to compare the profile of people aged sixty-five years and older seen for suicide attempts (SA) and those seen for other mental health problems in hospital psychiatric emergency departments; and 2) to establish the specificity of the *Columbia Screening Scale* (C-SSRS) in the exploration of suicide risk.

METHODS // We carried out a secondary analysis of a descriptive, multicentre, observational, descriptive study comparing all persons seen for SA (n=21) and a control group (n=27) seen for another reason, between January and October 2015. Non-parametric analyses were performed on sociodemographic and clinical variables, stressful life events experienced and C-SSRS.

RESULTS // 1) Among those attending for SA, 52.4% were men while those attending for another reason accounted for 18.5%. 2) 38.1% of those attending for SA were in mental health follow-up compared to 66.7% of those attending for other reasons. 3) C-SSRS screening discriminated between those seen for SA and those seen for other reasons.

CONCLUSIONS // SA in older men may be the opportunity to initiate care and continuity of care in mental health services. The use of the C-SSRS scale in hospital psychiatric emergency departments is recommended.

KEYWORDS // Attempted suicide; Psychiatric Emergency Services; Aged; *Columbia Suicide Severity Rating Scale*; *List of Threatening Experiences-LTE*.

INTRODUCCIÓN

EN ESPAÑA LA SOCIEDAD ESTÁ CADA VEZ más envejecida. El Instituto Nacional de Estadística estima que entre 2022 y 2035 la población española mayor de sesenta y cinco años pasará de un 20,08% a un 26,5%. Según el estudio BDCAP (1), entre un 30% y un 50% de las personas de edad avanzada presenta problemas de salud mental. Además, pocas de ellas acceden a servicios especializados de salud mental (2), por lo que no están correctamente atendidas. Por ejemplo, en el estudio PSICOTARD (3) más de la mitad de las personas a las que se les detectó un problema de salud mental durante el estudio no tenían registrado en su Historia Clínica ningún diagnóstico de salud mental en ese momento. Esta situación es preocupante puesto que, entre otras problemáticas, las personas mayores tienen las tasas más altas de suicidio (especialmente a partir de los setenta y cinco años), constituyendo por ello un grupo vulnerable de riesgo para el suicidio. Además, la conducta suicida en las personas mayores es más letal que en otros grupos de edad. Mientras que en los más jóvenes la proporción entre intentos y muerte por suicidio es de 200:1, entre los mayores es de 4:1. Esto responde a varios factores que hacen que se produzca el suicidio al primer intento en una gran mayoría de personas. En unos casos se emplean métodos letales (ahorcamiento, precipitación, arma de fuego), se llevan a cabo de forma planificada y poco impulsiva; y, en otros casos, se suelen utilizar métodos pasivos de muerte (dejar de alimentarse, no tomar el tratamiento pautado, aislamiento social progresivo) (4).

También se han encontrado factores de riesgo específicos para la conducta suicida en las personas mayores: presencia de acontecimientos vitales estresantes; pérdida de seres queridos (viudedad); pérdida de autonomía funcional; pérdida de roles sociales (asociados a la jubilación); pobreza; enfermedad crónica dolorosa e incapacitante; soledad; y falta de apoyo social (5). Todo esto conlleva una

modificación del estilo de vida de estas personas, situándolas en una posición vulnerable. Además, el riesgo se incrementa si se padece un trastorno mental. Se estima que dos tercios de los suicidios en personas mayores están asociados con la depresión. Sin embargo, sólo el 21% de los fallecidos por suicidio se encontraba en seguimiento por su salud mental, y el 43% había tenido un contacto previo con los servicios asistenciales (6). Entre quienes realizan un IS, apenas la mitad (2,7) estaban en tratamiento en salud mental.

