

Original [comunicación preliminar]

Relación entre apoyo social y trastornos mentales en pacientes ingresados por intento de suicidio en un hospital de emergencia

CLEONICE ZATTI, LUCIANO SANTOS PINTO GUIMARÃES, MARIA AUGUSTA SOARES, JULIANA NEVES, MÁRCIA ROSANE MOREIRA SANTANA FITZ, VÍTOR CRESTANI CALEGARO, ANDRE GOETTEMES BASTOS, LÚCIA HELENA MACHADO FREITAS

CLEONICE ZATTI
Magister en Ciencias Médicas*

LUCIANO SANTOS PINTO GUIMARÃES
Magister en Epidemiología*

MARIA AUGUSTA SOARES
Magister en Enfermería*

JULIANA NEVES
Magister en Ciencias Médicas*

MÁRCIA ROSANE MOREIRA
SANTANA FITZ
Especialista en Información
Científica y Tecnológica en
Salud y en Psicología
Hospitalaria*

VÍTOR CRESTANI CALEGARO
Médico psiquiatra*

ANDRE GOETTEMES BASTOS
Doctor en Psicología*

LÚCIA HELENA MACHADO FREITAS
Médica psiquiatra*

*Universidad Federal de
Rio Grande do Sul (UFRGS),
Porto Alegre,
Rio Grande do Sul, Brasil.

FECHA DE RECEPCIÓN: 04/09/2018
FECHA DE ACEPTACIÓN: 16/11/2018

CORRESPONDENCIA
Mg. Cleonice Zatti.
Ramiro Barcelos, 2400, 2º andar,
Barrio Santana, CEP 90035-003.
Porto Alegre, RS, Brasil;
cleonice.zatti@outlook.com

El *objetivo* principal de esta investigación fue identificar los trastornos mentales en pacientes ingresados por intento de suicidio en el Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (Brasil); los objetivos secundarios fueron investigar los métodos utilizados y los antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas. Métodos: estudio de casos y controles con participantes seleccionados por conveniencia entre pacientes adultos. La colección de datos se llevó a cabo durante un período de siete meses. Se utilizaron los siguientes instrumentos: *Beck Depression Inventory*, *Mini Neuropsychiatric Interview* y *Medical Outcomes Study*. Resultados: 84 sujetos cumplieron los criterios de inclusión (28 intentos de suicidio y 56 otras razones). Entre los sujetos con intentos de suicidio, el 94.4% mostró un riesgo elevado para un nuevo intento y la mayoría presentó un diagnóstico de trastorno depresivo mayor; en el grupo admitido por otros motivos, ningún paciente presentó riesgo elevado de suicidio o incidencia del trastorno depresivo. Los métodos de intento de suicidio mostraron una fuerte correlación con el género: el 87% de las mujeres recurrió a la intoxicación exógena, mientras que los hombres utilizaron métodos más violentos, el 54%. Asimismo, se encontró que los comportamientos de riesgo en el tráfico pueden estar relacionados con problemas emocionales vinculados a fechas conmemorativas. Conclusiones: los datos sugieren que la gravedad del trastorno depresivo mayor interfiere con el papel del apoyo social, ya que se ha verificado que cuanto mayor es la gravedad del trastorno, menor es la red de apoyo social. Por lo tanto, el trastorno se solapa con el apoyo; es decir, el apoyo social ayuda cuando el trastorno es grave.

Palabras clave: Salud mental – Intento de suicidio – Trastorno mental en parientes.

Relationship between Social Support and Mental Disorders in Patients Admitted for Attempted Suicide to an Emergency Hospital

Objective: The primary objective of this research was to identify mental disorders in patients admitted for attempted suicide to the Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, Brazil. The secondary objective was to investigate suicide attempt methods; and mental disorders as well as family history of psychiatric diseases. **Methods:** A case-control study, where participants were selected by convenience among adult patients. Data collection was carried out over a period of seven months. The following instruments were used: Beck Depression Inventory, Mini Neuropsychiatric Interview, and Medical Outcomes Study. **Results:** 84 subjects met inclusion criteria (28 suicide attempt and 56 other reasons). Among the subjects with suicide attempt, 94.4% showed high risk for a new attempt and the majority presented a diagnosis of Major Depressive Disorder, while in the group admitted for other reasons, no patient presented high suicide risk or incidence of depressive disorder. Suicide attempt methods showed strong correlation with gender: 87% of the women resorted to exogenous intoxication, while men tried more violent methods 54%. Likewise, it was found that risk behaviors in traffic can be related to emotional problems linked to commemorative dates. **Conclusions:** The data suggest that the severity of the disorder interferes with the role of social support, as it has been verified that the greater the severity of the disorder, the smaller the social support network. Hence, the disorder overlaps with social support; that is, social support helps when the disorder is severe.

Keywords: Mental Health – suicide attempt – Mental disorder in relatives.

Introducción

El comportamiento suicida se define como cualquier acto a través del cual un individuo se autolesiona sin importar el grado de intención letal y la verdadera razón detrás del acto, ya sea a través de amenazas, pensamientos autodestructivos, actos menores, intentos de suicidio o, en fin, el suicidio en sí [24]. El suicidio formaba parte de las prácticas culturales en ciertas sociedades tribales; en la Antigüedad greco-romana se lo concebía como una práctica racional vinculada a los derechos de un individuo; en la Edad Media, se lo consideró un pecado mortal y en muchos suicidios ocurridos se imputaba a los sujetos estar poseídos por demonios [6]. En el comienzo de la segunda mitad del siglo XX, la frecuente asociación entre suicidio y trastornos mentales sirvió como base para su prevención en el campo de la salud pública. En la década de los noventa los esfuerzos internacionales se dirigieron a las personas con trastornos mentales, buscando proteger sus derechos y mejorar el estado de su atención mental [19]. En la misma década, un estudio sobre 156 casos encontró que en el 70% de los mismos, el desacuerdo con una persona cercana constituyó un hecho desencadenante de intento de suicidio [6].

