

Seguimiento telefónico en la prevención de la conducta suicida

9

A. Goñi, J.J. López

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la prevención de la conducta suicida es un reto en Salud Pública. Los servicios de urgencias son, a menudo, el primer lugar de contacto para las personas con conductas suicidas y suponen del 10-20% del total de las atenciones en las urgencias de psiquiatría.¹ Se trata de una urgencia de primera magnitud, en la que estos servicios juegan un papel fundamental en la valoración, tratamiento e indicación del plan terapéutico a seguir.² Además, la investigación señala que el periodo posterior a la atención en urgencias es de gran riesgo para la repetición de este tipo de conductas.^{3,4}

Desde una perspectiva clínica la existencia de un intento de suicidio es un claro factor de riesgo e importante predictor de la repetición de la conducta suicida a corto y medio plazo⁵ y también para la muerte por suicidio.⁶ El riesgo aún es mayor si además coexiste un trastorno mental diagnosticado.⁷ Entre el 25 y el 30% de los suicidios consumados son precedidos en el año anterior por un intento de suicidio, convirtiendo al intento en un factor de riesgo clínico muy relevante. Entre quienes sobreviven la probabilidad de morir en un intento posterior es de 40 a 66 veces más alta.⁸

Las estrategias de prevención reconocen a las personas con intentos de suicidio como un grupo de riesgo prioritario e identificado e incluyen sistemas de apoyo específicos para estos pacientes.⁹ Se considera que la intervención alivia el sufrimiento que conlleva para la persona y su red social, el gasto sanitario y las posibles discapacidades generadas o la pérdida derivada de la muerte.

Se han desarrollado distintas estrategias de ayuda para estos pacientes. Entre ellas destacan los programas de seguimiento no intensivos y de contacto breve, llamados así para diferenciarlos de las estrategias psicoterapéuticas específicas y a más largo plazo. La intervención breve, el contacto activo y seguimiento de quienes han realizado algún intento, se asocia con la disminución del riesgo de repetición.^{10,11} Incluyen diferentes tipos de seguimiento: cartas, mails, llamadas de teléfono, mensajes de texto. Estos programas son eficientes, protocolizables, pueden llegar a mucha población, reducen el aislamiento, son poco estigmatizadores y mejoran la psicoeducación y la adherencia al sistema sanitario.

De todas las intervenciones, las más evaluadas han sido los programas de seguimiento telefónico. Algunos estudios aportan resultados prometedores en la disminución de la repetición de la conducta suicida,¹²⁻¹⁶ otros no los encuentran^{17,18} o limitan su alcance.¹⁹

Sin embargo, a pesar de ser una estrategia bien aceptada por los pacientes y los clínicos y de bajo coste, el estado actual de conocimiento presenta importantes lagunas en cuanto a qué factores son los más efectivos, por ejemplo en relación al número de llamadas, cadencia, formación de quien las realiza, si se ha de combinar con otro tipo de contacto, contenido mínimo de las llamadas o la idoneidad para participar en el programa.²⁰

Por todo ello, se presenta en este capítulo la comparación de un programa de seguimiento telefónico estructurado añadido al tratamiento habitual sobre la repetición de la conducta suicida en una muestra de pacientes atendidos por intento de suicidio en urgencias de psiquiatría, con un seguimiento de un año. El grupo de comparación es una cohorte de pacientes anterior a la inclusión del programa de seguimiento telefónico.