En resumen, en las personas mayores destaca una alta prevalencia de problemas de salud mental, un mayor riesgo de conducta suicida y una baja demanda asistencial que dificulta la identificación del riesgo suicida. Por lo tanto, los servicios de Urgencias psiquiátricas pueden ser el primer contacto con el sistema sanitario que valora tanto la conducta suicida como otras problemáticas. Por ello, en este estudio se realizó un análisis secundario de datos con los siguientes objetivos:

- 1) Comparar el perfil de las personas de sesenta y cinco o más años atendidas por intento de suicidio (IS) y las atendidas por otros problemas de salud mental en Urgencias psiquiátricas hospitalarias.
- 2) Establecer la especificidad de la *Escala de Cribado Columbia* (8) en la exploración del riesgo de suicidio en las personas mayores.

SUJETOS Y MÉTODOS

EN ESTE TRABAJO SE SIGUIÓ LA *DECLARACIÓN de Helsinki* de investigación en humanos y su revisión de Fortaleza (Brasil) adoptada en la 64ª Asamblea General celebrada en octubre de 2013. También se respetó la normativa española en cuanto a la confidencialidad y manejo de los datos según la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Además, contó con la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica del

Intentos de suicidio en personas mayores en servicios de Urgencias psiquiátricas hospitalarias

NORA YÁRNOZ-GOÑI et al.

Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (proyecto nº 95/2014). Se trata de un análisis secundario de un estudio observacional descriptivo, multicéntrico y de caso-control.

Participantes. Se aplicó un protocolo que recogía variables sociodemográficas, clínicas y una evaluación psiquiátrica de las personas atendidas en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra y en el Hospital Reina Sofía de Tudela entre enero y octubre de 2015. Ambos son los únicos centros públicos que atienden Urgencias psiquiátricas en la Comunidad Foral de Navarra, por lo que esta investigación se realizó con la totalidad de la población disponible. Cuando se identificaba a un paciente con IS (caso), se reclutaba al siguiente paciente atendido por cualquier otro tipo de urgencia psiquiátrica como control. Se consideró IS todo comportamiento autoinfligido, potencialmente perjudicial, con resultado no fatal, para el cual había evidencia, explícita o implícita, de intención de muerte. Con esta misma muestra, se publicaron una descripción de los IS y de otras Urgencias psiquiátricas (9), un estudio de seguimiento a los dos años (10). Asimismo, con parte de la muestra se publicó un estudio de seguimiento a los seis meses (11) y una comparación ente IS leves, graves y muertes por suicidio (12).

Los criterios de inclusión en este análisis fueron ser mayor de sesenta y cinco años, ser atendido en las Urgencias psiquiátricas y firmar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron no aceptar participar, presentar imposibilidad para contestar, tener dificultad con el idioma o padecer discapacidad intelectual.

Instrumentos de evaluación.

Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha en su validación española (13): Inventario que examina los acontecimientos vitales experimentados por el paciente en los últimos seis meses. Consta de doce ítems dicotómicos que sólo admiten dos respuestas: pre-

sente/ausente. A mayor número de acontecimientos, mayor gravedad.

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

Procedimiento. La selección y valoración de la muestra se llevó a cabo a través de los miembros del equipo investigador mediante entrevista clínica a los sujetos del estudio. Las entrevistas se realizaron tras seleccionar y estabilizar, si era preciso, la situación clínica del paciente.

Análisis estadístico. En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos para todas las variables, estimándose los respectivos intervalos de confianza del 95% (IC_{95%}). En segundo lugar, se llevaron a cabo comparaciones bivariadas entre las personas del grupo que habían llevado a cabo un IS (n=21) y las del grupo control (n=27). Dado el tamaño de los subgrupos (menor de treinta) se emplearon pruebas no paramétricas (chi-cuadrado, o la prueba U de Mann-Whitney, según la naturaleza de las variables analizadas), considerándose una p menor de 0,05 como significativa. Posteriormente se calcularon los intervalos de confianza al 95%, así como el tamaño del efecto (ϕ o V en las variables categoriales y r en la edad). Los valores superiores a 0,50 se consideraron como un efecto mediano y, por encima de 0,80, grande. Todos estos análisis se realizaron mediante el programa estadístico IBM® SPSS® versión 22.0. Finalmente, se calculó el poder estadístico *post hoc* (1 menos la probabilidad del error β) como una función con un $\alpha=0,05$, el tamaño de efecto poblacional y la N con el programa G*Power versión

