

Suicidio en pacientes con trastorno por uso de sustancias. Serie de casos

Suicide in Patients with Substance Use Disorder. A Case Series Study

ENRIQUE BERMÚDEZ NAVAS^a, DANIEL SAN SEGUNDO RIVERA^b, JUAN CARLOS ÁLVAREZ^c, ANA ARREDONDO BANCES^d, MARÍA JOSÉ DURÁNTEZ^e

a) Médico especialista en Psiquiatría. Centro Asistencial San Juan de Dios de Palencia, España.

b) Médico especialista en Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario de Palencia, España.

c) Trabajador social. Centro Asistencial San Juan de Dios de Palencia, España.

d) Psicóloga. Centro Asistencial San Juan de Dios de Palencia, España.

e) Enfermera. Centro Asistencial San Juan de Dios de Palencia, España.

Correspondencia: Enrique Bermúdez Navas (enrique.bn@hotmail.com)

Recibido: 18/01/2024; aceptado con modificaciones: 13/08/2024

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: El objetivo de este trabajo es la aproximación al perfil del paciente en tratamiento en centro ambulatorio de atención a drogodependientes que fallece por suicidio. Se revisaron las historias, tanto de la red de atención específica a las drogodependencias como del sistema público de salud de referencia (Sanidad de Castilla y León), y se recogió información sobre variables sociológicas, clínicas y sobre la utilización de recur-

sos sanitarios. El perfil encontrado fue: hombre (77% de los casos), menor de 45 años (77%), soltero o divorciado (92,4%), policonsumidor de drogas (69,3%), con problemas legales (84,7%), múltiples intentos de tratamiento previos —ingresos en comunidad terapéutica (69,3%) pero sin completar el programa por alta voluntaria, incumplimiento o expulsión (88,9%)— y con patología dual (77%). Sobre la utilización de recursos sanitarios, los pacientes fallecidos por suicidio, en una amplia proporción, nunca estuvieron hospitalizados en su área de salud (38,5%) o el último ingreso previo al suicidio fue en un servicio distinto de Psiquiatría o de cualquier unidad hospitalaria de desintoxicación (38,5%). Los sujetos a estudio habían acudido alguna vez al Servicio de Urgencias Hospitalarias (69,3%), registrándose como motivo de consulta más frecuente los traumatismos (46,2%), en contraste con el diagnóstico de intento de suicidio (15,4%), y habían solicitado alta voluntaria de Urgencias (55,6%). Estos datos sugieren un perfil de drogodependiente que fallece por suicidio consumado difícil de detectar, en el que la coordinación para la prevención del suicidio no solo debería establecerse entre la red de atención específica a las drogodependencias y los servicios de salud mental, sino también entre estos y otras especialidades médicas, así como con servicios sociales.

Palabras clave: suicidio, prevención del suicidio, epidemiología del derecho.

Abstract: The main objective of this work is to approach the profile of patients undergoing treatment in an outpatient drug addiction assistance unit who die by suicide. The medical records from both the specific drug dependency care network and the public health system (Castilla y León, Spain Health Service) were revised. Information on sociological, clinical variables, and the use of healthcare resources were collected. The patient profile found was: male (77% of all the cases), under 45 years old (77%), single or divorced (92.4%), poly-drug user (69.3%), with legal problems (84.7%), multiple previous treatment attempts —admissions to therapeutic communities (69.3%) but without completing the program due to voluntary discharge, non-compliance, or expulsion (88.9%)— and psychiatric comorbidities (77%). Regarding the use of healthcare resources, a significant proportion of patients who died by suicide had never been hospitalized in their health area (38.5%), the last admission prior to suicide was in a different service from psychiatry or any hospital detoxification unit (38.5%). The subjects studied had visited the Emergency Department Services at some point (69.3%), with trauma being the most frequent reason for consultation (46.2%), contrasting with the diagnosis of attempted suicide (15.4%), and had requested voluntary discharge from the Emergency Department (55.6%). These data suggest a profile of a drug-addict person who dies by suicide that is difficult to screen, where coordination for suicide prevention should not only be established between the specific drug dependency care network and mental health services, but also between these and other medical specialties, as well as with social services.

