

Elkin René Llanez-Anaya,
MD, Ps.*
Sergio Serrano,
MD, MSc. (C)**
Alexander Pinzón-Amado,
MD, Ps.***

Sistema de información de intento suicida: prueba piloto



El suicidio es una de las principales causas de muerte y de pérdida de años por muerte prematura en el mundo¹. En la mayoría de países occidentales, el suicidio representa la tercera causa de muerte en adolescentes y la séptima en adultos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que anualmente se suicidan cerca de un millón de personas, fenómeno que se presenta con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes de sexo masculino². De acuerdo con datos del último reporte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) durante el año 2013 se presentaron 1.810 casos de suicidio en Colombia, que representa una incidencia anual de 3,84 suicidios por 100.000 habitantes. Esta misma organización reportó en el 2007 que el suicidio generaba 55.000 años perdidos por muerte prematura³.

El suicidio puede explicarse desde una perspectiva biomédica como un desenlace adverso multideterminado desde el punto de vista causal, en el que suelen intervenir de forma interrelacionada complejos y diversos factores biológicos, sociales, culturales, conductuales y psicológicos. Debido a esta multideterminación causal no es posible contar

con herramientas o marcadores que permitan predecir su ocurrencia de forma sistemática. Sin embargo, existe evidencia que sugiere, que el diseño y aplicación de algunas estrategias de prevención, detección e intervención temprana en contextos y poblaciones particulares, pueden disminuir de forma directa o indirecta la probabilidad de ocurrencia de suicidios consumados.

No existen cifras oficiales con respecto a la incidencia de intentos suicidas en el país, pero los resultados de algunos estudios internacionales señalan que esta cifra puede ser incluso hasta cincuenta veces superior a la de suicidios consumados. El único estudio poblacional sobre conductas suicidas en Colombia derivado del último Estudio Nacional de Salud Mental realizado en el año 2003, reportó que la prevalencia de vida de ideación suicida fue de 12,4% y de intento suicida fue de 4,7%³. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de estos desenlaces por sexo, situación no concordante con las observaciones en otros contextos poblacionales y culturales en los cuales se registra una mayor proporción de mujeres con ideación e intentos suicidas.

*Profesor, Departamento de Salud Mental, Universidad Industrial de Santander y Universidad de Santander. Grupo NICEX UDES

**Profesor, Departamento de Salud Pública, Universidad Industrial de Santander

***Profesor Asistente, Director del Departamento de Salud Mental, Universidad Industrial de Santander. Representante en Colombia (2012-2015) de la Asociación Internacional de Prevención del Suicidio

Desde el punto de vista clínico se ha descrito que una de las principales variables predictoras de repetición de conductas suicidas y de suicidio consumado es haber realizado un intento suicida previo, aunque su valor pronóstico no está claramente definido. Se han propuesto algunas aproximaciones teóricas para la formulación de modelos de evaluación del riesgo suicida y de repetición de intentos, pero presentan marcadas limitaciones metodológicas por tamaños de muestra deficiente, por definición operativa de variables y desenlaces, así como tampoco han tenido en cuenta las variaciones temporales típicas de factores de riesgo asociados con este tipo de conductas⁴. Las dificultades para establecer la utilidad predictiva de variables radican en parte, por las restricciones conceptuales que han limitado la estandarización de la definición de «intento suicida», teniendo en cuenta la multidimensionalidad de este desenlace (p. ej. en términos de evaluación de la intencionalidad, estructuración, motivación y letalidad).

En este contexto, los clínicos están enfrentados en su práctica clínica diaria a tomar decisiones complejas en escenarios de alta incertidumbre. Uno de estos contextos complejos lo representa la evaluación del riesgo suicida en pacientes que presentan conductas del espectro suicida. Desde un punto de vista general, la evaluación de un riesgo puede definirse como el «proceso de identificación y estudio de potenciales peligros con el fin de prevenir su ocurrencia»⁵. A partir de esta definición se puede inferir desde el punto de vista clínico, que la evaluación del riesgo suicida implica la identificación y estudio de factores o variables que aumentan la probabilidad de muerte por suicidio, con el fin de disminuir la posibilidad de su ocurrencia. Estas variables reciben la denominación de factores de riesgo.