3.1.9.6. Los valores por encima de 0,80 se consideraron adecuados para aceptar las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Comparación entre atendidos por intento de suicidio y otros motivos. En la **TABLA 1** se presenta la descripción de la muestra. El 52,4% ($n=21$) de quienes fueron atendidos por un IS eran hombres frente al 18,5% ($n=5$) de quienes fueron atendidos por otro motivo ($X^2=6,1$; $g.l.=1$; $p=0,014$). Las personas atendidas por un IS eran menores ($U=183,5$; $g.l.=46$; $p=0,037$) [**TABLA 1**].

En la **TABLA 2** se presenta la descripción y comparación en variables clínicas. Entre quienes fueron atendidos por un motivo distinto al IS, el 66,7% ($n=18$) se encontraban atendidos en Salud Mental, frente al 38,1% ($n=8$) de quienes fueron atendidos por IS ($X^2=3,9$; $g.l.=1$; $p=0,049$). Los trastornos mentales más prevalentes entre quienes realizaron un IS fueron los afectivos, aunque se encontró una proporción mayor con diferencias estadísticamente significativas en los trastornos por consumo. Ninguna persona con este diagnóstico fue atendida por otro motivo diferente al IS ($X^2=5,6$; $g.l.=1$; $p=0,018$).

En lo relativo a la *Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes* [**TABLA 3**], el acontecimiento más prevalente en la muestra fue la enfermedad propia (64,6%; $n=31$), seguida por un problema grave con persona cercana (39,6%; $n=19$) y la enfermedad de un familiar (29,2%; $n=14$), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Especificidad de la Escala de Cribado Columbia. En lo concerniente a la *Escala de Cribado Columbia* [**TABLA 3**] en todas las preguntas se encontraron diferencias entre quienes fueron atendidos por un IS o por otro motivo.

DISCUSIÓN

EN ESTE ANÁLISIS DE POBLACIÓN DE MAYORES DE sesenta y cinco años atendidos en Urgencias psiquiátricas destacan los siguientes resultados:

- 1) Se encuentra una mayor proporción de hombres entre quienes han realizado un intento y de mujeres entre quienes acuden por otro motivo.
- 2) La mayoría de los atendidos por otros motivos ya se encuentran en tratamiento en servicios de salud mental, y quienes acuden por un intento, no.
- 3) El cribado realizado en el servicio de Urgencias mediante la Escala Columbia discrimina entre las atenciones por un IS y otro motivo.

En población adulta, las mujeres presentan más IS que los hombres. Sin embargo, entre los mayores de sesenta y cinco años se encuentran más hombres que acuden por un IS. Este es un dato llamativo, teniendo en cuenta, además, que acuden más mujeres a Urgencias de psiquiatría por otro motivo distinto al IS. Este hallazgo está en la línea del estudio de Kim *et al.*, que informaron de mayor prevalencia de hombres en ese grupo de edad (14). Además, también se encuentra la enfermedad propia como el principal estresor en esta población frente a los conflictos interpersonales en población adulta (4,14). Finalmente, otro resultado a tener en cuenta en futuras investigaciones es la incidencia de los trastornos por consumo como factor de riesgo, además de los trastornos afectivos (14). Desde una perspectiva clínica, estos factores determinan grupos vulnerables en los que se deben focalizar los esfuerzos terapéuticos y la continuidad de cuidados. Por lo tanto, es necesario promover y evaluar estrategias dirigidas específicamente a estos grupos poblacionales.

Tabla 1
Descripción y comparación de variables sociodemográficas.