Key words: suicide, suicide prevention, legal epidemiology.

INTRODUCCIÓN

EXISTE UNA FUERTE ASOCIACIÓN entre los trastornos por uso de sustancias, la ideación suicida y la muerte por suicidio (1). Además, las personas consumidoras de sustancias que presentan otras comorbilidades psiquiátricas presentan una mayor prevalencia de suicidio que aquellas que consumen sin otros trastornos mentales comórbidos (2), así como un mayor riesgo de suicidio que las personas con trastornos mentales pero sin abuso de sustancias (3).

La Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida en Castilla y León 2021-2025 agrupa 71 medidas comprendidas en 10 proyectos. Como parte de esta estrategia, el proyecto DRUG propone concentrar esfuerzos en la elaboración de protocolos y medidas que mejoren la coordinación entre los recursos de la red de atención específica a las drogodependencias de Castilla y León (RAD) y los de la red de atención a la salud mental (4).

Para identificar las medidas susceptibles de mejora y sugerir nuevas líneas de investigación que contribuyan a la identificación de pacientes en riesgo, el objetivo de este trabajo fue aproximarse al perfil de paciente admitido a tratamiento en un centro ambulatorio de atención a drogodependientes que fallece por suicidio.

Nos interesaban especialmente las variables sociológicas, pues entre los profesionales del dispositivo existía la preocupación por la alarmante soledad que sufren los pacientes admitidos a tratamiento en el Centro de Atención al Drogodependiente (CAD). De hecho, en 2018 hicimos una encuesta para uso interno sobre los indicadores de calidad de vida en un grupo de 106 pacientes en tratamiento sustitutivo opiáceo en el CAD San Juan de Dios Palencia con objeto de profundizar en este aspecto. A la pregunta “¿tiene familiares, amigos o vecinos a los que pedir ayuda, que no sean miembros del hogar?”, el 25,33% respondió que no (solo un 3,40% de la población general respondía negativamente a esta pregunta según el Instituto Nacional de Estadística). A la pregunta “¿tiene con quién hablar de temas personales, que no sea miembros del hogar?”, el 26,67% de los pacientes respondió que no (solo un 2,20% de la población general respondía negativamente a esta pregunta según el Instituto Nacional de Estadística).

MÉTODO

Se analizó una serie de 13 casos atendidos en el CAD San Juan de Dios Palencia de cuyo fallecimiento por suicidio desde su apertura en 1993 hasta 2022 se tenía conocimiento. El conocimiento de la causa del fallecimiento se adquirió mediante comunicación directa (familiares, amigos, médico forense e instituciones donde residía el paciente en el momento del fallecimiento) e indirecta (notas de prensa).

Se recogió información sobre variables sociológicas (estado civil, problemas legales, búsqueda de ayuda), clínicas (sexo, edad, admisión a tratamiento, consumo de drogas, patología dual, tratamiento farmacológico e infecciones crónicas) y sobre la utilización de recursos sanitarios (ingresos en recursos asistenciales de régimen residencial, ingresos en el sistema de salud, visitas al servicio de urgencias hospitalarias) por parte de estos pacientes.

El conocimiento de los problemas legales se extrajo de la historia social y en colaboración con el sistema de justicia, que, a través del convenio de colaboración para la rehabilitación e integración social de drogodependientes con problemas jurídico-penales entre la RAD Castilla y León y el Consejo General del Poder Judicial, ofrece documentación directa procedente de los juzgados. Esta documentación es de fiabilidad máxima para esclarecer la tipología de los delitos.

Los resultados se describen mediante la frecuencia absoluta o número de casos. En algunas variables se presentan los datos en tres subgrupos: pacientes totales, pacientes en el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) y pacientes en el Programa Libre de Drogas (PLD), según el programa en el que se encontrasen en el momento del fallecimiento.

El estudio requirió de la colaboración de investigadores tanto de la RAD como de Sanidad Castilla y León (Sacyl) para completar la información mediante el acceso a las historias clínicas de ambas redes. Se contó con la aprobación del Comité de Ética del Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

RESULTADOS

Programa

Siete pacientes estaban incluidos en el PMM y seis lo estaban en el PLD.