Según la Organización Mundial de la Salud, en 2013 alrededor de 900.000 personas se suicidaron en el mundo; la investigación internacional muestra que la mayoría de ellas tenía un trastorno mental diagnosticable [20].

El Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS) es una institución pública que ofrece atención urgente y de emergencia siguiendo los lineamientos del Sistema Único de Salud del Brasil (SUS). Se reconoce que la relación terapéutica durante la asistencia debe ocurrir de manera segura y empática, con referencias apropiadas para cada caso, de acuerdo con sus particularidades. En intentos de suicidio, el sujeto experimenta un intenso sufrimiento psíquico enfrentando de alguna manera uno de los momentos más críticos de su vida [7].

En el sur de Brasil, Porto Alegre —en comparación con Curitiba o Florianópolis— presenta una mayor tasa de mortalidad por suicidio: 5.9 por cada 100.000 habitantes. En

algunas zonas rurales, las tasas son superiores a la media nacional (15 a 30 por 100.000 habitantes por año). Los factores de riesgo del comportamiento suicida son diversos: determinantes socioculturales (como la defensa del honor en una sociedad patriarcal, dificultades económicas o financieras) y psicobiológicos (como una mayor incidencia de trastornos mentales o la historia del suicidio en las generaciones familiares). Casi la mitad de las muertes violentas en el mundo, alrededor de un millón de muertes anuales, se derivan del suicidio. Este tema es claramente un gran problema de salud pública en todo el mundo, que genera estrés social y costos económicos significativos en todos los países [25].

Diferentes factores de riesgo están asociados con la aparición posterior de tendencias suicidas; entre ellos, trastornos mentales, eventos traumáticos durante la infancia (adversidad infantil) o problemas de salud física. Las investigaciones sugieren que la influencia de entornos familiares de alto riesgo tiene un papel particular en el intento de suicidio [14, 22]. La adversidad infantil se define de forma variable en la literatura, incluye eventos como muerte de un familiar, inestabilidad residencial, maltrato (*i.e.* abuso físico, sexual y verbal) o que el niño sea testigo de violencia doméstica; respecto de los padres incluye abuso de sustancias, trastorno mental, criminalidad o, separación [26].

Dado este contexto, el presente estudio tuvo los siguientes objetivos: identificar trastornos mentales en pacientes ingresados en HPS por intento de suicidio para verificar los métodos de suicidio utilizados y comparar la presencia de apoyo social, trastornos mentales y antecedentes familiares de comportamiento suicida en pacientes suicidas, con pacientes ingresados por otras causas.

Metodología

Este fue un estudio de casos y controles. Los datos fueron colectados entre agosto (2015) y marzo (2016). El estudio se llevó a cabo en el HPS, que ofrece atención urgente las 24 horas del día, los siete días de la semana, exclusivamente a través del SUS.

El muestreo fue por conveniencia de los

pacientes ingresados en HPS. El número total de intentos de suicidio durante la colección de datos fue de 37. Nueve casos fueron excluidos del estudio —debido a que tenían menos de 18 años (7), negativa a participar (1) y falta de respuesta a la intervención verbal (1)—. Los participantes del intento de suicidio ($n = 28$) consistieron en pacientes mayores de 18 años ingresados en HPS. El grupo de control ($n = 56$) se eligió teniendo en cuenta el género y la edad (subdivididos en intervalos de más o menos 10 años), seleccionados en la intranet del Hospital, excluyendo a los pacientes que ya habían intentado suicidarse durante su vida. Un investigador experimentado con pacientes con comportamiento suicida colectó los datos.

Instrumentos:

- Cuestionario sociodemográfico: información general (edad, educación, historia de la enfermedad mental y otros) elaborada por los investigadores para ajustarse a los objetivos del estudio.
- *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI): el MINI es una breve entrevista de diagnóstico estandarizada (15-30 minutos), consistente con los criterios de DSM-III-R / IV y ICD-10, que está destinado para su uso en la práctica clínica y la investigación en atención primaria y en psiquiatría, y puede ser utilizado por los médicos después de un entrenamiento rápido (de 1 a 3 horas) [1].
- *Beck Depression Inventory* (BDI): el BDI está adaptado y validado en portugués [8]; es un cuestionario auto informado para evaluar la gravedad de la depresión, ampliamente utilizado por médicos e investigadores [9, 15] y tiene excelentes características psicométricas [3]. Consiste en 21 ítems, que incluyen síntomas de depresión (por ejemplo, tristeza, fatiga y pérdida de apetito). Los resultados finales se suman en un puntaje total que se puede clasificar de la siguiente manera: *mínimo* (puntaje 0-11), *leve* (puntaje 12-19), *moderado* (puntaje 20-35) y *severo* (puntaje 36-63) [11].
- *Medical Outcomes Study* (MOS): pesquisa de apoyo social, que avalúa las siguientes dimensiones: interacción tangible, afectiva, emocional, informativa, y social. *Tangible*:

provisión de recursos prácticos o ayuda tangible; *afectiva*: demostraciones físicas de amor y afecto; *emocional*: capacidad de la red social para satisfacer las necesidades individuales en relación con los problemas emocionales; *informativa*: contar con personas que asesoran, informan y guían; *interacción social positiva*: frecuentar personas para relajarse y divertirse. Consta de 21 cuestiones, presentadas en una escala Likert de cinco puntos [12].

Análisis estadístico

Las variables categóricas se describieron por frecuencia absoluta y relativa. Las variables cuantitativas se presentaron por media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según los resultados de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk.