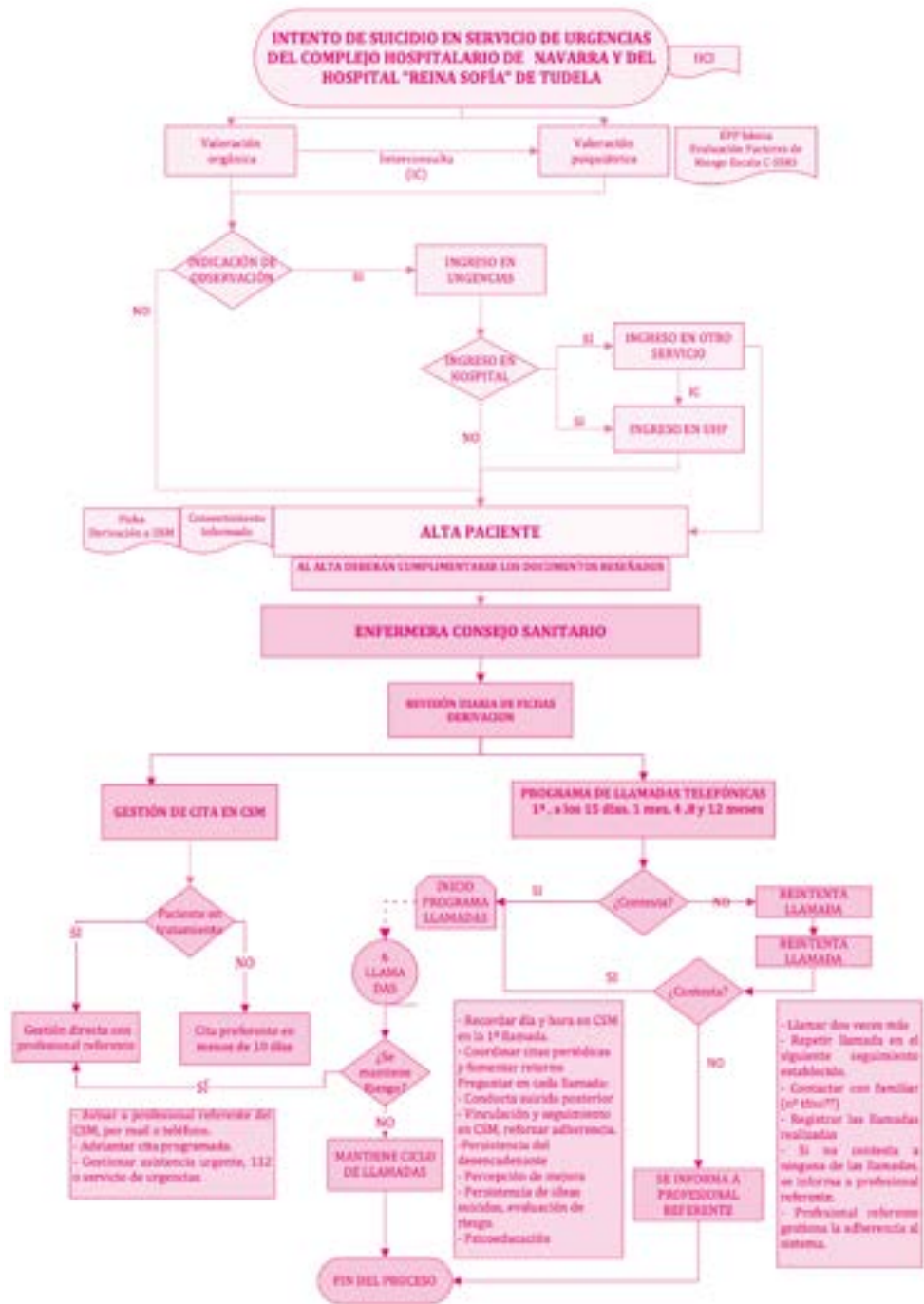
TRATAMIENTO HABITUAL MÁS EL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO

El tratamiento habitual consiste, una vez estabilizada la situación orgánica del paciente, en una evaluación clínica realizada por facultativos especialistas en psiquiatría en el contexto de los servicios de urgencias psiquiátricas. Se realiza un análisis del riesgo de suicidio, se emite un juicio clínico y se elabora un plan de tratamiento al alta de urgencias. A partir de este momento el tratamiento se basa en el seguimiento clínico en los distintos servicios de la red pública de salud mental.