Sexo

Diez de los trece pacientes fallecidos eran hombres. Dos de las tres mujeres estaban incluidas en el PMM.

Estado civil

12 pacientes no vivían en pareja (once pacientes eran solteros y uno, divorciado). Todos los pacientes incluidos en el PMM eran solteros.

Edad

La edad media en el momento del suicidio fue de 39,3 años. La mediana fue de 39 años. El rango de edad fue de 38 años (con un rango de edad de 21 años para los pacientes en PMM y de 38 años para los pacientes en PLD).

Diez de los trece pacientes eran menores de 45 años. Más de la mitad se encontraban en el tramo de edad entre 30 y 44 años.

Admisión a tratamiento

Transcurre una media de 12,9 años desde el inicio del consumo de la droga principal hasta la admisión a tratamiento en el CAD (18,8 años para los pacientes en PLD y 7,8 años para los pacientes en PMM).

El rango de edad fue de 41 años para esta variable (38 años para los pacientes en PLD y 8 años para los pacientes en PMM).

Los pacientes de la muestra fueron admitidos a tratamiento de trastorno por uso de sustancias por primera vez con una edad media de 30,2 años (35,5 años para los pacientes en PLD y 25,6 años para los pacientes en PMM). El rango de edad fue de 38 años para esta variable (38 años para los pacientes en PLD y 6 años para los pacientes en PMM).

El tiempo medio desde el inicio del consumo de la droga principal hasta el fallecimiento fue de 22,8 años (26,2 años para los pacientes en PLD y 20 años para los pacientes en PMM). El rango de edad fue de 37 años para esta variable (37 años para los pacientes en PLD y 21 años para los pacientes en PMM).

El tiempo medio desde la primera admisión a tratamiento hasta el fallecimiento fue de 9,4 años (5,6 años para los pacientes en PLD y 12,7 años para los pacientes en PMM). El rango de edad fue de 24,2 años para esta variable (13,2 años para los pacientes en PLD y 22,7 años para los pacientes en PMM).

Consumo de drogas

La droga principal causante del trastorno en el momento de admisión a tratamiento fue opiáceos (ocho pacientes), seguida de alcohol (cuatro pacientes) y cocaína (un paciente).

Cinco de los seis pacientes en PLD cumplía con las pautas para el diagnóstico de alguno de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol según la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud, aunque no fuera la droga principal. La CIE-10 era la clasificación empleada en el momento de la admisión a tratamiento de los pacientes estudiados.

Sobre el policonsumo, nueve pacientes consumían otras drogas además de la droga principal. De media, los pacientes en PLD consumían 1,8 drogas además de la droga principal y los pacientes en PMM 2,8 drogas, excluido el tabaco.

Problemas legales

Once de los pacientes fallecidos estaban o habían estado afectados por procesos jurídico-penales (cuatro de los pacientes en PLD y todos los pacientes en PMM).

Nueve de los once pacientes con problemática en esta área habían estado en prisión (tres de los cuatro pacientes con problemas legales en PLD y seis de los siete pacientes con problemas legales en PMM).

El delito atribuido más frecuente era el robo, presente en siete de los pacientes con problemas legales (dos de los pacientes con problemas legales en PLD y cinco de los pacientes con problemas legales en PMM), seguido del tráfico de drogas, presente en cuatro de los pacientes con problemas legales (dos de los pacientes con problemas legales en PLD y dos de los pacientes con problemas legales en PMM).

Otros problemas historiadados con menor frecuencia fueron la tenencia ilícita de drogas, el delito contra la seguridad del tráfico (presente en cuatro de los pacientes con problemas legales en PLD y en ninguno de los pacientes con problemas legales del PMM) y el delito de lesiones.

Ingresos en recursos asistenciales de régimen residencial (Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, Comunidad Terapéutica, Centros Residenciales para la Rehabilitación de Alcohólicos, etc.)

Nueve de los trece pacientes fallecidos habían ingresado en estos dispositivos de media 2,6 veces a lo largo de la vida.

De entre todos los pacientes que habían ingresado en estos dispositivos, ocho no habían completado alguno o varios de los ingresos debido a haber pedido el alta voluntaria, haberlo incumplido o haber sido expulsado (cuatro de los pacientes en PLD y cuatro de los pacientes en PMM).