Variables	Total (N=48)		No intento de suicidio (n=27)		Intento de suicidio (n=21)		IC _{95%}	X ² (g.l.)	P	Intervalo confianza diferencia 95% Phi (1-probabilidad error β)	
	n	%	n	%	n	%				Inferior	Superior
Sexo											
Hombres	16	33,3%	20,4-48,4	5	18,5%	6,3-38,1	11	52,4%	29,8-74,3		
Mujeres	32	66,7%	51,6-79,6	22	81,5%	61,9-93,7	10	47,6%	25,7-70,2	0,014	-0,567 -0,063 0,36 0,78
Estado civil											
Soltero/a	5	10,4%	3,5-22,7	2	7,4%	0,9-24,3	3	14,3%	3,0-36,3		
Casado/a o en pareja	25	52,1%	37,2-66,7	13	48,1%	28,7-68,1	12	57,1%	34,0-78,2		
Divorciado/a Separado/a	4	8,3%	2,3-20,0	3	11,1%	2,4-29,2	1	4,8%	0,1-23,8	0,5 (1) ^(a)	0,471 -0,163 0,325 0,10 0,09
Viudo	14	29,2%	17,0-44,1	9	33,3%	16,5-54,0	5	23,8%	8,2-47,2		
Nacido/a en España	48	100%	92,6-100	27	100%	87,2-100	21	100%	83,9-100	n.a.	- - - -
Sin estudios	7	14,6%	6,1-27,8	3	11,1%	2,4-29,2	4	19%	5,4-41,9		
Nivel de estudios											
Estudios primarios	30	62,5%	47,4-76,0	17	63%	42,4-80,6	13	61,9%	38,4-81,9	0,3 (1) ^(b)	0,574 -0,177 0,288 0,08 0,10
Estudios secundarios	11	22,9%	12,0-37,3	7	25,9%	11,1-46,3	4	19%	5,4-41,9		
Bajo	8	16,7%	7,5-30,2	4	14,8%	4,2-33,7	4	19%	5,4-41,9		
Medio	39	81,3%	67,4-91,1	23	85,2%	66,3-95,8	16	76,2%	52,8-91,8	0,2 (1) ^(c)	0,696 -0,270 0,168 0,06 0,06
Alto	1	2,1%	0,1-11,1	0	-	0-12,8	1	4,8%	0,1-23,8		
Solo	11	22,9%	12,0-37,3	7	25,9%	11,1-46,3	4	19%	5,4-41,9		
Situación de convivencia											
Familia	30	62,5%	47,4-76,0	17	63%	42,4-80,6	13	61,9%	38,4-81,9	0,8 (2)	0,685 -0,177 0,288 0,13 0,12
Otros	7	14,6%	-	3	11,1%	-	4	19%	-		
Tiene hijos											
No	33	68,8%	53,7-81,3	20	74,1%	53,7-88,9	13	61,9%	38,4-81,9	0,8 (1)	0,367 -0,134 0,368 0,13 0,11
Sí, no practicante	5	10,4%	3,5-22,7	4	14,8%	4,2-33,7	1	4,8%	0,1-23,8		
Sí, practicante	8	16,7%	7,5-30,2	1	3,7%	0,1-19,0	7	33,3%	14,6-57,0	2,3 (1) ^(d)	0,130 -0,055 0,430 0,22 0,37
Creencia religiosa	35	72,9%	58,2-84,7	22	81,5%	61,9-93,7	13	61,9%	38,4-81,9		
Variable	M (d.t.)	IC_{95%}	M (d.t.)	IC_{95%}	M (d.t.)	IC_{95%}	M (d.t.)	IC_{95%}	U (g.l.)	P	r
Edad	73,8	6,9	71,8-75,8	75,0	6,1	72,6-77,5	72,1	7,7	68,6-75,6	183,5 (46)	0,037 - - - 0,30 -

n.a.: Número de casillas con valor esperado menor de 5 mayor a 20%; (a) Se ha comparado la categoría viudo frente a resto de categorías; (b) Se ha comparado la categoría estudios secundarios frente a resto de categorías; (c) Se ha comparado la categoría bajo frente a resto de categorías; (d) Se ha comparado la categoría Sí, practicante frente a resto de categorías.



Tabla 2
Descripción y comparación de variables clínicas.