A este abordaje habitual se añade, en una muestra posterior, el programa de seguimiento telefónico (**Figura 1**). Consiste en 6 llamadas de teléfono realizadas aproximadamente al día siguiente de la atención en urgencias, a los 15 días, a los 2, 4, 8 y 12 meses posteriores al intento de suicidio. Son realizadas por una enfermera especialista en salud mental. En la primera llamada se presentan ambos interlocutores, se explica el programa o se aclaran dudas, se re-evalúa el riesgo de suicidio, se refuerza el plan terapéutico indicado en urgencias, se exploran posibles estresores vitales así como posibles factores de protección y, por último, si no la tuviera se gestiona una cita de revisión con un profesional referente en menos de 10 días. Las llamadas de seguimiento posteriores buscan reforzar la adherencia terapéutica o facilitar el retorno si ha interrumpido voluntariamente el tratamiento, así como reevaluar el riesgo de suicidio o identificar cambios psicosociales significativos en el periodo transcurrido. Si se detecta una situación de crisis se puede coordinar directamente una visita con el servicio de urgencias y/o gestionar un adelanto de cita con el profesional referente de su Centro de Salud Mental. En todas las llamadas se cumplimenta una valoración de cambio psicopatológico por medio de la Escala de Impresión Clínica Global y se explora el ítem del Inventario de Beck sobre ideación/intencionalidad suicida.²¹

Ambas intervenciones cuentan con el Consentimiento Informado firmado y han sido autorizadas por el Comité Ético de Investigación Clínica. El proyecto obtuvo el premio "Federico Soto a la investigación sobre el suicidio" de la Fundación Colegio de Médicos de Navarra en 2019.

Figura 1. Flujograma del programa de seguimiento telefónico



PRINCIPALES RESULTADOS

Comparación de las dos muestras

Se obtuvo una muestra de 207 personas en el tratamiento habitual y de 203 en el programa de seguimiento telefónico. Ambos grupos eran muy semejantes en cuanto a variables sociodemográficas y clínicas.

Análisis del programa de seguimiento telefónico

Finalizaron el programa de seguimiento telefónico el 53,2% de los pacientes ($n = 108$). Los pacientes que lo terminaron eran, en mayor proporción españoles, presentaban antecedentes de trastorno mental y seguían tratamiento actual en salud mental, con tratamiento psicofarmacológico, contaban con apoyo social/familiar, el intento tenía una letalidad intermedia/alta y fueron ingresados tras el intento de suicidio. El 50% de quienes no terminaron el programa presentaban consumo de tóxicos previo al intento de suicidio y no contaban con diagnóstico clínico.

Reintentos en el seguimiento

En el grupo de tratamiento habitual el 20,3% ($n = 42$) de los pacientes realizó al menos un intento en el seguimiento. En el grupo del programa de seguimiento telefónico el 23,6% ($n = 48$) realizó al menos un reintento en el seguimiento. A su vez, 20 pacientes que no terminaron el programa de seguimiento telefónico (21,1%) y 28 que sí (25,9%) realizaron al menos un reintento. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en cuanto a los intentos en el seguimiento ($\chi^2 = 1,4$; g.l. = 2; $p = ,503$).

Submuestras de pacientes a partir de la presencia de algún reintento y la finalización o no del programa de seguimiento telefónico. Comparación de submuestras

Se identifican distintas submuestras con unas tasas de reintento que oscilaron entre ningún reintento y el 57,1% ($n=8$). La submuestra que mayor porcentaje de reintentos presentó fue la de hombres que no terminaron el programa y tenían intentos de suicidio previos (8/14 = 57,1%) frente a los hombres sin intento previo (15,8%; $\chi^2 = 6,20$; g.l. = 1; $p = ,013$). Sin embargo, aquellos pacientes ($n = 18$) que fueron ingresados, que habían terminado el programa y no tenían un intento previo al que motivó la asistencia, no recayeron en el seguimiento ($n = 0$) frente a quienes habían terminado el programa tras haber sido ingresados, pero que contaban con algún intento previo ($n = 4$; 25%; $\chi^2 = 5,1$; g.l. = 1; $p = 0,024$).