La prueba Chi-cuadrado se utilizó para comparar las variables sociodemográficas de los grupos. La prueba *U* de Mann-Whitney y la prueba *t* se usaron para muestras independientes, de acuerdo con los tipos de variables y su distribución. La prueba de Chi-cuadrado se usó para comparar proporciones entre grupos.

La Ecuación de estimación generalizada (GEE) se utilizó para comparar medias o proporciones entre grupos. Cuando los sujetos están emparejados con controles (un caso para dos controles con las mismas características, - sexo y edad), el análisis adecuado debe considerar este trío como unidad. En el modelo GEE, se utilizó una matriz de covarianza con un estimador robusto, una matriz de correlación de trabajo intercambiable y la distribución normal adecuada para las variables estudiadas. En el cuestionario MOS, se utilizó una distribución normal con función de enlace de identidad para la variable «número de amigos y parientes». Para las variables MINI, donde se obtuvo una respuesta binaria, se utilizó una distribución logística con función de enlace logit. La prueba *post-hoc* que se realizó en el análisis que presentó significación estadística fue la prueba de Bonferroni. La regresión logística condicional se utilizó para calcular la proporción de casualidad entre los grupos en el diagnóstico de MINI. Algunas variables fueron analizadas descrip-

tivamente debido a que tienen múltiples res-
puestas; es decir, un participante puede ele-
gir más de una opción dentro de un elemen-
to. Todos los análisis se realizaron con el
software SPSS v.18. El nivel de significación
adoptado fue .05.

Aspectos éticos

Este estudio está regulado por el Certificado de
Presentación para Consideración Ética (CAAE)
con el siguiente registro: 44823315.1.0000.5327.
El Comité de Investigación Ética (CEP) de
del Hospital de Clínicas de Porto Alegre
(HCPA) lo aprobó en 2015. El investigador es
responsable de los datos recopilados y de la
información obtenida.

Resultados

Los participantes (N=84) tuvieron una distribu-
ción de género equilibrada (M / F = 46.4% /
53.6%) con una edad promedio de 35.6
años (DE = 12.8; mínimo: máximo = 19:71
años). El promedio de años de escolaridad

fue 9.9 (SD = 4.6) y la mitad de la muestra
tuvo un ingreso mensual superior a BRL
2.000,00 [IQR = 1.260,00; 3.650,00].
Durante la entrevista, el 61.9% dijo estar
empleado, mientras el 27.4% estaba des-
empleado y el 10.7% estaba jubilado o era
estudiante. La mediana del número de
intentos de suicidio en los últimos tres años
fue de uno (mínimo: máximo = 0:3). La
mayoría de los participantes (78.8%) vivía
en la ciudad de Porto Alegre y 48.8% tenían
una relación estable.

Los grupos fueron emparejados por edad y
sexo. Por lo tanto, los medios fueron iguales.
Los valores mínimos y máximos estableci-
dos para los casos fueron [2.0 - 17.5] y [1.0
- 25.0] para los controles. En comparación,
el sexo, la edad, los años escolares, los
ingresos, la ocupación y el estado civil no
fueron significativamente diferentes (para la
descripción general de los participantes ver
tabla 1).

Tabla 1- Datos sociodemográficos (pacientes ingresados en el Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, Brasil)

		Total (N= 84)		Control (n= 56)		Caso (n= 28)	
		n (%)		n (%)		n (%)	
Edad ⁽¹⁾	Hombres	39 (46.4)		26 (66.7)		13 (33.3)	
	Mujeres	45 (53.6)		30 (66.7)		15 (33.3)	
Ciudad ⁽¹⁾	Aparte de PA	17 (20.2)		12 (70.6)		5 (29.4)	
	Porto Alegre	67 (79.8)		44 (65.7)		23 (34.3)	
Estado civil ⁽¹⁾	Soltero	30 (35.7)		20 (66.7)		10 (33.3)	
	Relación estable	41 (48.8)		30 (73.2)		11 (26.8)	
	Viudo	1 (1.2)		1 (100)		0 (0)	
	Separado	12 (14.3)		5 (41.7)		7 (58.3)	
	Ocupación ⁽¹⁾						
	Desempleado	23 (27.4)		14 (60.9)		9 (39.1)	
	Empleado	37 (44.0)		28 (75.7)		9 (24.3)	
	Jubilado	6 (7.1)		4 (66.7)		2 (33.3)	
	Temporalmen- te sin trabajo	9 (10.7)		4 (44.4)		5 (55.6)	
	Trabajo por cuenta propia	6 (7.1)		5 (83.3)		1 (16.7)	
	Estudiante	3 (3.6)		1 (33.3)		2 (66.7)	
	Otro	0 (0.0)		0 (0)		0 (0)	
		Media (SD)		Media (SD)		Media (SD)	
		min-máx		min-máx		min-máx	
Edad ⁽²⁾		35.6 (12.8)		35.6 (12.9)		35.4 (12.8)	
Años de escolaridad ⁽²⁾		9.9 (4.6)		10.1 (4.9)		9.7 (4.0)	
Ingreso ⁽³⁾		2.000		2.000		2.000	
		[1.260-3.650]		[1.250-3.650]		[1.360-3.500]	
		0-33.000		233-33.000		0-5.000	

Ref.: (1) representado como número (porcentaje); (2) representado como media (desviación estándar: SD); (3) representado como mediana [q1 - q3]

Después de aplicar el MINI, identificamos sujetos que presentaban trastorno depresivo, melancolía, pánico, fobia social, trastorno de estrés postraumático (TEPT), abuso de sustancias y trastorno de ansiedad aguda (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de la evaluación de diagnóstico MINI

