

Factores de riesgo suicida intra-hospitalario: Un estudio de casos y controles

Andrea Otero¹, Juliana Vergel², Ramiro A. Gasca² y Carmen E. Ocampo³

¹ Clínica Imbanaco, Grupo Quirónsalud, Valle del Cauca, Colombia

² Universidad Libre de Cali, Valle del Cauca, Colombia

³ Clínica Imbanaco, Grupo Quirónsalud, Valle del Cauca, Colombia

Risk factors for inpatient suicide: A case-control study

Abstract: The aim of this work was to study the factors associated with suicide risk in patients with general illness who are hospitalized in a high complexity institution. A case-control study with patients hospitalized due to general illness was conducted in 2018 including 115 cases and 155 controls. Independent variables were sex, age, previous suicide attempt, medical diagnosis, psychiatric disorder and uncontrolled pain. The variables associated with suicide risk during hospitalization were male sex and previous suicide attempt (OR 2.21 and 4.08 respectively). Not having a diagnosis of depression and younger age were protective factors (OR 0.05 and 0.95 respectively). This study is one of the few focused on inpatient suicide risk in Latin America. Our findings suggest that the inclusion of young male patients in strategies aimed at preventing inpatient suicide should be a priority.

Keywords: Suicide risk; suicidal behavior; inpatient suicide; general hospital; Latin America; Colombia.

Resumen: El objetivo de este trabajo fue estudiar los factores asociados a riesgo suicida en pacientes con enfermedad general en una institución de alta complejidad. Se realizó un estudio de casos y controles en pacientes hospitalizados por enfermedad general en 2018, se incluyeron 115 casos y 155 controles. Las variables independientes fueron sexo, edad, intento suicida previo, diagnóstico médico, trastorno psiquiátrico y dolor no controlado. Las variables asociadas a riesgo suicida durante la hospitalización fueron sexo masculino y antecedente de intento suicida (OR 2.21 y 4.08 respectivamente). No tener diagnóstico de depresión y una menor edad fueron factores protectores (OR 0.05 y 0.95 respectivamente). Este estudio es de los pocos enfocado en riesgo suicida intrahospitalario en Latinoamérica. Los hallazgos sugieren que se debe priorizar la inclusión de pacientes jóvenes de sexo masculino en las estrategias encaminadas a la prevención de suicidio intra-hospitalario.

Palabras clave: Riesgo suicida; comportamiento suicida; suicidio intrahospitalario; hospital general; Latinoamérica; Colombia.

Introducción

El suicido es un fenómeno global considerado como un problema grave de salud pública. A nivel mundial aproximadamente 700 mil personas se suicidan cada año y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2019 el 77 % de los casos de suicidio ocurrieron en paí-

ses de bajos y medianos ingresos (Organización Mundial de la Salud, 2021). La Joint Comission (JC) estimó que en 2018 el número global de suicidios de pacientes hospitalizados en los Estados Unidos osciló entre 48 y 65 por año (Williams et al., 2018). El suicidio intrahospitalario consumado es uno de los eventos centinela (SE por sus siglas en inglés *sentinel event*) más reportados ante la JC (Desjardins et al., 2016; Sakinofsky, 2014; Ballard et al., 2008). Un SE es un suceso inesperado (no relacionado directamente con el curso natural de la enfermedad, por ejemplo, una cirugía en un lugar anatómico erróneo) que resulta en muerte, daño permanente o daño temporal severo con requerimiento de una inter-

Recibido: 12 de febrero 2021; aceptado: 28 de junio 2022.

Correspondencia: Ramiro Gasca, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría, Universidad Libre de Cali, Carrera 109 No. 22 -00 - Valle del Lili A.A. 1040 Santiago de Cali - Valle del Cauca 760031, Colombia. Correo-e: ramirogasca@gmail.com

vención para mantener la vida. El suicidio intrahospitalario se define como el suicidio de cualquier paciente en un entorno hospitalario o dentro de las 72 horas posteriores al egreso (Desjardins et al., 2016; Williams et al., 2018). Usualmente, se considera que en el medio hospitalario el paciente está bajo un mayor grado de control y seguridad. La responsabilidad del suicidio intrahospitalario recae sobre las instituciones de salud con todas las implicaciones que esto trae.