Patología Dual

Diez de los trece pacientes fallecidos tenía patología dual.

De ellos, seis pacientes tenían dos o más trastornos mentales además de los trastornos por uso de sustancias.

Los diagnósticos más frecuentemente encontrados fueron: algún trastorno de personalidad (siete pacientes), algún trastorno psicótico (cuatro pacientes) o algún trastorno afectivo (tres pacientes).

Tratamiento farmacológico

Todos los pacientes se encontraban en tratamiento farmacológico del trastorno adictivo que padecían. Asimismo, todos los pacientes con otros trastornos mentales comórbidos habían recibido tratamiento psicofarmacológico también para dichos trastornos.

Entre los fármacos empleados se encontraban antidepresivos, antiepilépticos, antipsicóticos, benzodiacepinas, antagonistas de los receptores opioides (naltrexona), agonistas opiáceos (metadona), análogos estructurales del neurotransmisor GABA

(acamprosato) e inhibidores de la aldehído-deshidrogenasa (disulfiram y cianamida cálcica).

Ingresos en el sistema de salud

Cinco de los pacientes fallecidos no habían estado nunca hospitalizados en el mismo área de salud que el CAD del estudio, ni en el servicio de psiquiatría ni en el de ninguna otra especialidad médica.

Excluyendo atención ambulatoria, solo cuatro de los pacientes fallecidos habían estado alguna vez ingresados en el servicio de psiquiatría correspondiente al área del CAD del estudio (dos de los pacientes en PLD y dos de los pacientes en PMM).

El último ingreso hospitalario antes del fallecimiento fue en el servicio de psiquiatría en tres de los trece casos.

El último ingreso hospitalario antes del fallecimiento fue en un servicio distinto de psiquiatría en cinco de los casos (dos pacientes ingresaron en traumatología, dos en medicina interna y uno en unidad de cuidados intensivos).

Visitas al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH)

Nueve de los pacientes fallecidos habían acudido alguna vez al SUH (todos los pacientes en PLD y tres de los pacientes en PMM).

Solo dos de los pacientes fallecidos habían acudido previamente al SUH y habían recibido un diagnóstico de intento autolítico.

Los motivos de consulta más frecuentemente historiadados fueron los traumatismos, presentados por seis pacientes (cinco de los seis pacientes en PLD y uno de los pacientes en PMM). Todos los traumatismos fueron registrados entre el jueves y el lunes (un 70,6% entre el viernes y el domingo).

El motivo de consulta psiquiátrico más frecuente fueron los síntomas psicóticos, presentes en tres pacientes (dos de los pacientes en PLD y uno de los pacientes en PMM).

Cinco de los nuevo pacientes fallecidos que alguna vez habían ido al SUH habían solicitado el alta voluntaria (dos de los pacientes en PLD y todos los pacientes en PMM).

Infecciones crónicas

Tres de los pacientes fallecidos en PMM estaban infectados de VIH y cuatro de virus de la hepatitis C.

Búsqueda de ayuda

El último contacto de los pacientes con las redes asistenciales documentado antes del fallecimiento fue con el CAD en nueve de los trece casos y con Sacyl en tres.

DISCUSIÓN

El perfil encontrado es: hombre, menor de 45 años, soltero o divorciado, poli-consumidor, con problemas legales y antecedentes de reclusión, con ingresos previos en comunidad terapéutica, pero sin completar los programas, con infecciones crónicas y con patología dual.

Las drogas consumidas principalmente por los sujetos fueron los opiáceos. Aunque todos los trastornos por uso de sustancias constituyen un importante factor de riesgo de suicidio, se ha propuesto que es el trastorno por uso de opiáceos el que se asocia a un riesgo mayor (5). Los pacientes del estudio en PMM consumen el suicidio a una edad media más joven que los pacientes en PLD. Un estudio de seguimiento durante 35 años de pacientes admitidos a tratamiento con metadona encontró que la edad media de los pacientes fallecidos era de 42,68 años (6). En nuestro estudio, la edad media en el momento del suicidio fue de 39,3 años.