Desde el punto de vista teórico, se puede describir que el término «riesgo suicida» aunque utilizado de forma rutinaria en la práctica clínica diaria, no tiene una definición operativa desde el punto de vista de investigación clínica, así como tampoco existe un patrón de referencia que delimite y soporte los componentes de la evaluación de dicho riesgo suicida y por lo tanto es frecuente que los clínicos al definir un nivel determinado de riesgo suicida, recurran a su experiencia o intuición, más que a estándares específicos de atención clínica o a la mejor evidencia disponible^{6,7}. En este sentido se ha planteado por ejemplo, que algunas variables consideradas históricamente como factores de riesgo o relacionadas causalmente con las conductas suicidas, no tienen el suficiente soporte científico que permitan su consideración como tales⁸. Sin embargo, existe acuerdo que en la definición de un nivel determinado de riesgo suicida (bajo, moderado o alto) después de un intento suicida, se debe incluir la evaluación sistemática de las siguientes variables:⁹⁻¹¹

- Determinación de la frecuencia e intensidad de ideación suicida.
- Grado de estructuración del plan suicida y ejecución del intento suicida.
- Presencia de impulsividad o planeación.
- Grado de determinación subjetiva sobre la intención real de muerte con el intento suicida.
- Conocimiento y acceso a métodos potencialmente letales.
- Opinión sobre sobrevivir o haber fallado en el intento.
- Presencia activa de desesperanza, culpa intensa, sentimientos de soledad y frustración.
- Razones para continuar con vida.
- Presencia activa o antecedente de trastornos mentales.
- Consumo reciente de alcohol o sustancias psicoactivas.
- Experimentación reciente de eventos vitales negativos.
- Antecedente personal de intentos suicidas que incluya evaluación de letalidad y estructuración.
- Dificultades previas en la adaptación a las pérdidas o al estrés.
- Calidad de la red primaria de apoyo.

Desde una perspectiva de salud pública, los procesos activos de vigilancia epidemiológica pretenden ofrecer información sobre patrones de ocurrencia de desenlaces con significativo impacto en la salud de la población, que permita establecer estrategias de prevención indicada o planeación de estrategias comunitarias, con el objetivo de disminuir la ocurrencia de los desenlaces negativos en términos de mortalidad, morbilidad y calidad de vida^{12,13}.

El ejercicio de vigilancia probado en la prueba piloto que se presenta a continuación estableció la variable «intento suicida» como único desenlace a vigilar, teniendo en consideración que es el único factor de riesgo que ha demostrado utilidad en la predicción a corto plazo de suicidio consumado. La presentación de otras conductas del espectro suicida como la ideación pasiva de muerte, ideación suicida no estructurada, autolesiones sin intención letal y conductas parasuicidas, aunque relacionadas con el suicidio consumado, han mostrado poca utilidad en la predicción sistemática de este desenlace. Fenomenológicamente las variables descritas tienen una menor estabilidad longitudinal incluso en períodos cortos de tiempo, lo que implicaría desde el punto de vista práctico, la asignación de recursos para el seguimiento de los casos, en escenarios de baja probabilidad de ocurrencia de suicidio consumado.

El objetivo de la prueba piloto fue analizar el comportamiento de un instrumento de reporte y vigilancia de intentos suicidas, respecto a la facilidad para el registro y las posibles dificultades que pudieran presentar los notificadores al momento de reportar los casos. A continuación se describen los aspectos metodológicos y resultados de la valoración del pilotaje.