El comportamiento suicida hace referencia a una serie de conductas ligadas al suicidio que se dan de forma sucesiva, puede iniciar con pensamientos e ideas que son seguidos de un plan suicida y finalizan en uno o varios intentos autolesivos, con aumento progresivo de la letalidad hasta llegar al suicidio consumado (BMJ Best Practice Group, 2020). El comportamiento suicida incluye: ideación suicida, plan suicida, intento suicida y muerte por suicidio. Una persona que exhibe un comportamiento suicida se considera en riesgo suicida (BMJ Best Practice Group, 2020).

En relación con el comportamiento suicida en la población general, los factores de riesgo más relevantes reportados en la literatura tienen que ver con enfermedades mentales. Entre el 60 y el 98 % de los pacientes que se suicidan tienen una patología de este tipo, siendo las más frecuentes el trastorno depresivo mayor, el trastorno por uso de sustancias psicoactivas, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad (Bachmann, 2018). Otros factores asociados al riesgo suicida son el tener antecedente de intento suicida, factores sociodemográficos tales como la edad avanzada (aunque esto varía según los países estudiados) y el sexo masculino, con ciertas excepciones en algunas regiones de Asia (Bachmann, 2018; BMJ Best Practice Group, 2020).

Pocos estudios han evaluado los factores asociados a riesgo suicida en particular en pacientes hospitalizados. En una revisión narrativa realizada en 2014 acerca de suicidio intrahospitalario (sin diferenciar entre hospitalización por causas psiquiátricas o por enfermedad general). Sakinofsky refiere que este es más común en población con enfermedades mentales y la prevalencia es más alta en hospitales psiquiátricos, seguido de unidades de salud mental dentro de hospitales generales (Sakinofsky, 2014). En esta revisión se reportan los hallazgos de un estudio realizado en Taiwan, el cual encontró que las tasas de suicidio hospitalario fueron más elevadas que las de la población general en un periodo de nueve años. (Sakinofsky, 2014). Es de resaltar que esta revisión no incluyó ningún estudio en Latinoamérica. Bachmann, por su parte, refiere que cualquier enfermedad crónica puede estar asociada con un riesgo elevado de suicidio y que en la enfermedad, tanto física como mental, el nú-

mero de suicidios aumenta con cada comorbilidad y reporta que el riesgo de suicidio es hasta ocho veces mayor en un hospital general que en la población general (Bachmann, 2018).

Las muertes por suicidio intrahospitalario tienen una especial relevancia debido tanto al impacto en las familias y en el personal de salud, como a las implicaciones legales que puede traer a las instituciones (Desjardins et al., 2016; Sakinofsky, 2014). Algunos estudios muestran que el suicidio es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en la obtención de datos poblacionales específicos y confiables. La prevención eficaz del suicidio se debe basar en estrategias de prevención a nivel multisectorial y con un enfoque integral y que no impliquen un costo elevado al sistema de salud (Organización Mundial de la Salud, 2021). Para este propósito, se debe partir desde el estudio detallado de los factores de riesgo que influyen en el fenómeno en nuestro medio y desarrollar e implementar algoritmos y protocolos de evaluación del riesgo con una perspectiva individualizada y específicos para nuestra población (Barrigón y Baca-García, 2018).

Las investigaciones sobre los factores de riesgo de suicidio han sido llevadas a cabo principalmente en países desarrollados, sin embargo, las estadísticas reportan que los países de ingresos bajos y medios como Colombia, presentan tasas significativamente más altas de suicidio y poseen factores de riesgo que pueden variar respecto a los descritos en otras regiones (Barrigón y Baca-García, 2018; Organización Mundial de la Salud, 2021). El instituto nacional de salud de Colombia publicó un informe de las tasas de intento de suicidio global en el país para el año 2018, con una incidencia nacional de 56,8 casos por 100.000 habitantes; sin embargo, dicho informe no aporta datos sobre el comportamiento suicida dentro de los medios hospitalarios (INS, 2018). Una revisión sistemática acerca de la conducta suicida en Colombia (Benavides-Mora et al., 2019) reportó prevalencia de riesgo suicida de 39 % e ideación suicida de 25 % en pacientes de consulta externa atendidos por dolor crónico y 49.9 % en pacientes ambulatorios diagnosticados por primera vez por algún trastorno mental. Con respecto a la información de suicidio intra-hospitalario en Colombia, solo se encontró un reporte en el boletín de salud mental publicado por el Ministerio de Salud en 2017 en donde se afirma que 2.4 % de los intentos de suicidio en Colombia se presentaron en centros psiquiátricos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). No se encontraron datos específicos acerca de suicidio en hospital no psiquiátrico en el país.