Variable	Control (n = 56) % [95% IC]	Caso (n = 28) % [95% IC]	p	OR	[95% IC]	p
Depresión, actual	19.64 [11.28 - 31.96]	82.14 [63.62 - 92.37]	.843	16.9	[3.93 - 72.72]	<.001
Depresión, previa	8.93 [3.94 - 19.00]	67.86 [48.85 - 82.35]	.013	32.1	[4.27 - 241.26]	<.001
Melancolía, actual	3.57 [.92 - 12.89]	53.57 [35.44 - 70.8]	<.001	28.5	[3.76 - 216.46]	<.001
Pánico - de la vida	1.79 [.26 - 11.43]	39.29 [23.26 - 58.01]	.002	22.0	[2.84 - 170.40]	.003
Pánico - síntomas	1.79 [.26 - 11.43]	32.14 [17.65 - 51.15]	<.001			
Trastorno de pánico, actual	1.79 [.26 - 11.43]	25.00 [12.41 - 43.95]	.010	14.0	[1.72 - 113.79]	.014
Pánico sin agorafobia actual	3.57 [.92 - 12.89]	14.29 [5.47 - 32.45]	.004	2.7	[.74 - 9.68]	.131
Fobia social	1.79 [.26 - 11.43]	10.71 [3.5 - 28.44]	.024			
TOC		28.57 [14.98 - 47.59]	-			
TEPT, actual	5.36 [1.8 - 14.91]	21.43 [9.96 - 40.21]	.007	9.2	[1.07 - 78.31]	.043
Alcoholismo, actual	7.14 [2.81 - 16.97]	21.43 [9.96 - 40.21]	.028	4.6	[.91 - 23.82]	.066
Abuso de alcohol	8.93 [3.94 - 19.00]	14.29 [5.47 - 32.45]	.431	1.7	[.41 - 7.05]	.458
Dependencia de sustancias	3.57 [.92 - 12.89]	17.86 [7.63 - 36.38]	.020	8.6	[.98 - 74.91]	.052
Abuso de sustancias	7.14 [2.81 - 16.97]	17.86 [7.63 - 36.38]	.068	3.7	[.68 - 19.86]	.130
Psicosis, actual	5.36 [1.8 - 14.91]	39.29 [23.26 - 58.01]	<.001	19.1	[2.44 - 149.10]	.005
Desorden de ánimo	5.36 [1.8 - 14.91]	42.86 [26.19 - 61.32]	<.001	21.1	[2.72 - 163.27]	.004
Trastorno de ansiedad generalizada	10.71 [5.14 - 20.98]	46.43 [29.2 - 64.56]	<.001	7.3	[2.04 - 25.86]	.002
Antisocial	5.36 [1.8 - 14.91]	14.29 [5.47 - 32.45]	.129	3.3	[0.59 - 18.88]	.171

IC: intervalo de confianza; OD: Odds Ratio; TOC: Trastorno obsesivo compulsivo; TEPT: Trastorno de estrés postraumático

En el grupo de casos, el 64.29% [IC = 45.38 - 79.59] tenía una familia con antecedentes de enfermedad psiquiátrica (padre, madre, hermanos e hijos). El grupo control (n = 56) tenía 48.21% [IC = 37.96 - 58.62] con el mismo aspecto familiar (p = .150).

Al evaluar los casos de intento de suicidio (n = 28), 18 pacientes informaron 28 respuestas sobre familiares que tenían algún tipo de trastorno. De ellos, el 57.2% informaron que su padre y / o madre tenían algún tipo de trastorno mental, 32.1% informaron que su hermano (s) tenía un problema, y 10.7% tenían un niño o más presentando problemas (ver los trastornos que afectan a cada miembro de la familia en la tabla 3). Entre todos los miembros del núcleo familiar, hubo al menos un caso de intento de suicidio, trastorno depresivo o dependencia de alco-

hol o de sustancias químicas.

La interacción social proporciona al sujeto el conocimiento y la experiencia en las áreas de apoyo afectivo, tangible e informativo. El análisis de MOS ajustado por el BDI para el género, reveló medios similares y sin significación estadística. Al comparar los grupos de casos y controles, tampoco se encontraron diferencias. Sin embargo, se observó que la media en el grupo de casos fue menor en todos los dominios que la media del grupo de control (ver tabla 4). Al medir el coeficiente de correlación de Pearson entre las variables BDI y los dominios MOS, verificamos que las relaciones de *tangible* (r = -.375), *emocional* (r = -.479), *compañerismo social* (r = -.387) y *emocional más informativo* (r = -.419) fueron significativos en relación inversa, es decir, a mayor puntaje BDI, menor puntaje de dominios MOS.

Tabla 3. Descripción de los trastornos mentales de los familiares de pacientes con intento de suicidio (n=28)

a. Trastornos mentales que involucran la madre		Casos (n = 8)	
		n (%)	% de casos
Depresión		4 (33.3)	50.0
Intento de suicidio		4 (33.3)	50.0
Problemas con el alcohol		2 (16.7)	25.0
Tratamiento psiquiátrico		2 (16.7)	25.0
Total		12 (100)	150.0
b. Trastornos mentales que involucran el padre		Casos (n = 8)	
		n (%)	% de casos
Depresión		2 (14.3)	25.0
Intento de suicidio		1 (7.1)	12.5
Problemas con el alcohol		7 (50.0)	87.5
Tratamiento psiquiátrico		2 (14.3)	25.0
Depresión		2 (14.3)	25.0
Total		14 (100)	175.0
c. Trastornos mentales que involucran niño(s)		Casos (n = 3)	
		n (%)	% de casos
Depresión		1 (25.0)	33.3
Intento de suicidio		2 (50.0)	66.7
Problemas de drogas		1 (25.0)	33.3
Total		4 (100)	133.3
d. Trastornos mentales que involucran hermano(s)		Casos (n = 9)	
		n (%)	% de casos
Depresión		4 (25.0)	44.4
Intento de suicidio		1 (6.3)	11.1
Desorden bipolar		2 (12.5)	22.2
Problemas con el alcohol		3 (18.8)	33.3
Problemas con sustancias químicas		4 (25.0)	44.4
Tratamiento psiquiátrico		2 (12.5)	22.2
Total		16 (100)	177.6