Las submuestras con menores tasas de recaídas se dieron tanto entre quienes terminaron el programa como entre quienes no lo terminaron o siguieron el tratamiento habitual. Se hallaron diferencias en cuanto a quienes terminaron el programa ya que esta submuestra no presentó intentos de suicidio previos, tenían historia familiar de conducta suicida, mayor presencia de trastornos afectivos y, además, una mayor letalidad en el intento de suicidio, siendo todos ellos ingresados tras el mismo. Las submuestras con mayores porcentajes de reintento ocurrían igualmente entre los pacientes que finalizaron el programa (44,1%) y los que no lo finalizaron o eran del tratamiento habitual (32,5%). El 100% de estos últimos presentaba intentos de suicidio previos con mayor número de ellos.

Tiempo transcurrido hasta la repetición del intento de suicidio

No se obtienen diferencias en ambos grupos en cuanto a los días transcurridos hasta la repetición del primer reintento en el período de seguimiento. Ambos reintentan en momentos muy semejantes. Lo mismo ocurre si se desagrega por sexos. Las mujeres del grupo de seguimiento telefónico muestran una tendencia a reintentar de una forma más continuada en los primeros dos meses que el grupo de tratamiento habitual, aunque no se obtienen diferencias estadísticamente significativas. La curva de supervivencia según quienes terminan o no el programa de seguimiento telefónico tampoco muestra diferencias significativas.

Suicidios consumados en el seguimiento

En el grupo de tratamiento habitual el 1,93% (n = 4) falleció por suicidio, tres de ellos en el primer mes después de la atención en el servicio de urgencias de psiquiatría. En el grupo de seguimiento telefónico una persona se suicidó (0,5%) y ocurrió en el segundo mes durante el periodo de seguimiento.

Adherencia al tratamiento

Con respecto al grupo de tratamiento habitual, un 56% estaba en tratamiento en el sistema de Salud Mental cuando se incluyeron en el estudio. A los 6 meses se incrementó al 78,7% y a los dos años se redujo al 56%. No se dispone del dato al año de seguimiento. Sin embargo, el grupo de seguimiento telefónico, cuando se incorporó al estudio, tenía en seguimiento en Salud Mental al 62,1% y al cabo del año al 63,9%. Si se tiene en cuenta las personas que terminaron el programa, presentaron más adherencia que quienes no lo finalizaron (n = 89; 82,4%; $\chi^2 = 34,58$; g.l. = 1; p = 0,00). Lo mismo ocurre según sexos, tanto los hombres como las mujeres que terminaron el programa también continuaban su seguimiento en Salud Mental.

CONCLUSIONES

El principal hallazgo de este estudio es que no se ha encontrado una reducción significativa de la recurrencia de la conducta suicida por medio de un programa de seguimiento telefónico. Sin embargo, se han identificado perfiles diferentes de pacientes con distintas necesidades asistenciales ya que se han encontrado diferencias en la repetición de la conducta suicida entre los pacientes que han seguido el tratamiento habitual, los que además han completado un programa de seguimiento telefónico y los que no lo finalizaron.

Un resultado muy significativo ha sido que la no repetición de la conducta suicida y los mayores porcentajes de recaída han ocurrido tanto en los que siguieron el tratamiento habitual como en los que además completaron el programa de seguimiento telefónico.

Las variables que mejor han discriminado los perfiles específicos de pacientes que se han beneficiado de la intervención son la existencia de intentos de suicidio previos, el grado de letalidad del intento y la presencia de un diagnóstico psiquiátrico.