Aunque el tema reviste gran importancia, son pocos los estudios orientados a la descripción de las caracterís-

ticas demográficas y clínicas de poblaciones con riesgo de suicidio dentro de los hospitales generales de Latinoamérica. El objetivo general de este estudio fue establecer los factores demográficos y clínicos asociados a riesgo suicida en pacientes con enfermedades médico-quirúrgicas internados en una institución de alta complejidad en la ciudad de Cali - Colombia, durante el año 2018. Estos factores incluyeron sexo, edad, antecedente de intento suicida, diagnóstico médico principal, trastorno psiquiátrico diagnosticado durante la hospitalización, dolor no controlado y antecedente de enfermedad mental.

Método

Participantes

Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes mayores de 18 años que fueron hospitalizados en la Clínica Imbanaco, Grupo Quirónsalud en Santiago de Cali, Colombia entre enero y diciembre de 2018. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, estar hospitalizado con un diagnóstico médico-quirúrgico como causa principal de ingreso y tener valoración formal por psiquiatría en algún momento durante su estancia. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico psiquiátrico como diagnóstico principal de ingreso en el periodo a estudio. Teniendo en cuenta que el trastorno depresivo es uno de los principales factores asociados a comportamiento suicida en la población general, y es también uno de los principales trastornos psiquiátricos diagnosticados en la población hospitalizada, se utilizó la prevalencia de depresión para el cálculo del tamaño de la muestra. Una revisión sistemática de 2018 reportó una prevalencia de depresión de 12% (IC95% 10 – 12%) con estimaciones que oscilaron entre 5 y 34% en pacientes en hospitalización general (Walker et al., 2018). El tamaño de muestra se calculó en Epi.Info (v 7.2.3.1.) para casos y controles no pareados según Fleiss, teniendo en cuenta los siguientes parámetros: $\alpha = 0,05$, poder = 80%, prevalencia de depresión en controles = 30%, $OR = 2,0$, casos = 141 controles = 141. Un total de 115 y 155 pacientes con y sin riesgo suicida respectivamente cumplieron con los criterios de inclusión. La mayoría fueron mujeres (57.5%) y la edad oscilo entre 18 y 95 años, con un promedio de 54 años ($DT = 20.7$)

Procedimiento y diseño

Este es un estudio de casos y controles no pareado de temporalidad histórica, realizado en una institución de alta complejidad, es decir que cuenta con especialidades y

subespecialidades médicas y quirúrgicas y unidades de cuidado intensivo y tiene habilitadas 358 camas para la atención de pacientes. A todos los pacientes que ingresan a hospitalización se les realiza una tamización psicosocial que incluye la escala Cuestionario de Salud del paciente para depresión y ansiedad (PHQ-4 por sus siglas en inglés, Patient Health Questionnaire-4) (Löwe et al., 2010); la escala Método de Evaluación de la Confusión para delirium (CAM por sus siglas en inglés, *Confusion Assessment Method*) (Wei et al., 2008) y tres preguntas para tamización de riesgo suicida: a) ¿en los últimos 15 días ha tenido pensamientos de hacerse daño a sí mismo?; b) ¿ha tenido intentos suicidas previos? y c) ¿hay antecedentes de suicidio en su familia?. Estas preguntas fueron incluidas en la tamización psicosocial por recomendación del grupo de psiquiatras de la institución con base en su experiencia y revisión de la literatura. Con una respuesta afirmativa a una de estas tres preguntas, el paciente pasa a ser valorado por un psiquiatra quien realiza entrevista semiestructurada y examen psiquiátrico formal y determina la existencia de riesgo suicida y la necesidad de activación del protocolo de riesgo suicida. Adicionalmente, los médicos tratantes pueden solicitar valoración por psiquiatra en cualquier momento de la hospitalización si lo consideran necesario. En la literatura se considera la evaluación psiquiátrica como el patrón de referencia para la evaluación de riesgo suicida (Desjardins et al., 2016).