Metodología

La prueba piloto se realizó durante las dos últimas semanas del mes de julio de 2014. El instrumento utilizado fue programado por un ingeniero de sistemas, quien se encargó de habilitar un dominio para facilitar el acceso vía internet. Disponible en: <http://siis.saludsantander.gov.co/>

Un total de 11 Unidades Generadoras de Datos del Departamento de Santander (UGD) fueron invitadas a participar, incluyendo las tres instituciones prestadoras de servicios de salud del área metropolitana de Bucaramanga que tienen habilitado el servicio de urgencias y hospitalización en psiquiatría; también se incluyeron IPS de los municipios de Barbosa, Barrancabermeja, Bucaramanga, Floridablanca, Lebrija y Girón. La invitación se realizó por medio de correo electrónico. De las entidades invitadas nueve asistieron a la jornada de capacitación realizada previamente, las dos restantes se invitaron a participar teniendo en cuenta que en el análisis previo de las UGD que reportaron eventos relacionados con intoxicaciones con fines suicidas, dichas entidades reportaron un número considerable de casos. De estas, la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa confirmó telefónicamente su participación y se acordó una capacitación virtual de ser necesaria; de la otra UGD no se obtuvo respuesta. En total participaron 10 unidades generadoras de datos, las cuales se relacionan en la tabla 1.

Tabla 1. Unidades generadoras de datos que participaron en la prueba piloto

Unidad generadora de datos	Municipio
ESE Hospital Universitario de Santander	Bucaramanga
ESE Hospital San Juan de Dios Lebrija	Lebrija
Centro Médico Daniel Peralta	Bucaramanga
Clínica ISNOR	Bucaramanga
Hospital Regional Magdalena Medio	Barrancabermeja
ESE Hospital Integrado San Juan De Dios Girón	Girón
IPS Saludcoop Cañaveral	Floridablanca
ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa	Barbosa
Clínica San Pablo	Bucaramanga
ESE Hospital San Camilo	Bucaramanga

A cada UGD se le envió una carta de invitación a participar en la prueba piloto, la cual fue firmada por el Secretario de Salud del Departamento, documento que fue acompañado de las instrucciones para acceder al sistema y del manual para diligenciamiento de la prueba piloto. Se aclaró que de ser necesario el equipo técnico encargado del proyecto estaba en disposición de realizar

una nueva capacitación, la cual no fue solicitada por ninguna UGD.

El análisis probabilístico realizado de los reportes del evento de intoxicaciones con fines suicidas del año 2013, permitió determinar un número estimado de 6 a 8 casos reportados en la fecha de realización de la prueba piloto.

Resultados

Durante la realización de la prueba piloto se reportaron 16 casos del evento intento de suicidio, número que supera la cantidad de casos estimada por el equipo técnico, lo cual podría estar asociado a que el análisis previo incluyó solamente los reportes de intoxicaciones exógenas con fines suicidas.

De las 10 UGD participantes de la prueba, el total de casos fue reportado por cuatro centros médicos, dos de ellos centros de referencia en el manejo de pacientes con patologías en salud mental (ESE San Camilo y Clínica ISNOR) y los otros dos hospitales generales (ESE Hospital Universitario de Santander y Clínica Saludcoop de Cañaveral).

La ESE San Camilo reportó 10 casos (62,5%), la clínica Saludcoop de Cañaveral reportó tres casos (18,7%), la Clínica ISNOR reportó dos casos (12,5%) y la ESE Hospital Universitario de Santander reportó un caso (6,25%).

De los casos reportados solo uno presentó dificultades para completar el registro electrónico, evento al cual se le realizó seguimiento telefónico documentando algunas dificultades para retomar el llenado de la ficha después de guardar parcialmente los datos. El caso se analizó con el equipo de sistemas y se determinó que posiblemente el error se relacionó con la habilidad de la persona encargada del registro para reconocer en la pantalla el link que permite el acceso para completar el llenado. En total el 93,75% de los eventos reportados registraron completamente el instrumento. En general se reportaron algunas dificultades para acceder a internet desde las UGD, motivo por el cual se considera pertinente facilitar el registro tanto por medio electrónico como por medio manual.

De los casos reportados 12 fueron mujeres y cuatro hombres; nueve casos en edades comprendidas entre los 10 y los 20 años, tres casos entre los 21 y 30 años; dos casos entre los 31 y 40 años, y un caso entre los 41-50 y 51-60 años, respectivamente. Respecto al método utilizado, siete fueron reportados como intoxicaciones, cinco con arma corto punzante, tres casos con ahorcamiento y un caso con lanzamiento al vacío. Respecto a la variable que evalúa

si el intento de suicidio se realizó bajo el efecto de alguna sustancia: seis casos fueron reportados como «sí», siete como «no» y tres sin datos. Dentro de los casos asociados al consumo de sustancias, cinco consumieron alcohol y uno cocaína. Al analizar la variable de experimentación en los últimos meses de eventos estresantes, siete casos fueron reportados como «sí», siete como «no» y dos se reportaron sin dato. Respecto a la variable de intentos suicidas previos, siete casos tuvieron antecedente, siete no lo tuvieron y dos se reportaron sin dato.