Variables	Total (N=48)		No intento de suicidio (n=27)		Intento de suicidio (n=21)		X ² (g.l.)	P	Intervalo confianza diferencia 95%		Phi (1-probabilidad error β)	
	n	%	n	%	n	%			Inferior	Superior		
Antecedentes de trastorno mental	37	77,1%	23	85,2%	14	66,7%	2,3 (1)	0,130	- 0,554	0,416	0,219	0,22
Intentos de suicidio previos	9	18,8%	3	11,1%	6	28,6%	2,4 (1)	0,124	- 0,400	0,050	0,222	0,28
Enfermedad física discapacitante	20	41,7%	8	29,6%	12	57,1%	3,7 (1)	0,055	- 0,505	0,004	0,277	0,31
Atención previa en Urgencias psiquiatría	25	52,1%	17	63%	8	38,1%	2,9 (1)	0,087	- 0,330	0,481	0,247	0,22
Ingreso previo unidad hospitalización psiquiátrica	14	29,2%	9	33,3%	5	23,8%	0,5 (1)	0,471	- 0,093	0,369	0,104	0,08
Tratamiento farmacológico actual	38	79,2%	23	85,2%	15	71,4%	1,3 (1)	0,244	- 0,093	0,369	0,168	0,14
Apoyo social/familiar	43	89,6%	24	88,9%	19	90,5%	0,0 (1)	0,858	- 0,199	0,191	0,026	0,06
Atendidos en Salud Mental	26	54,2%	18	66,7%	8	38,1%	3,9 (1)	0,049	0,003	0,528	0,284	0,53
Historia familiar de suicidio	4	8,3%	1	3,7%	3	14,3%	1,7 (1)	0,188	- 0,312	0,067	0,190	0,25
Ajuste farmacológico en Urgencias	34	70,8%	20	74,1%	14	66,7%	0,3 (1)	0,575	- 0,173	0,322	0,081	0,07
No diagnóstico	6	12,5%	4	14,8%	2	9,5%	0,3 (1)	0,582	- 0,160	0,242	0,079	0,08
Trastornos por consumo	4	8,3%	0	-	4	19%	5,6 (1)	0,018	- 0,400	- 0,022	0,342	0,87
Trastornos psicóticos	4	8,3%	4	14,8%	0	-	3,3 (1)	0,065	- 0,030	0,325	0,266	0,21
Trastornos afectivos	17	35,4%	8	29,6%	9	42,9%	0,9 (1)	0,342	- 0,388	0,139	0,137	0,08
Trastornos adaptativos y de ansiedad	10	20,8%	8	29,6%	2	9,5%	2,9 (1)	0,089	- 0,037	0,402	0,246	0,63
Trastorno personalidad	2	4,2%	1	3,7%	1	4,8%	0,1 (1)	0,856	- 0,192	0,140	0,026	0,05

(a) Las comparaciones se han realizado en cada categoría frente al resto.

Tabla 3

Descripción y comparación en Acontecimientos Vitales Estresantes y Escala Columbia.