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, estar hospitalizado con un diagnóstico médico-quirúrgico como causa principal de ingreso y tener valoración formal por psiquiatría en algún momento durante su estancia. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico psiquiátrico como diagnóstico principal de ingreso en el periodo a estudio. El criterio de selección de los casos fue tener riesgo suicida según concepto escrito en la historia clínica por un psiquiatra, después de la realización de entrevista semiestructurada y examen psiquiátrico formal.

Los controles fueron aquellos pacientes en los que el psiquiatra, después de entrevista semiestructurada y examen psiquiátrico formal, determinó que el paciente no tenía riesgo suicida. En la institución se cuenta con una autorización de uso de datos de la historia clínica con fines investigativos que es firmada por los pacientes al ingreso a la clínica. Este procedimiento ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Clínica Imbanaco como equivalente al consentimiento informado cuando la recolección de datos es realizada en forma retrospectiva, siempre y cuando se garantice la confidencialidad de los datos de los participantes. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Clínica Imbanaco (código CEI-477).

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y se diligenció un formato en Excel 2019 al que solo tuvieron acceso los investigadores. El formato fue protegido con contraseña, e incluyó las variables independientes seleccionadas (sexo, edad, antecedente de intento suicida, diagnóstico médico principal, presencia de trastorno psiquiátrico diagnosticado de nuevo durante la hospitalización, dolor no controlado según registro en la historia clínica por el médico tratante y antecedente de enfermedad mental). Se recolectaron también otras variables con fines descriptivos: estancia, especialidad tratante y servicio de detección del riesgo suicida. Todos los datos fueron tomados de la historia clínica. El diagnóstico trastorno psiquiátrico actualizado durante la hospitalización se tomó de la nota clínica realizada por un especialista en psiquiatría después de llevar a cabo la entrevista semiestructurada y examen psiquiátrico formal como parte del cuidado médico rutinario del paciente.

Análisis de datos

En el análisis estadístico descriptivo de las características demográficas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para aquellas variables de naturaleza cuantitativa y para las variables de naturaleza cualitativa se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas. Se realizó en primer lugar un análisis de regresión logística univariado para estimar la asociación entre cada una de las variables mencionadas arriba y el riesgo suicida. Para la construcción del modelo múltiple se seleccionaron las variables exposición cuyos coeficientes presentaron una significancia estadística menor de 0.25. Las variables diagnóstico médico principal y trastorno psiquiátrico se agruparon cada una en dos categorías («Cáncer y «Otras» y «Depresión» y «Otras» respectivamente). Se excluyeron los registros con datos faltantes del análisis múltiple. El diagnóstico del modelo obtenido se realizó mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow. Se evaluó la presencia de colinealidad con el factor de inflación de la varianza (VIF). El procesamiento y análisis se realizaron en R versión 3.6.2.

Resultados

Entre enero y diciembre de 2018 se hospitalizaron un total de 9358 pacientes. De estos, 390 fueron valorados por psiquiatría y 265 cumplieron los otros criterios de inclusión. Se definieron como casos con riesgo suicida 115 pacientes y 155 no tuvieron riesgo suicida según concepto de psiquiatría (Figura 1). En la Tabla 1 se des-

criben las variables recolectadas de manera global y para cada grupo. La mediana de edad fue 54 años y la mayoría fueron mujeres (57.5%). Se evidencia que entre los pacientes con riesgo suicida hubo mayor proporción de sexo masculino ($p = 0.02$) y fueron más jóvenes que aquellos sin riesgo suicida ($M = 41$ vs. 66 años, $p < 0.001$). También se encontraron diferencias en cuanto al trastorno psiquiátrico, con una mayor proporción de pacientes con riesgo suicida y depresión (92/115 (73.0%) vs. 34/155 (27.0%), $p < 0.001$), antecedente de intento suicida (28/115 (82.3%) vs. 6/155 (17.6%), $p < 0.001$) y presencia de dolor no controlado (28/115 (58.3%) vs. 20/155 (41.7%), $p < 0.001$). Entre los pacientes sin riesgo suicida se encontró una mayor proporción de pacientes con trastorno de ansiedad (RS 2/115 (20%) vs. no RS 8/155 (80%), $p < 0.001$) y delirium (RS 1/115 (1.9%) vs. 53/155 (98.1%), $p < 0.001$). A dos de los pacientes no se les encontró ningún diagnóstico psiquiátrico y estos no presentaron riesgo suicida.