Tabla 4. Resultados de Medical Outcomes Study (MOS)

	Control media [95% IC]	Caso media [95% IC]	Hombres media [95% IC]	Mujeres media [95% IC]	p grupo	p sexo
MOS Tangible	4.35 [0.93 - 20.32]	3.75 [0.91 - 15.37]	4.04 [0.92 - 17.74]	4.03 [0.93 - 17.58]	.126	.959
MOS Emocional	3.99 [0.36 - 43.98]	3.51 [0.38 - 32.40]	3.62 [0.35 - 36.96]	3.87 [0.39 - 38.49]	.315	.360
MOS Interacción social positiva	4.15 [0.51 - 33.85]	3.35 [0.49 - 22.90]	3.78 [0.51 - 28.18]	3.67 [0.49 - 27.45]	.087	.622
MOS f1 Cariñoso - Interacción social positiva	4.23 [0.67 - 26.92]	3.55 [0.66 - 19.09]	3.87 [0.66 - 22.64]	3.87 [0.66 - 22.66]	.128	> .999
MOS f2 Emocional - Informativo	4.12 [0.53 - 32.00]	3.46 [0.53 - 22.75]	3.67 [0.51 - 26.31]	3.88 [0.55 - 27.62]	.142	.375
MOS f3 Tangible	4.35 [0.93 - 20.32]	3.75 [0.91 - 15.37]	4.04 [0.92 - 17.74]	4.03 [0.93 - 17.58]	.126	.959
MOS Cariñoso	4.34 [0.78 - 24.17]	3.80 [0.80 - 18.03]	3.99 [0.77 - 20.60]	4.13 [0.81 - 21.12]	.242	.526
MOS Informativo	4.25 [0.64 - 28.37]	3.41 [0.60 - 19.23]	3.72 [0.61 - 22.77]	3.89 [0.63 - 23.91]	.060	.445

Tabla 5. Análisis del riesgo de suicidio por grupo (BDI, MINI)

		MINI – Riesgo de suicidio				Total	p
BDI depresión categorías		No	Ligero	Moderado	Elevado		
Control	Mínimo	44 (97.8)	1 (2.2)	0 (0)	0 (0)	45 (100)	> .999
	Leve	6 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (100)	
	Moderado	5 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)	
	Total	55 (98.2)	1 (1.8)	0 (0)	0 (0)	56 (100)	
Caso	Mínimo	0 (0)	0 (0)	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100)	.122
	Leve	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	1 (100)	
	Moderado	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	3 (50)	6 (100)	
	Grave	0 (0)	0 (0)	1 (5.6)	17 (94.4)	18 (100)	
	Total	1 (3.6)	1 (3.6)	3 (10.7)	23 (82.1)	28 (100)	
Total	Mínimo	44 (91.7)	1 (2.1)	1 (2.1)	2 (4.2)	48 (100)	< .001
	Leve	6 (85.7)	0 (0)	0 (0)	1 (14.3)	7 (100)	
	Moderado	6 (54.5)	1 (9.1)	1 (9.1)	3 (27.3)	11 (100)	
	Grave	0 (0)	0 (0)	1 (5.6)	17 (94.4)	18 (100)	
	Total	56 (66.7)	2 (2.4)	3 (3.6)	23 (27.4)	84 (100)	

Test Chi-cuadrado; BDI categórico × riesgo suicidio × grupo

Al comparar los resultados del riesgo de suicidio (MINI) con las categorías de BDI, encontramos que el 97.8% del grupo control no presentó trastorno depresivo ni riesgo de suicidio. Sin embargo, al analizar el grupo de casos, encontramos que el 94.4% mostró un riesgo elevado de otro intento de suicidio y un trastorno depresivo mayor (BDI).

Atribuimos importancia a los resultados de BDI y MINI, en particular cuando solo se investigó el trastorno depresivo actual, ambos instrumentos dieron el mismo resultado. El acuerdo entre estos instrumentos fue: 92% (46/50) para la depresión leve o muy leve (BDI) sin trastorno depresivo actual; y 73.53% (25/34) para depresión moderada o mayor (BDI) y trastorno depresivo mayor concomitante actual (MINI).

En investigaciones adicionales, le preguntamos a cada paciente en el grupo de intento de suicidio cuánto tiempo duró su última cita médica, independientemente de la especialidad del médico. Nueve sujetos habían concurrido recientemente a un psiquiatra [mediana = 30; min: 7, máx: 365], seis a un médico general [mediana = 120; min 3; máx: 370], tres a un psicólogo [mediana = 7; min: 7, máx: 15], tres a un ginecólogo [mediana = 60; min: 30, máx: 180], dos a un dentista [mediana = 94; min: 7, máx: 180], dos a un cirujano plástico [mediana = 70; min: 20, máx: 120], uno a un cirujano general [mediana = 5; máx: 5, min: 5], y uno a un gastroenterólogo [mediana = 1095; min:

1095, máx: 1095]. Por lo tanto, es notable que sólo algunos sujetos tuvieron citas con los profesionales de salud mental poco antes del intento de suicidio.

En nuestro estudio, el 87% (13/15) de las mujeres probó la intoxicación exógena como método de suicidio. Entre los hombres, el 54% (7/13) probó métodos violentos, como lesión por arma blanca, autoinmolación y ahorcamiento.

El 46% de los intentos de suicidio ocurrieron en la mañana (entre las 07:00 y 10:00 hs), 29% en la tarde (15: 00-16: 00 hs), 25% en la noche (21:00-23: 30 hs). El día de la semana también varió: 43% intentó suicidarse al principio de la semana (lunes y martes), 18% el miércoles, 29% el jueves y viernes, y 10% durante el fin de semana (sábado y domingo). Dichos datos pueden ser un punto de partida para que otros estudios exploren la relación entre las variables.