Variables	Total (N=48)		No intento de suicidio (n=27)		Intento de suicidio (n=21)		X ²	g.l.	p	Intervalo confianza diferencia 95%		Phi (1-probabilidad error β)		
	n	%	n	%	n	%				Inferior	Superior			
Enfermedad propia	31	64,6%	18	66,7%	13	61,9%	38,4-81,9	0,117	1	0,732	-0,218	0,310	0,049	0,06
Problema grave con persona cercana	19	39,6%	10	37%	9	42,9%	21,8-66,0	0,167	1	0,683	-0,316	0,204	0,059	0,05
Enfermedad familiar	14	29,2%	9	33,3%	5	23,8%	8,2-47,2	0,519	1	0,471	-0,163	0,325	0,104	0,08
Muerte familiar o amigo 2º grado	8	16,7%	3	11,1%	5	23,8%	8,2-47,2	1,371	1	0,242	-0,352	0,088	0,169	0,12
Crisis económica grave	3	6,3%	1	3,7%	2	9,5%	1,2-30,4	0,683	1	0,409	-0,254	0,103	0,119	0,07
Muerte familiar 1º grado	3	6,3%	1	3,7%	2	9,5%	1,2-30,4	0,683	1	0,409	-0,254	0,103	0,119	0,07
Ruptura de relación	2	4,2%	1	3,7%	1	4,8%	0,1-23,8	0,033	1	0,856	-0,192	0,140	0,026	0,05
Separación	1	2,1%	1	3,7%	0	-	0-16,1	n.a.	-	-	-	-	-	-
Pérdida de empleo o no encontrado	0	-	0	-	0	-	0-16,1	n.a.	-	-	-	-	-	-
Problemas con la policía o legales	0	-	0	-	0	-	0-16,1	n.a.	-	-	-	-	-	-
Robo o pérdida de objeto de valor	0	-	0	-	0	-	0-16,1	n.a.	-	-	-	-	-	-
Despido laboral	0	-	0	-	0	-	0-16,1	n.a.	-	-	-	-	-	-
Deseo de estar muerto	31	64,6%	18	66,7%	13	61,9%	38,4-81,9	0,117	1	0,732	-0,218	0,310	0,049	0,06
Pensamientos activos de suicidio no específicos	21	43,8%	10	37%	11	52,4%	21,8-66,0	0,167	1	0,683	-0,316	0,204	0,059	0,05
Pregunta de conducta suicida	13	27,1%	8	29,6%	5	23,8%	8,2-47,2	0,519	1	0,471	-0,163	0,325	0,104	0,08
Total (N=21)			No intento de suicidio (n=2)		Intento de suicidio (n=19)									
Ideas activas con cualquier método sin intención de actuar	18	85,7%	63,7-97,0	1	50%	1,3-98,7	17	89,5%	66,9-98,7	n.a.	-	-	-	-
Ideas activas con alguna intención de actuar sin plan específico	15	71,4%	47,8-88,7	0	-	0-84,2	15	78,9%	54,4-93,9	n.a.	-	-	-	-
Ideas activas con intención y plan específico	10	47,6%	25,7-70,2	0	-	0-84,2	10	52,6%	28,9-75,6	n.a.	-	-	-	-

n.a.: Número de casillas con valor esperado menor de 5 mayor a 20%.

Intentos de suicidio en personas mayores en servicios de Urgencias psiquiátricas hospitalarias
NORA YÁRNOZ-GOÑI et al.

Rev Esp Salud Pública
 Volumen 97
 20/11/2023
e202311099

Otro dato clínicamente relevante es que las personas mayores que acuden a la Urgencia de psiquiatría por otros motivos ya están en seguimiento por salud mental, a diferencia de quienes acuden por IS. Este resultado confirma la escasa utilización de los servicios especializados de salud mental por parte de este grupo de población (2,7). Indagar las razones de esta baja utilización probablemente llevaría a revisar aspectos como la escasa accesibilidad de los servicios de salud mental, la tolerancia al malestar por parte de este colectivo, el infradiagnóstico e infratratamiento, así como la prescripción de psicofármacos como abordaje mayoritario en el primer nivel asistencial (2). De hecho, las evidencias asocian la actividad física y el abordaje multidisciplinar más que el tratamiento farmacológico para la prevención de la conducta suicida en este grupo de edad (15).

En este estudio, la *Escala de cribado C-SSRS* discrimina el motivo de atención urgente y parece que responde a las necesidades del clínico. Por lo tanto, a pesar de que la utilización de escalas psicométricas de evaluación de riesgo de suicidio no está integrada en la prác-

tica clínica de las Urgencias, la *Escala C-SSRS* se puede recomendar porque contribuye a la sistematización de la evaluación del riesgo como un apoyo a la entrevista clínica (7).

Este trabajo presenta dos limitaciones que pueden afectar a la generalización de las conclusiones. Se realizó en un contexto de Urgencias psiquiátricas, por lo que el perfil de personas analizadas puede diferir del perfil de quienes realizan un IS y no llegan a recibir atención médica. Por otro lado, únicamente se llevó a cabo en una comunidad uniprovincial. Esto hizo que, aunque se incluyó a todas las personas atendidas en un periodo de nueve meses, la n resultante fue muy baja, con una mayor proporción de mujeres. Sería deseable continuar con esta línea de investigación en estudios multicéntricos de mayor representatividad, máxime cuando apenas se cuenta con estudios en España sobre esta población.