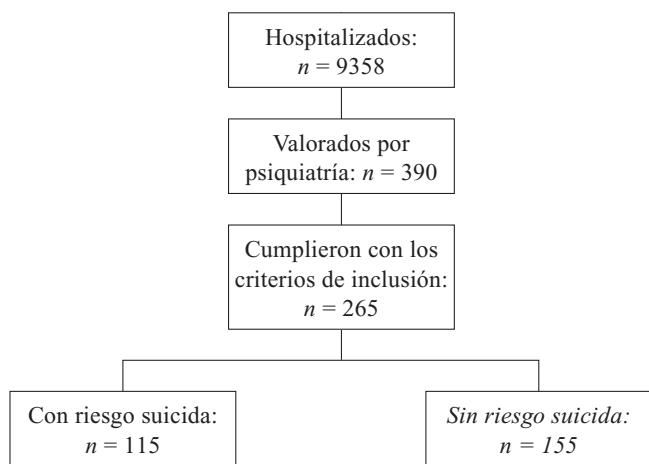


Figura 1. Flujograma del estudio.

Quince registros (5%) fueron excluidos del análisis múltiple por tener datos faltantes y se excluyeron los dos pacientes sin trastorno psiquiátrico. El valor de p de la prueba de Hosmer-Lemeshow fue de 0.37, indicando un buen ajuste del modelo. La prueba de inflación de la varianza fue menor de dos para todas las variables indicando que no hubo evidencia de colinealidad. La Tabla 2 muestra los OR crudos y ajustados de las variables.

En el modelo múltiple se encontró que las variables asociadas de manera independiente y significativa a presentar riesgo suicida durante la hospitalización fueron sexo masculino (OR 2.21 IC95 % (1.12-4.44) $p = 0.023$) y antecedente de intento suicida (OR 4.08 IC95 % (1.54 - 12.34) $p = 0.01$). La depresión fue también un factor de riesgo para riesgo suicida, tomando el tener depresión como categoría de referencia el OR fue de 0.05 (IC95 %

Tabla 1. Características de los pacientes

	n (%)	Riesgo suicida		Valor p
		Sí	No	
Total	270 100 %	115 42.60 %	155 57.40 %	
Edad Me (P25-P75)*	54 (35-72)	41 (32-58)	66 (46-77)	<0.001**
Sexo				
Femenino	155 (57.41)	57 (36.8)	98 (63.22)	0.026 **
Masculino	115 (42.59)	58 (50.43)	57 (46.1)	
Días de estancia Me (P25-P75)*	7 (5-15)	8 (3-15)	6 (6-14)	0.703
Especialidad tratante				
Medicina interna	67 (24.81)	33 (49.2)	34 (50.7)	
Cirugía general	25 (9.26)	14 (56)	11 (44)	
Neurocirugía	17 (6.29)	6 (35.3)	11 (64.7)	
Ortopedia	27 (10)	13 (48.1)	14 (51.8)	
Oncología	34 (12.60)	21 (61.8)	13 (38.2)	0.001 **
Nefrología	8 (2.96)	3 (37.5)	5 (62.5)	
Neurología	9 (3.33)	5 (55.5)	4 (44.4)	
Geriatría	6 (2.22)	0 (0)	6 (100)	
Cuidado paliativo	9 (3.33)	0 (0)	9 (100)	
Otra	68 (25.18)	20 (29.4)	48 (70.6)	
Servicio de detección de riesgo suicida				
Urgencias	38 (14.07)	28 (73.7)	10 (26.3)	
UCI	38 (14.07)	15 (39.5)	23 (60.5)	<0.001**
UCO	30 (11.11)	7 (23.3)	23 (76.7)	
Hospitalización general	162 (60)	65 (40.1)	97 (59.9)	
Otro	2 (0.74)	0 (0)	2 (100)	
Diagnóstico médico principal				
Cáncer	51 (18.89)	26 (51.0)	25 (49.0)	0.015
Enfermedades osteoarticulares	16 (5.92)	12 (75)	4 (25)	**
Cirugías de TGI (no oncológicas)	14 (5.18)	6 (42.8)	8 (57.1)	
Otros	189 (70)	71 (37.6)	118 (62.4)	
Trastorno psiquiátrico				
Depresión	126 (46.67)	92 (73.0)	34 (27.0)	
Delirium	54 (20)	1 (1.9)	53 (98.1)	
Trastorno de ansiedad	10 (3.70)	2 (20)	8 (80)	<0.001**
Otros	77 (28.52)	20 (26.0)	57 (74.0)	
Sin trastorno psiquiátrico	2 (0.74)	0 (0)	2 (100)	
Sin dato	1 (0.37)	0 (0)	1 (100)	
Antecedente de intento suicida				
Si	34 (12.60)	28 (82.3)	6 (17.6)	
No	228 (84.44)	85 (37.3)	143 (62.7)	<0.001**
Sin dato	8 (2.96)	2 (25)	6 (75)	
Presencia de dolor no controlado				
Si	48 (17.78)	28 (58.3)	20 (41.7)	0.016
No	222 (82.22)	87 (39.2)	135 (60.8)	**
Antecedente de enfermedad mental				
Si	124 (45.92)	57 (46.0)	67 (54.0)	0.534
No	140 (51.85)	58 (41.4)	82 (58.6)	
Sin dato	6 (2.22)	0 (0)	6 (100)	