Casi todos los pacientes estudiados son personas solteras o divorciadas con bajo soporte sociofamiliar. La literatura existente expone que el aislamiento social juega un papel central en el suicidio, especialmente en los hombres. También se proponen dos grupos etarios cuyo aislamiento social requiere especial atención: individuos de 70 años o más y jóvenes de entre 15 y 29 años (7). Curiosamente, esta propuesta soslaya el grueso de los pacientes con trastornos adictivos del estudio, que fallecen por suicidio en un rango de edad entre 30 y 44 años.

El proyecto BeTrAD (Better Treatment for Aging Drug Users), en el que participa España, es la iniciativa de una serie de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y universidades europeas. En el informe nacional de BeTrAD España (8), se pone de manifiesto que las personas usuarias de drogas mayores de 40 años, especialmente las personas consumidoras de heroína, acumulan un deterioro de sus condiciones físicas y mentales, con presencia de enfermedades crónicas como hepatitis C y VIH. Se encuentran, además, en una situación de especial riesgo de exclusión social al tener escasos o nulos vínculos familiares.

Estas consideraciones sobre las necesidades sociales de atención a población drogodependiente envejecida se asemejan a las de los pacientes de nuestro estudio, que sin embargo pertenecen a una muestra de población más joven. Cabe pensar, por tanto, que la franja de edad donde se encuentran los pacientes drogodependientes que fallecen por suicidio se aleja de los grupos de edad donde está recomendada la intensificación de las medidas preventivas para combatir la soledad, el aislamiento y la exclusión social.

Aunque diez de los trece pacientes tenían uno o más trastornos mentales comórbidos, solo cuatro habían estado alguna vez ingresados en un dispositivo hospitalario del servicio de psiquiatría de la misma zona que el CAD donde se realizó el estudio. En el caso de los pacientes atendidos en el CAD de Palencia procedentes de

otras zonas de España o que se trasladasen a residir a otras zonas de España después de haber sido atendidos en el CAD de Palencia, tampoco se hallaron datos afirmativos sobre ingresos en los dispositivos hospitalarios de los servicios de psiquiatría de dichas zonas.

Según la Junta de Castilla y León, los diagnósticos más frecuentes entre los pacientes con patología dual admitidos a tratamiento ambulatorio en los CAD son: trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y trastornos de aparición habitual en la infancia y adolescencia (9). Según nuestro estudio, los diagnósticos más frecuentes entre los pacientes de esta misma población que fallecen por suicidio, por grupos diagnósticos, son: trastornos de personalidad, trastornos psicóticos (esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios) y trastornos afectivos (trastornos del estado de ánimo, excluyendo los inducidos por sustancias).

Entre los problemas legales se encontraban delitos tanto funcionales (destinados al sostenimiento de la conducta de consumo) como directos (aquellos que se producen como consecuencia de los efectos de las drogas). La mayoría de los pacientes habían estado en prisión. Este hecho, unido a la alta proporción de pacientes con patología dual, sugiere la necesidad de establecer la gravedad de la adicción en el contexto penitenciario (10). Otro problema legal que podría merecer atención y que proponemos incorporar a posteriores estudios es el endeudamiento, que desde hace años se valora sistemáticamente en los pacientes admitidos a tratamiento en el CAD San Juan de Dios Palencia a través del Índice Europeo de Gravedad de la Adicción EuropASI.

A la vista de las características de los pacientes analizados, las escalas propuestas en la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida para la detección de pacientes en riesgo de suicidio (4), como la escala SAD PERSONS o la M.I.N.I. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (11,12), posiblemente no sean aplicables con tan buenos resultados debido a la complejidad de estos casos (13,14). La escala SAD PERSONS (11), por ejemplo, enfatiza el riesgo si los pacientes son menores de 20 años o mayores de 45 años, y también otorga importancia a la tentativa suicida previa y a la existencia de un plan organizado de suicidio. A la luz de los resultados de este estudio, los pacientes fallecidos, por la edad a la que ocurrió el suicidio y por la utilización que habían hecho de los recursos sanitarios (baja frecuencia de intentos autolíticos previos registrados), no puntuarían nunca o casi nunca en estos ítems, lo que aumenta la posibilidad de infraestimar el riesgo. La M.I.N.I. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (12) no tiene en cuenta la edad, pero, al igual que la SAD PERSONS, también confiere una importancia considerable a los intentos de suicidio previos y al plan para suicidarse, encontrándonos con el mismo problema.