En conclusión, el IS en los hombres mayores puede ser la oportunidad para iniciar la atención y la continuidad de cuidados en los servicios de salud mental. ©

BIBLIOGRAFÍA



1. Subdirección General de Información Sanitaria. *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2.* [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
2. Soriano J, Portes J, Cornes JM, Portela B, Brenlla J, Mateos R. *Contacto sanitario previo a intentos de suicidio en personas de edad avanzada. Un estudio de campo en Galicia, España.* *Actas Esp Psiquiatr.* 2020;48(3):106-115.
3. Olivera J, Benabarre S, Lorente T, Rodríguez M, Pelegrín C, Calvo JM *et al.* *Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: preliminary findings.* *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008;23(9):915-921.
4. Beghi M, Butera E, Cerri CG, Cornaggia CM, Febbo F, Mollica A *et al.* *Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides.* *Neurosci Biobehav Rev.* 2021;127:193-211.
5. Valera Orfín J, Lucerón Lucas-Torres MI. *Factores relacionados con el suicidio en personas mayores: una revisión sistemática.* *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2021 [consultado 11 junio 2023]; 95: e202110166. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/REVISIONES/RS95C_202110166.pdf
6. Dennis MS, Wakefield P, Molloy C, Andrews H, Friedman T. *A study of self-harm in older people: Mental disorder, social factors and motives.* *Aging Ment Health.* 2007;11(5):520-525.
7. Wiktorsson S, Strömsten L, Renberg ES, Runeson B, Waern M. *Clinical Characteristics in Older, Middle-Aged and Young Adults Who Present With Suicide Attempts at Psychiatric Emergency Departments: A Multisite Study.* *Am J Geriatr Psychiatry.* 2022;30(3):342-351.
8. Al-Halabí S, Sáiz PA, Burón P, Garrido M, Benabarre A, Jiménez E *et al.* *Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio).* *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016;9(3):134-142.
9. Goni-Sarries A, Janda-Galan L, Macaya-Aranguren P, Azcarate L, Lopez-Goni JJ, Alvarez I. *Differences between suicide attempts and other psychiatric hospital emergencies.* *Actas Esp Psiquiatr.* 2018;46(3):83-91.
10. López-Goñi JJ, Goñi-Sarriés A, Azcárate-Jiménez L, Sabater-Maestro P. *Suicidal behaviour recurrence in psychiatric emergency departments of patients without a prior suicide attempt, index and reattempters: A prospective study.* *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;13(4):192-201.
11. Azcarate-Jimenez L, Lopez-Goni JJ, Goni-Sarries A, Montes-Reula L, Portilla-Fernandez A, Elorza-Pardo R. *Repeated suicide attempts: a follow-up study.* *Actas Esp Psiquiatr.* 2019;47(4):127-136.
12. Goñi-Sarriés A, López-Goñi JJ, Azcárate-Jiménez L. *Comparison between mild and serious suicide attempts and suicide deaths in Navarre Region.* *Clin Salud.* 2019;30(2):109-113.
13. Motrico E, Moreno-Küstner B, de Dios Luna J, Torres-González F, King M, Nazareth I, Montón-Franco C, Gilde Gómez-Barragán MJ, Sánchez-Celaya M, Díaz-Barreiros MA, Vicens C, Moreno-Peral P, Bellón JA. *Psychometric properties of the List of Threatening Experiences-LTE and its association with psychosocial factors and mental disorders according to different scoring methods.* *J Affect Disord.* 2013;150(3):931-940.
14. Kim SH, Kim HJ, Oh SH, Cha K. *Analysis of attempted suicide episodes presenting to the emergency department: comparison of young, middle aged and older people.* *Int. J. Ment. Health Syst.* 2020;14(1):46.
15. Laflamme L, Vaez M, Lundin K, Sengoelge M. *Prevention of suicidal behavior in older people: A systematic review of reviews.* *PLOS ONE.* 2022;17(1):e0262889.