Se han identificado dos grupos de pacientes que no reintentan en el seguimiento. Uno corresponde a quienes hacen su primer intento, terminan el programa, son hospitalizados tras el intento por su mayor gravedad, utilizan un método violento y padecen tras-

tornos afectivos. El otro grupo pertenece al tratamiento habitual, son más jóvenes, en su mayoría no tienen diagnóstico clínico y por tanto no siguen tratamiento en Salud Mental, ni informan de antecedentes psiquiátricos, configurando por tanto un subgrupo de menor gravedad clínica, en comparación con el anterior que presenta más clínica psicopatológica.

Por el contrario, los perfiles de pacientes obtenidos con alta tasa de recurrencia de la conducta suicida, con independencia del tratamiento que han seguido, los intentos previos no son un factor predictivo ni sensible pues aparecen entre el 47 y 100% de las submuestras.

Por último, el programa no ha retrasado en el tiempo el primer reintento en el seguimiento y, además, ha obtenido una adherencia moderada. El programa ha sido bien aceptado por los pacientes y aporta una evaluación clínica y del riesgo del paciente, a modo de manejo de caso. Sin embargo, la protocolización y estructura del programa no permite un seguimiento más proactivo ni unos criterios de idoneidad. Según estos resultados, el programa ha beneficiado a un grupo de pacientes más graves (los ingresados por un primer intento grave y con clínica psicopatológica) y no aporta tanto a quienes ya tienen intentos previos y la letalidad fue baja.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez-Treviño L, Sáiz PA, Corcoran P, et al. Factors associated with hospitalization after suicide spectrum behaviors: results from a multicentre study in Spain. *Arch Suicide Res.* 2015;19(1):17-34.
2. Betz ME, Boudreaux ED. Managing Suicidal Patients in the Emergency Department. *Ann Emerg Med.* 2016;67(2):276-282.
3. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry.* 2002;181(SEPT):193-199.
4. Wang M., Swaraj S., Chung D., Stanton C., Kapur N. LM. Meta-analysis of suicide rates among people discharged from non-psychiatric settings after presentation with suicidal thoughts or behaviours. *Acta Psychiatr Scand.* 2019;139(5):472-483.
5. Larkin C, Di Blasi Z, Arensman E. Risk Factors for Repetition of Self-Harm: A Systematic Review of Prospective Hospital-Based Studies. *PLoS One.* 2014;9(1).
6. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm : long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry.* 2003;182:537-542.
7. Runeson B, Haglund A, Lichtenstein P, Tidemalm D. Suicide risk after nonfatal self-harm: A national cohort study, 2000-2008. *J Clin Psychiatry.* 2016;77(2):240-246.
8. Parra Uribe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, et al. Attempted and completed suicide: Not what we expected? *J Affect Disord.* 2013;150(3):840-846.
9. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry.* 2016;3(7):646-659.
10. Riblet NB V, Shiner B, Young-xu Y, Watts B V. Strategies to prevent death by suicide : meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry.* 2017;210(December 2015):396-402.
11. Inagaki M, Kawashima Y, Yonemoto N, Yamada M. Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2019;19(44):1-11.
12. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord.* 2013;147(1-3):269-276.
13. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ.* 2008;86(9):703-709.
14. Miller IW, Camargo CA, Arias SA, et al. Suicide prevention in an emergency department population: The ED-safe study. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(6):563-570.
15. Exbrayat S, Coudrot C, Gourdon X, et al. Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: A controlled study. *BMC Psychiatry.* 2017;17(96).
16. Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: Systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *Br J Psychiatry.* 2015;206(3):184-190.
17. Bertolote J, Fleischmann A, De Leo D, et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. *Crisis.* 2010;31(4):194-201.
18. Mousavi S, Zohreh R, Maracy M, Ebrahimi A, Sharbafchi M. The efficacy of telephonic follow up in prevention of suicidal reattempt in patients with suicide attempt history. *Adv Biomed Res.* 2014;30(3):198.
19. Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ.* 2006;332(7552):1241-1245.
20. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Prim.* 2019;5(1):74.
21. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561-571.