* Me (P25-P75): Mediana y percentiles 25 y 75. ** Estadísticamente significativo a nivel p <0.05

(0.03-0.12, $p < 0.001$). El tener menor edad también se asoció con un menor riesgo suicida (OR 0.95 IC95% (0.93 – 0.97) $p < 0.001$). El cáncer y la presencia de do-

lor no controlado fueron factores de riesgo para riesgo suicida, sin alcanzar significancia estadística en el análisis multivariado (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Resultados del análisis univariado y multivariado

Variables	Univariado		Multivariado	
	OR (IC 95 %)	Valor p	OR (IC 95 %)	Valor p
Edad Me (P25-P75)*	0.96 (0.95-0.97)	<0.001	0.95 (0.93-0.97)	<0.001**
Sexo				
Femenino	REF			
Masculino	1.84 (1.11-3.05)	0.018	2.21 (1.12-4.44)	0.023**
Antecedente de intento suicida				
Si	7.36 (3.11-20.34)	<0.001	4.08 (1.54-12.34)	0.01**
No	REF			
Diagnóstico principal				
Cáncer	REF			
Otra	0.66 (0.34-1.24)	0.19	0.91 (0.35-2.35)	0.84
Trastorno psiquiátrico				
Depresión	REF			
Otro	0.08(0.04-0.15)	<0.001	0.05 (0.03-0.12)	<0.001**
Presencia de dolor no controlado				
Si	1.98 (1.05-3.78)	0.036	1.99 (0.76-5.26)	0.16
No	REF			
Antecedente de enfermedad mental				
Si	1.13 (0.68-1.85)	0.639	—	—
No	REF***			

* Me (P25-P75): Mediana y percentiles 25 y 75; ** Estadísticamente significativo a nivel $p < 0.05$; *** REF: categoría de referencia

Discusión

En población hospitalaria otros estudios han reportado que las personas que despliegan comportamiento suicida tienden a tener edad avanzada, los autores lo asocian a un mayor número de comorbilidades en este grupo etario (Ballard et al., 2008; Juurlink et al., 2004). Este hallazgo también puede correlacionarse con datos reportados por la OMS, donde las tasas de suicidio varían por edad de manera diferencial en los países de altos vs. países de medianos y bajos ingresos. En los primeros, las tasas son más altas en personas de edad media y edad avanzada, mientras que en países de medianos y bajos ingresos, las tasas son mayores en personas jóvenes (Organización Mundial de la Salud, 2021; BMJ Best Practice Group, 2020).

En nuestro estudio se encontró que el sexo masculino estuvo asociado a riesgo suicida en mayor medida que el

sexo femenino. En la literatura se reporta en población general que los intentos suicidas son más prevalentes en mujeres, mientras que los suicidios consumados lo son en hombres, probablemente debido a la tendencia en estos a usar métodos más violentos, en comparación con las mujeres (Bachmann, 2018; Barroso Martínez, 2019; BMJ Best Practice Group, 2020). Respecto al suicidio intrahospitalario, los hallazgos no difieren mucho de lo reportado en población general, pues los suicidios consumados son más prevalentes en hombres, tanto en pacientes ingresados en hospital general como en hospitales psiquiátricos (Ballard et al., 2008). Teniendo en cuenta la complejidad del comportamiento suicida, es posible que desde la perspectiva de género, estos hallazgos dependan de características específicas de las poblaciones estudiadas, pues hay influencias socioculturales o político-económicas que pueden conducir a que el fenómeno del suicidio se asocie más al género masculino,

como pueden ser, que los hombres tienden a informar menos sobre las ideas suicidas comparado con las mujeres y adicionalmente tienen más probabilidades de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (Barroso Martínez, 2019). Con respecto a esta última, en la literatura se ha reportado una fuerte asociación entre el intento de suicidio y el consumo de alcohol por lo que este factor debe considerarse en el abordaje de las intervenciones terapéuticas o de prevención en suicidio (Bachmann, 2018; Ballard et al., 2008; Barroso Martínez, 2019).