Varios estudios han tratado de aislar variables procedentes de una combinación de diferentes escalas que, con alta sensibilidad y especificidad, ayudarían a cla-

sificar a los pacientes que realizan un intento de suicidio, incluyendo en su muestra pacientes con trastornos adictivos (15). Los intentos de suicidio analizados en estos estudios son mayoritariamente protagonizados por mujeres (16,17). Sin embargo, no está claro que las herramientas que han demostrado utilidad a la hora de predecir los pacientes que con alta probabilidad realizarán intentos autolíticos sean también útiles para predecir a los pacientes que llevan a cabo un suicidio consumado.

El bajo porcentaje de ingresos en unidades de hospitalización psiquiátrica, pese a la alta proporción de pacientes con patología dual y el alto porcentaje de altas voluntarias de los programas en comunidades terapéuticas y en el servicio de urgencias, refuerza la opinión de los médicos generales y psiquiatras que señalan la insuficiencia de recursos específicos para pacientes con patología dual (18) y el reto que supone cubrir las necesidades de unos pacientes que tienen pobre adherencia terapéutica (19). Un estudio que analizó las características de las intoxicaciones sin finalidad suicida atendidas en los servicios de urgencias españoles encontró que el 39,4% de los pacientes habían consumido dos o más drogas y el 58,2% también había consumido alcohol, confirmando la relación del consumo de drogas con la actividad lúdica, más frecuente en días festivos (20). Las semejanzas epidemiológicas entre esta muestra de pacientes atendidos en los SUH que usan drogas sin finalidad suicida (la muestra estaba constituida por un 75,5% de hombres, con una edad media de 33 años) y la muestra de pacientes de nuestro estudio vuelve a indicar la extrema dificultad que supone detectar a los pacientes en riesgo de suicidio.

Como limitaciones, al tratarse de una serie de casos, nuestro estudio presenta un menor nivel de evidencia científica que otros estudios más complejos. Cabe destacar que la muestra presenta un sesgo de selección, en el sentido de que la población a estudio probablemente sufre una tendencia al infradiagnóstico, agravada por la falta de información compartida entre la RAD y el sistema público de salud. Esta es una dificultad frecuente a la hora de esclarecer la causa del fallecimiento en pacientes que usan drogas, como sugiere el hecho de que solo en el 32,4% de los fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas existan evidencias de suicidio (21).

Otra limitación es que, aun conociendo la fecha del suicidio, no siempre es posible establecer la distancia temporal entre el consumo y suicidio.

Por otro lado, existe una polémica sobre el riesgo de que algunos medicamentos pudieran inducir ideación suicida en determinadas situaciones, dado que, tanto en los suicidios por intoxicación como en los suicidios que no ocurren por intoxicación, se encuentra una alta prevalencia de uso de medicamentos psicotrópicos (22). Aunque los pacientes del estudio puedan contar con prescripciones vigentes de tratamiento psicofarmacológico durante su última atención, encontramos dificultades a la hora de interpretar este dato debido a: la falta de adherencia que se asocia a los pacientes con patología dual (maximizada en el ámbito ambulatorio),

posibles conductas aberrantes relacionadas con la medicación y prescripciones fuera de ficha técnica (recordemos que algunos trastornos adictivos carecen de tratamiento psicofarmacológico específico). En el caso de los antiepilépticos, por ejemplo, un artículo de revisión manifestaba que el riesgo de comportamiento suicida era más alto para los pacientes con epilepsia que recibían antiepilépticos en comparación con los pacientes que recibían esos fármacos por otras indicaciones (23). Señalamos esto debido a que algunos antiepilépticos han resultado eficaces para el tratamiento de trastornos mentales y para paliar el deseo o necesidad de consumir alcohol y otras drogas (24,25), ventajas que no figuran entre las indicaciones terapéuticas incluidas en las fichas técnicas de dichos medicamentos. En cualquier caso, cabe destacar que no se encontraron datos de que alguno de los suicidios estudiados estuviera causado por una autointoxicación medicamentosa voluntaria.