Al evaluar la relación del grupo de control con los pacientes admitidos solo por accidentes de tránsito, encontramos que el 29% (n = 16) tenían fechas conmemorativas cerca del ingreso, con la mitad del grupo ingresado en esta intersección; 50% (n = 8) cerca del cumpleaños del paciente o de un pariente cercano, 44% (n = 7) no tuvieron una fecha conmemorativa cerca del accidente y 6% (n = 1) estuvieron en un evento de graduación universitaria. Nos contactamos con los pacien-

tes hospitalizados en la sala de emergencias, y detectamos mediante los instrumentos aplicados que, en el 68.8% de los controles y en el 54.5% de los casos, hubo una conmemoración de un cumpleaños cerca de la fecha de hospitalización del paciente. La fecha de la celebración fue del propio paciente o de alguna persona del entorno familiar. Curiosamente, el 45.5% de los casos asoció la acción contra su propia vida con algún evento festivo (ver tabla 6).

Tabla 6. Fechas conmemorativas y admisiones hospitalarias

Eventos	Control (n = 29)		Caso (n = 10)	
	n	%	n	%
Cumpleaños	22	68.8	6	54.5
Memoria traumática/duelo	2	6.3	0	0.0
Evento estresante	3	9.4	0	0.0
Vacaciones (Semana Santa, Navidad, Carnaval, Año Nuevo)	5	15.6	5	45.5
Respuestas totales	32	100	11	100.0

Análisis de respuestas múltiples

Además de los trastornos mentales, los trastornos en los miembros de la familia y los aspectos sociales, también buscamos comprender los sentimientos de quienes intentaron suicidarse. La sensación más frecuente reportada por los 28 pacientes fue soledad 35% (n = 10) seguida de desesperanza 21.4% (n = 6), malentendido conyugal 21.4% (n = 6), culpa y enojo 7.1% (n = 2) cada uno, y luto y traición 3.6% (n = 1) cada uno. Nuestros resultados confirman que el 75% (n = 21) tuvo una discusión con una persona importante antes de cometer el intento de suicidio. Tales sentimientos serán evaluados prospectivamente para verificar la situación de los pacientes.

Discusión y conclusiones

Entre los participantes estudiados en nuestra investigación, encontramos situaciones de desacuerdo con miembros significativos de la familia, corroborando los hallazgos en la literatura [6], ya que el 75% (n = 21) de los pacientes ingresados con intento de suicidio en el HPS habían tenido un desacuerdo con alguien cercano a ellos antes cometer el acto.

Se ha encontrado que la tasa de suicidios de viudos, divorciados y personas separadas

suele ser de cuatro a cinco veces mayor que la de las personas casadas y que las personas solteras presentan una tasa de suicidio dos veces mayor que las personas casadas [17]. En este estudio, el 61% de los sujetos que intentaron suicidarse no tenían pareja estable (viudos, solteros y divorciados).

El intento de suicidio tiene factores predisponentes (trastornos psiquiátricos, intento de suicidio previo, suicidio en la familia, abuso sexual durante la infancia) y factores precipitantes (engaño amoroso, divorcio, conflictos de pareja, problemas financieros graves, pérdida de un trabajo) [6]. En nuestro estudio el 94.4% del grupo de casos presentó un riesgo elevado de nuevos intentos de suicidio. Esto refuerza la idea de que los equipos de atención médica deben hacer un seguimiento de estos pacientes después del alta, aunque es importante tener en cuenta que estos resultados requieren una mayor investigación. Este mismo grupo también presentó un diagnóstico de trastorno depresivo mayor, enfermedad que indica la intensidad del sufrimiento mental de tales individuos. Esto puede explicar la alta tasa (46%) de intentos durante la mañana (07:00 - 10:00 hs) en este estudio, ya que una investigación reciente demostró que las personas con depresión a menudo han alterado los ritmos circadianos; esta interrupción es una de las principales causas de la depresión matutina [16].

El análisis de los métodos elegidos en para el intento de suicidio fue interesante. Los métodos no violentos (especialmente auto envenenamiento) son más frecuentes entre las mujeres; los hombres tienden a cometer actos más drásticos y violencia contra ellos mismos [6]. Los resultados que encontramos corroboran estos datos: el 87% de las mujeres eligieron la intoxicación exógena por la ingestión de medicamentos recetados o productos químicos disponibles en el hogar, mientras que el 54% de los hombres probó métodos más violentos, como lesión por arma blanca, autoinmolación y ahorcamiento. En investigaciones realizadas en servicios de emergencia brasileños predomina la sobredosis o el envenenamiento por medicamentos recetados [6], concordando con lo encontrado en este estudio, donde el 61% de los sujetos intentaron suicidarse por intoxicación exógena.

El riesgo de suicidio también está estrechamente relacionado con el trastorno depresivo. Este trastorno cambia a lo largo de una vida; el riesgo de suicidio está íntimamente ligado a estos cambios, es decir: cuanto más grave es la enfermedad, mayor es el riesgo de suicidio. Algunas investigaciones han informado que la tasa de comportamiento suicida es mayor durante los episodios depresivos que entre ellos; los resultados de los estudios longitudinales enfatizan la necesidad de tratar con éxito los episodios de trastorno depresivo mayor para reducir el riesgo de suicidio [10]. Nuestro estudio encontró que 18 pacientes que intentaron suicidarse tenían un trastorno depresivo mayor, según el instrumento BDI. Sugerimos, que los intentos de suicidio podrían estar relacionados con las fluctuaciones que ocurren a lo largo del curso del trastorno.