Para complementar la evaluación de la prueba piloto se decidió contactar a las cuatro UGD que reportaron eventos con el objetivo de invitarles a diligenciar un instrumento de evaluación. Se obtuvo respuesta de todas las entidades contactadas. En general se consideró que la evaluación de la validez facial del instrumento fue descrita como adecuada.

Conclusiones y recomendaciones

- Para el equipo técnico encargado de la prueba piloto el instrumento utilizado presentó un adecuado comportamiento durante la prueba piloto. Lo anterior permitió a las UGD reportar fácil y oportunamente el evento de interés, prueba de ello es que el número de casos reportados superó considerablemente los casos estimados para la fecha de realización de la prueba y que en el 93% de los eventos reportados se completó adecuadamente el registro de los datos en la plataforma electrónica dispuesta para dicho fin.
- Una ventaja de la presente prueba es que el 100% de las UGD que reportaron eventos facilitaron información posterior respecto a la evaluación de la misma. En dicha evaluación sobresale que tres de las personas que registraron casos y llenaron los formatos de evaluación son médicos especialistas en psiquiatría, fortaleciendo así la evaluación por pares expertos del instrumento.
- Es de resaltar que en la evaluación realizada se documentan recomendaciones de forma, más no de fondo respecto a la necesidad de incluir, retirar o cambiar la manera de medición de alguna de las variables del instrumento. Aunque para algunos evaluadores el registro de los datos de identificación fue percibido como algo dispendioso, para la gran mayoría el instrumento fue considerado como fácil de usar.
- Hay consenso entre los evaluadores y el equipo técnico en que se debe facilitar la versión impresa del instrumento.
- Con la experiencia recolectada en la presente prueba piloto el equipo técnico encargado del proyecto considera que el instrumento utilizado podría considerarse como una herramienta que puede facilitar la vigilancia epidemiológica del evento: intento de suicidio, objeto del presente proyecto.

Referencias

- ¹ Vämik P. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9:760-71.
- ² World Health Organization. *Public health action for the prevention of suicide*. WHO Press, Geneva, 2012.
- ³ Posada-Villa J, Camacho JC, Valenzuela JI, Arguello A, Cendales JG, Fajardo R. Prevalence of suicide risk factors and suicide-related outcomes in the National Mental Health Study, Colombia. *Suicide Life Threat Behav*. 2009;39:408-24.
- ⁴ Bryan CJ, Rudd MD. Advances in the assessment of suicide risk. *J Clin Psychol*. 2006; 62: 185-200.
- ⁵ Hart, S. The role of psychopathy in assessing risk for violence: conceptual and methodological issues. *Legal Criminol Psychol*. 1998; 3, 123-40.
- ⁶ Simon R. Suicide risk assessment. What is the standard of care? *J Am Acad Psychiatry Law*. 2002; 30: 340-4.
- ⁷ Large M, Ryan C, Nielssen O. The validity and utility of risk assessment for inpatient suicide. *Australas Psychiatry*. 2011;19:507-12.
- ⁸ Simon RI. Suicide risk assessment: is clinical experience enough? *J Am Acad Psychiatry Law*. 2006; 34: 276-8.
- ⁹ Shea SC. The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *J Clin Psychiatry*. 1998;59Suppl 20:58-72.
- ¹⁰ Beghi M, Rosenbaum JF, Cerri C, Cornaggia CM. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9: 1725-36
- ¹¹ Menon V. Suicide risk assessment and formulation: an update. *Asian J Psychiatr*. 2013;6:430-5
- ¹² Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups*. *Dan Med Bull*. 2007;54:306-69.
- ¹³ Nordentoft M. Crucial elements in suicide prevention strategies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2011;35:848-53.