El último contacto documentado de los pacientes con las redes asistenciales antes del fallecimiento se produjo en mayor proporción con el CAD. Esto puede ser debido a las ventajas de este recurso específico en cuanto a la accesibilidad y a la menor percepción de estigmatización por parte del paciente. La implementación de sesiones con objeto de prevenir el suicidio relacionado con la adicción en pacientes incluidos en programas ambulatorios podría mejorar los conocimientos sobre el suicidio, reducir las conductas desadaptativas y mejorar la búsqueda de ayuda en estos pacientes (26), cuando la disponibilidad de recursos lo permita. Suprimir el estigma, mejorar el acceso a los cuidados y la atención integrada entre especialistas en adicciones y otros facultativos deben ser pilares para actualizar las redes de atención a las adicciones (27).

CONCLUSIONES

Los pacientes fallecidos padecían, en considerable proporción, enfermedades infecciosas, habían consultado en el SUH por motivos no psiquiátricos (principalmente traumatismos) y habían estado ingresados justo antes del fallecimiento en plantas diferentes de psiquiatría, pese a la alta prevalencia de comorbilidades psiquiátricas entre los pacientes del estudio.

Cabría investigar próximamente las causas por las que el diagnóstico de intento autolítico, un factor de riesgo importante para predecir el suicidio, se registra con tan poca frecuencia en los SUH para este tipo de población, así como implementar medidas orientadas a mejorar la accesibilidad a estos servicios y a actualizar las herramientas para la detección de los pacientes en riesgo en este ámbito.

Estos datos son congruentes con la tendencia a la hospitalización por alcohol y drogas en Castilla y León (28), que revela que los trastornos adictivos no son las únicas patologías que contribuyen a un mayor riesgo de accidentes, lesiones no in-

tencionales y suicidio, y que nos invita a ensayar la inclusión de nuevos agentes de salud en planes específicos para la prevención del suicidio.

Por lo tanto, el paciente drogodependiente que fallece por suicidio consumado es difícil de detectar y la coordinación para la prevención del suicidio no solo debería establecerse entre la RAD y los servicios de salud mental, sino transversalmente entre estos y también otras especialidades médicas, así como con unos servicios sociales que realicen prevención del aislamiento y la exclusión social a lo largo de todas las fases del ciclo vital.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *J Public Health (Oxf)*. 2016; 38(3): e282-e291.
- (2) Torrens M, Mestre-Pintó JI, Montanari L, Vicente J, Domingo-Salvany A. Patología dual: una perspectiva europea. *Adicciones* 2017; 29(1):3-5.
- (3) Szerman N, López-Castromán J, Arias F, Morant C, Babín F, Mesías B, et al. Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Subst Use Misuse*. 2012; 47(4):383-9.
- (4) Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025. Valladolid, 2022.
- (5) Crump C, Sundquist J, Kendler KS, Edwards AC, Sundquist K. Comparative risk of suicide by specific substance use disorders: A national cohort study. *J Psychiatr Res*. 2021; 144:247-254.
- (6) Jiménez-Treviño L, Martínez-Cao C, Sánchez-Lasheras F, Iglesias C, Antuña M, Riera L, et al. Estudio de seguimiento de 35 años de pacientes admitidos a tratamiento con metadona entre 1982-1984 en Asturias, España. *Adicciones* 2021; 35(3): 303-314.
- (7) Motillon-Toudic C, Walter M, Séguin M, Carrier JD, Berrouiguet S, Lemey C. Social isolation and suicide risk: literature review and perspectives. *Eur Psychiatry*. 2022; 65(1): e65.