Se ha encontrado que la mayoría de las víctimas de intentos de suicidio o suicidio padecen trastornos del estado de ánimo (15-20%) y abuso de alcohol (18%). Aproximadamente el 80% de los suicidios son llevados a cabo por personas que tienen una de las enfermedades del espectro de trastornos del estado de ánimo con un episodio depresivo no tratado. Los pacientes con este último trastorno presentan desesperanza o pesimismo no son capaces de resolver problemas y muestran una mayor rigidez cognitiva [4].

Estudios retrospectivos en los Estados Unidos y Europa muestran que un trastorno psiquiátrico se encuentra en más del 90% de los casos de suicidio, siendo el trastorno depresivo el más prevalente [2]. Las personas que presentan dos o más trastornos mentales tienen 3.5 veces más probabilidades de intentar quitarse la vida que aquellos que no presentan ninguno [21].

En un estudio con 1.560 jóvenes (de 18 a 24 años) residentes en la ciudad de Pelotas (Rio Grande do Sul, Brasil) se encontró que el 8.6% presentaba riesgo de suicidio relacionado con varios comportamientos impulsivo-agresivos: sufrir un accidente que requirió cuidado en la sala de emergencias, participar en peleas con agresión física, portar un arma blanca o arma de fuego, abusar de alcohol o de otras sustancias psicoactivas, tener rela-

ciones sexuales sin protección y no tener una pareja sexual estable. La investigación también concluyó que los jóvenes con conductas de riesgo presentaron evidencia de riesgo de suicidio [18].

Para enmarcar el contexto del suicidio, en el que participan varias actividades que imponen un riesgo para la vida, Menninger menciona varias formas de suicidio: *crónico* (autocastigo o abuso de alcohol u otras drogas psicoactivas), *focal* (automutilación, impotencia, frigidez), *orgánico* (derivado de enfermedades somáticas que atacan al sujeto) e *inconsciente* (muertes que ocurren en accidentes de tráfico o en la práctica de deportes radicales) [6]. Nuestro estudio mostró que el 29% ($n = 16$) del grupo control ingresó por accidentes de tránsito. Al relacionar esta causa de admisión con las fechas conmemorativas, resultó que el 50% ($n = 8$) se relacionó con el cumpleaños del propio paciente o el de un pariente cercano. Durante nuestro análisis nos planteamos si se trata de actos inconscientes, desapercibidos por el protagonista de la historia. En cuanto a los casos de intento de suicidio, los factores emocionales relacionados con las fechas conmemorativas, así como los actos autodestructivos vinculados a los sentimientos de soledad permanente y desesperanza también necesitan una mayor investigación [23]. Estudios cuantitativos muestran que un número significativo de personas considera seriamente poner fin a sus propias vidas [21, 5, 13]. La muestra que estudiamos deja en claro la necesidad de una mayor discusión sobre este tema y la búsqueda de medios de prevención para una población que padece un intenso sufrimiento debido a los trastornos mentales.

Según Botega, solo una de cada tres personas que intentó suicidarse fue a una sala de emergencias inmediatamente después. Esto es análogo a la punta de un iceberg: solo una pequeña proporción de la conducta suicida está a la vista de los servicios de salud [23].

Algunos casos de intento de suicidio fueron consultados con profesionales de la salud poco antes de cometer el acto.

Asimismo, encontramos una revelación parti-

cularmente interesante en nuestro estudio: al menos un miembro del núcleo familiar también intentó suicidarse. No se encontraron diferencias significativas con respecto al apoyo social, debido a la limitación del estudio en relación al tamaño de la muestra.

Los datos mostraron que la mayoría del grupo con intento de suicidio presentaba trastorno depresivo, concordando con la literatura publicada [14, 22]. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la gravedad del trastorno depresivo podría estar interfiriendo con la red de apoyo social. Al realizar la prueba del coeficiente de correlación de Pearson entre las variables BDI y los dominios MOS, verificamos una relación significativa e inversa en apoyo tangible, apoyo emocional, interacción social y apoyo emocional en conjunto, es decir, a mayor puntaje BDI, menor puntaje en el dominio MOS. Por lo tanto, el trastorno se solapa con el apoyo permitiendo hipotetizar que la gravedad del trastorno o el tipo de síntoma predominante en el trastorno depresivo tiene el poder de cambiar la búsqueda o ayuda social o incluso alejar a las personas más cercanas. Dichos aspectos se podrían identificar mejor con estudios cualitativos.

Los hallazgos expuestos en el estudio muestran que los comportamientos de riesgo en el tráfico pueden estar relacionados con problemas emocionales relacionados con fechas conmemorativas. Ciertos comportamientos o riesgos al conducir (exceso de velocidad, falta de atención en las intersecciones y olvidarse de abrochar el cinturón de seguridad, beber alcohol) muchas veces no son considerados como un riesgo de muerte. Por lo tanto, los accidentes de tráfico pueden estar relacionados con aspectos de carga emocional. Los factores condicionantes de la violencia arraigada en nuestra sociedad se discuten ampliamente, pero la violencia silenciosa del suicidio permanece a la sombra en los índices de homicidios y tráfico de automóviles [6]. Una de las limitaciones de este estudio es el pequeño número de participantes, lo que nos impide plantear generalizaciones. No obstante, los datos aquí recopilados generan preguntas abriendo así nuevas perspectivas para futuros estudios. En ese sentido, nuestros

resultados sugieren una evaluación más cuidadosa de los accidentes de tráfico y las conductas de riesgo y si existe una ideación suicida.

En nuestro estudio, notamos que, además del trastorno depresivo mayor, otras afecciones en el espectro de trastornos mentales estaban presentes como también situaciones de gran sufrimiento potencial y dolor intolerable. En el grupo de intento de suicidio, existía al menos un miembro de la familia que tuvo al menos un intento de suicidio, sufría de trastorno depresivo y/o abuso de alcohol o sustancias. Es notable en la familia de los sujetos investigados la existencia de sufrimiento mental.