En cuanto a la asociación con patología mental, se encontró una estrecha relación causal entre el riesgo suicida y el diagnóstico de depresión, tal y como se reporta en la literatura (Furlanetto y Stefanello, 2011; Huang et al., 2014; Liao et al., 2018). Estudios previos llevados a cabo en nuestro país han encontrado prevalencias de trastorno depresivo en esta población de 7.3% mediante tamizaje general con instrumentos estandarizados (Castro-Camacho et al., 2012); o incluso tasas mayores en poblaciones más específicas. Un estudio también realizado en Colombia, por Mogollón et al. evaluó 100 pacientes mayores de 50 años hospitalizados en un servicio de medicina interna y determinó una prevalencia de depresión mayor de 38% (Mogollón Díaz et al., 2010), mientras que en México un estudio en 111 pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna y hematología, encontró una prevalencia de 47% para síntomas de depresión (Anguiano Serrano, 2017). Una revisión sistemática y metaanálisis reciente sobre la prevalencia de depresión en pacientes ingresados en hospital general en unidades médica-quirúrgicas, que incluyó 60 estudios realizados en 29 países con 12540 participantes, encontró una prevalencia de depresión entre 5 y 34% (Walker et al., 2018). Estos hallazgos apuntan a la necesidad de promoción de actividades de detección temprana y prevención de esta condición en la población ingresada a medios hospitalarios.

Aunque no alcanzaron significancia estadística, se observó una tendencia a que los pacientes con cáncer y con dolor no controlado tuvieran mayor riesgo suicida. Estudios similares, reportan factores de riesgo suicida como la presencia de patologías neurológicas, enfermedades incapacitantes, dolor crónico, VIH, cáncer entre otras (Ballard et al., 2008; BMJ Best Practice Group, 2020)

Entre las limitaciones de este estudio está que por su diseño no es posible establecer la temporalidad de la variable resultado y los factores de riesgo. Sin embargo se resalta que este estudio es de corte analítico y no se limitó a la descripción, lo que le da mayor peso a los hallazgos. Otra debilidad es que la población control no fue representativa de toda la población hospitalizada por en-

fermedad general, pues corresponden a pacientes con tamizaje positivo para riesgo suicida o que fueron valorados por psiquiatría en algún momento de la internación. Sin embargo, se destaca que la selección de los casos se realizó acorde a los resultados de la entrevista semiestructurada por parte de un psiquiatra, y dada la complejidad y multidimensionalidad de la conducta suicida, esto se considera el patrón de referencia (Desjardins et al., 2016; BMJ Best Practice Group, 2020). Tampoco se alcanzó el tamaño óptimo de muestra calculada, aunque pese a esto, se encontraron diferencias entre las dos poblaciones estudiadas. Finalmente, otra de las limitaciones fue la no inclusión de la variable de estado civil, el cual se conoce como un factor influyente en el RS (Furlanetto y Stefanello, 2011; BMJ Best Practice Group, 2020). Su inclusión no fue posible debido a la ausencia de dicha información en un gran porcentaje de las historias clínicas evaluadas.