- (8) Fundación Salud y Comunidad. BeTrAD: Un mejor tratamiento para los consumidores de drogas de edad avanzada. [Consultado el 18 de enero de 2024]. Disponible en: <https://fsyc.org/proyectos/betrad-un-mejor-tratamiento-para-los-consumidores-de-drogas-de-edad-avanzada/>.
- (9) Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Plan Autonómico sobre Drogas Castilla y León. Valladolid, 2021.
- (10) Casares-López MJ, González-Menéndez A, Bobes-Bascarán MT, Secades R, Martínez-Cordero A, Bobes J. Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario. *Adicciones* 2011; 23(1): 37-44.
- (11) Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scales. *Psychosomatics* 1983; 24(4): 348-9.
- (12) Ferrando L, Bobes J, Gibert M, Soto M, Soto O. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Madrid: Instituto IAP, 1998.
- (13) Saab MM, Murphy M, Meehan E, Dillon CB, O'Connell S, Hegarty J, et al. Suicide and self-harm risk assessment: A systematic review of prospective research. *Arch Suicide Res.* 2022; 26(4): 1645-1665.
- (14) Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS One.* 2017; 12(7): e0180292.
- (15) Blasco-Fontecilla H, Delgado-Gómez D, Ruiz-Hernández D, Aguado D, Baca-García E, López-Castromán J. Combining scales to assess suicide risk. *J Psychiatr Res.* 2012; 46(10): 1272-7.
- (16) Blasco-Fontecilla H, Delgado-Gómez D, Legido-Gil T, de Leon J, Pérez-Rodríguez MM, Baca-García E. Can the Holmes-Rahe Social Readjustment Rating Scale (SRRS) be used as a suicide risk scale? An exploratory study. *Arch Suicide Res.* 2012; 16(1): 13-28.
- (17) Artieda-Urrutia P, Delgado-Gómez D, Ruiz-Hernández D, García-Venga JM, Berenguer N, Oquendo MA, et al. Escala Abreviada de Personalidad y Acontecimientos Vitales para la detección de los intentos de suicidio. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.).* 2015; 8(4): 199-206.
- (18) Szerman N, Vega P, Grau-López L, Barral C, Basurte-Villamor I, Mesías B, et al. Dual diagnosis resource needs in Spain: a national survey of professionals. *J Dual Diagn.* 2014; 10(2): 84-90.
- (19) Roncero C, Gómez-Baeza S, Vázquez JM, Terán A, Szerman N, Casas M, et al. Percepción de los profesionales españoles sobre la adherencia terapéutica en patología dual. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013; 41(6): 319-29.
- (20) Galicia M, Ibrahim-Achi D, Miró Ó, Supervía A, Puigurriquer J, Leciñena M, et al. Características de las intoxicaciones por drogas atendidas en once servicios de urgencias españoles: Análisis diferenciado por sexo. *Adicciones* 2021; 35(3): 315-324.
- (21) Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León (SAITCyL) Valladolid, 2021.
- (22) Lim JS, Buckley NA, Cairns R, Schumann J, Schaffer AL, Chitty KM. Substances detected during coroner postmortem toxicology analyses in poisoning- and nonpoisoning-related suicides. *JAMA Psychiatry.* 2023; 80(11): 1121-1130.

- (23) Britton JW, Shih JJ. Antiepileptic drugs and suicidality. *Drug Health Patient Saf.* 2010; 2: 181-189.
- (24) Ahmed S, Bachu R, Kotapati P, Adnan M, Ahmed R, Farooq U, et al. Use of gabapentin in the treatment of substance use and psychiatric disorders: A systematic review. *Front Psychiatr.* 2019; 10: 228.
- (25) Marin MCD, Pedro MOP, Perrotte G, Martins-da-Silva AS, Lassi DLS, Blaas IK, et al. Pharmacological treatment of alcohol cravings. *Brain Sci.* 2023; 13(8): 1206.
- (26) Ries RK, Livengood AL, Huh D, Kerbrat AH, Fruhbauerova M, Turner B, et al. Effectiveness of a suicide prevention module for adults in substance use disorder treatment: A stepped-wedge cluster-randomized clinical trial. *JAMA Netw Open.* 2022 1; 5(4): e222945.
- (27) López-Pelayo H, Aubin HJ, Drummond C, Dom G, Pascual F, Rehm J, et al. “The post-COVID era”: challenges in the treatment of substance use disorder (SUD) after the pandemic. *BMC Med.* 2020; 18(1): 241.
- (28) Llanes-Álvarez C, Andrés-de Llano JM, Álvarez-Navares AI, Pastor-Hidalgo MT, Roncero C, Franco-Martín MA. Tendencias en la hospitalización psiquiátrica por alcohol y drogas en Castilla y León entre 2005 y 2015. *Adicciones* 2022; 34(3): 189-196.