El apoyo social de parientes y amigos a personas con ideas suicidas es de gran importancia en la prevención de suicidio; el soporte social puede adoptar medidas claras y objetivas de atención a los signos de alarma que muestran las personas potencialmente suicidas antes del acto, como frases en las redes sociales que expresan sentimientos de desesperanza, falta de interés en las actividades sociales que antes eran de su agrado, uso o abuso de sustancias o bien comportamientos violentos que las ponen en riesgo. Al notar cualquier señal de advertencia, es importante ofrecer o buscar ayuda.

Esperamos que este estudio estimule investigaciones posteriores que mejoren la comprensión del comportamiento suicida y contribuya a la prevención de un fenómeno biopsicosocial de extrema relevancia para la salud pública.

Fondos: este trabajo fue apoyado por el Fundo de Incentivo a Pesquisa del Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Agradecimientos: agradecemos a los pacientes que aceptaron contribuir con esta investigación y a los residentes del Equipo Multidisciplinar de Emergencia del Hospital del Pronto Socorro de Porto Alegre, bajo la coordinación de la enfermera María Augusta, por sus aportes en la ejecución de este trabajo.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2000 [citado 01/09/2018]; 22(3): 106-15. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n3/v22n3a01.pdf>
2. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004; 4:37. PMID: 15527502 Doi:10.1186/1471-244X-4-37
3. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
4. Boldrini M, Mann JJ. Depression and Suicide. In: Zigmond MJ, Coyle JT, Lewis P, Eds. *Neurobiology of Brain Disorders; Biological Basis of Neurological and Psychiatric Disorders*. New York, USA; Columbia University, New York State Psychiatric Institute; 2015. p. 709-728.
5. Botega NJ. Comportamento suicida em números. *Rev. Debates Psiquiatria Hoje*. 2010; 2(1): 12-15.
6. Botega NJ. Crise Suicida: Avaliação e Manejo. Porto Alegre: Editora Artmed; 2015.
7. Botega NJ, D'oliveira, CF. *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, Organização Pan-Americana da Saúde, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); 2006.
8. Cunha, J.A. Manual da versão em português da Escala Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
9. Dunn G, Sham P, Hand D. Statistics and nature of depression. *Psychol Med*.1993; 23(4):871-89. PMID: 8134512
10. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Davis JM, Mann JJ. Suicidal Thoughts and Behavior With Antidepressant Treatment: Reanalysis of the Randomized Placebo-Controlled Studies of Fluoxetine and Venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry*; 2012; 69 (6): 580-87. PMID: PMC3367101 Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2048
11. Gorestein C, Andrade L. Beck Inventário de Depressão: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clín*. 1998; 25(5): 245-50.
12. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study: adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2005 (citado 01/09/2018); 21(3):703-14. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/04.pdf>
13. Hoertel N, Franco S, Wall MM, Oquendo MA, Kerridge BT, Limosin F, Blanco C. Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Mol Psychiatry*. 2015 Jun;20(6):718-26. PMID: 25980346 Doi: 10.1038/mp.2015.19
14. Johnstone JM, Carter JD, Luty SE, Mulder RT, Frampton CM, Joyce PR. Childhood predictors of lifetime suicide attempts and non-suicidal self-injury in depressed adults. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016; 50(2):135-44. PMID: 25999526 Doi: 10.1177/0004867415585581
15. Kendall PC, Sheldrick RC. Normative data for normative comparison. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68: 767-73.
16. Li JZ, Bunney BG, Meng F, Hagenauer MH, Walsh DM, Vawter MP, Evans SJ, Choudary PV, Cartagena P, Barchas JD, Schatzberg AF, Jones EG, Myers RM, Watson SJ, Akil H, Bunney WE. Circadian patterns of gene expression in the human brain and disruption in major depressive disorder. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013 Jun 11;110(24):9950-5. PMID: PMC3683716 Doi: 10.1073/pnas.1305814110
17. Luoma JB, Pearson JL. Suicide and marital status in the United States, 1991-1996: is widowhood a risk factor? *Am J Public Health*. 2002; 92 (9): 1518-22. PMID: PMC1447271
18. Ores LC, Quevedo LA, Jansen K, Carvalho AB, Cardoso TA, Souza LDM, Pinheiro RT, Silva RA. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado 01/09/2018]; 28(2):305-12. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200009
19. Organização das Nações Unidas. The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. UN General Assembly resolution A/RES/46.119; 1991.
20. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Transtornos mentais e comportamentais*. Departamento de Saúde Mental. Genebra: Organização Mundial da Saúde (OMS); 2000.
21. Souza F. Suicídio, dimensão do Problema e o

- que fazer? Rev. Debates Psiquiatria Hoje. 2010; 2(5):6-8.
22. Sun J, Knowles M, Patel F, Frank DA, Heeren TC, Chilton M. Childhood Adversity and Adult Reports of Food Insecurity Among Households With Children. *Am J Prev Med*. 2016; 50: 561-72.
23. Velentza, O, Fradelos, E. Mental Disorder and Suicide in Third Age Individuals. *Sanitas Magisterium*. 2016; 2(2):111-19. Doi 10.12738/SM.2016.2.0020
24. World Health Organization. La Prévention du suicide. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 1969. <http://www.who.int/iris/handle/10665/37855>
25. World Health Organization (WHO). Preventing suicide. *CMAJ*. 2014; 143(7):609-10.
26. Zatti C, Rosa V, Barros A, Valdivia L, Calegari VC, Freitas LH, Ceresér KMM, Rocha NS, Bastos AG, Schuch FB. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res*. 2017; 256:353-58. PMID: 28683433 Doi: 10.1016/j.psychres.2017.06.082