Los resultados de este estudio aportan datos interesantes acerca de los factores asociados a riesgo suicida intrahospitalario. Se resalta en particular el hallazgo de la edad más avanzada y el sexo femenino como factores protectores, esto apunta al desarrollo de más estrategias de prevención enfocadas a los pacientes más jóvenes y de sexo masculino, puesto que tradicionalmente no se consideran como el grupo de riesgo dentro de un hospital general. Consideramos que aunque este estudio amplía el conocimiento actual en el tema del suicidio, definitivamente es necesaria la realización de estudios longitudinales que exploren a fondo las características propias en esta población y permitan aproximarse más a una comprensión integral del fenómeno. Esto facilitará el diseño y desarrollo de planes de intervención y prevención con un mayor impacto en los factores de riesgo y la incidencia de muertes por suicidio en pacientes hospitalizados.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Anguiano Serrano, S. (2017). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. *Eureka*, 14(1), 24 - 38. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-905744>
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1–23. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Ballard, E. D., Pao, M., Henderson, D., Lee, L. M., Bostwick, J. M., & Rosenstein, D. L. (2008). Suicide in the medical setting. *Joint Commission Journal on Quality and Patient*

- Safety*, 34(8), 474–481. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(08\)34060-4](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(08)34060-4)
- Barrigón, M. L., y Baca-García, E. (2018). Retos actuales en la investigación en suicidio. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.10.001>
- Barroso Martínez, A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51–66. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352019000100004>
- Benavides-Mora, V. K., Villota-Melo, N. G., y Villalobos-Galvis, F. H. (2019). Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 181–195. <https://doi.org/10.5944/rppc.24251>
- BMJ Best Practice Group (2020). *Suicide risk mitigation*. BMJ Best Practice. <https://bestpractice.bmj.com/info/>
- Castro-Camacho, L., Escobar, J. M., Sáenz-Moncaleano, C., Delgado-Barrera, L., Aparicio-Turbay, S., Molano, J. C., y Noguera, E. (2012). Salud mental en el hospital general: Resultados del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) en cuatro servicios de atención. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 61–85. [https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60069-x](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60069-x)
- Desjardins, I., Cats-Baril, W., Maruti, S., Freeman, K., & Althoff, R. (2016). Suicide Risk Assessment in Hospitals. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(7), e874–e882. <https://doi.org/10.4088/jcp.15m09881>
- Ding, O. J., & Kennedy, G. J. (2021). Understanding Vulnerability to Late-Life Suicide. *Current Psychiatry Reports*, 23(9). <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01268-2>
- Furlanetto, L. M., & Stefanello, B. (2011). Suicidal ideation in medical inpatients: Psychosocial and clinical correlates. *General Hospital Psychiatry*, 33(6), 572–578. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2011.08.002>
- Huang, D., Hu, D.-Y., Han, Y.-H., Lu, C.-H., & Liu, Y.-L. (2014). Five high-risk factors for inpatient suicide. *Chinese Nursing Research*, 1(2014), 14–16. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2014.11.005>
- INS (2018). Intento de suicidio. *Informe del evento intento de suicidio*, 1 - 23. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/protocolo-vigilancia-intento-suicidio.pdf>
- Juurlink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J. P., Kopp, A., & Redelmeier, D. A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 164(11), 1179–1184. <https://doi.org/10.1001/archinte.164.11.1179>
- Liao, S. J., Wu, B. J., Liu, T. T., Chou, C. P., & Rong, J. R. (2018). Prevalence and characteristics of suicidal ideation among 2199 elderly inpatients with surgical or medical conditions in Taiwan. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1981-7>
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122(1–2), 86–95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017). *Conducta suicida*. Boletín de salud mental. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
- Mogollón Díaz, J., Jinete Castellanos, S., Moreno Martínez, I., y Álvarez, M. (2010). Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes mayores de 50 años hospitalizados en un servicio de medicina interna. *MedUNAB*, 8(1), 11–14. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/205>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>
- Sakinofsky, I. (2014). Preventing suicide among inpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(3), 131–140. <https://doi.org/10.1177/070674371405900304>
- Velásquez Suárez, J. M. (2013). Suicidio en el anciano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(S1), 80–84. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.010>
- Walker, J., Burke, K., Wanat, M., Fisher, R., Fielding, J., Mulick, A., Puntis, S., Sharpe, J., Esposti, M. D., Harriss, E., Frost, C., & Sharpe, M. (2018). The prevalence of depression in general hospital inpatients: A systematic review and meta-analysis of interview-based studies. *Psychological Medicine*, 48(14), 2285–2298. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000624>
- Wei, L. A., Fearing, M. A., Sternberg, E. J., & Inouye, S. K. (2008). The confusion assessment method: A systematic review of current usage. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(5), 823–830. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01674.x>
- Williams, S. C., Schmaltz, S. P., Castro, G. M., & Baker, D. W. (2018a). Incidence and Method of Suicide in Hospitals in the United States. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(11), 643–650. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.08.002>