

Intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas en una cohorte de veteranos norteamericanos con trastorno de estrés postraumático y lesión cerebral traumática

Olurinde A. Oni; Vikas Singh; Rishi Sharma; Mukut Sharma; Ram Sharma; Mary Oehlert; Hemant Thakur

Introducción

Las tasas de suicidio están aumentando tanto a nivel mundial como dentro de los Estados Unidos. Según la Organización Mundial de la Salud, 800,000 personas mueren anualmente debido, esta causa, y muchas más intentan.¹ Las tasas de suicidio, una de las principales causas de muerte entre la población general de los EUA, tuvieron un

aumento importante entre el 1999 y el 2016. Sólo en 2016, hubo 45,000 suicidios. En 2015 y 2017, hubo 47,173 y un estimado de 1.4 millones de intentos, que costaron al gobierno. \$69 mil millones.^{2,3,4} El intento de suicidio se define como "una acción no fatal, autodirigida y potencialmente perjudicial con la intención de morir. Puede o no causar lesiones".³

Olurinde A. Oni, MD, MPH, Servicio de investigación, Centro Médico de Asuntos de Veteranos, Ciudad de Kansas, Missouri, Estados Unidos. Correo-e: Olurinde.Oni@va.gov

Vikas Singh, MHSA Servicio de investigación, Centro Médico de Asuntos de Veteranos, Ciudad de Kansas, Missouri, Estados Unidos Correo-e: Vikas.Singh3@va.gov

Rishi Sharma, MHSADivisión de Medicina Interna, Universidad de Missouri, Estados Unidos Correo-e: sharmarishi77@gmail.com

Mukut Sharma, PhD, Servicio de investigación, Centro Médico de Asuntos de Veterano, Ciudad de Kansas, Missouri, Estados Unidos. Correo-e: Mukut.Sharma@va.gov

Ram Sharma, PhD, MHSA, Servicio de investigación, Centro Médico de Asuntos de Veteranos, Ciudad de Kansas, Missouri, Estados Unidos. Correo-e: Ram.Sharma2@va.gov

Mary Oehlert, PhD, Servicio de investigación, Sistema de Salud de Asuntos de Veteranos, Ciudad de Kansas, Missouri, Estados Unidos. Correo-e: meoeh@sbcglobal.net

Hemant Thakur, MD, Servicio de investigación, Centro Médico de Asuntos de Veteranos, Ciudad de Kansas, Missouri, Estados Unidos. Correo-e: Hemant.Thakur@va.gov

Los datos recopilados en 2015 por los Centros para el Control de Enfermedades (CCE), a través del Sistema Nacional de Denuncia de Muertes Violentas, describieron varios factores que podrían contribuir el fenómeno además de las afecciones de salud mental que comúnmente se asocian con éste. Estos incluyen en las relaciones, problemas de salud física, abuso de sustancias, laborales financieros, criminales/legales y problemas de vivienda, crisis pasadas o futuras.⁵ Las estrategias para identificar individuos en riesgo de suicidio incluyen la identificación demográfica, la identificación, el diagnóstico y la respuesta al tratamiento.⁶ Los investigadores han demostrado que la depresión, el síndrome de estrés postraumático (SEPT), la lesión cerebral grave (LCG), la conmoción cerebral y otros problemas de salud mental se ven implicados como factores de riesgo.^{7,8,9} La depresión y el SEPT - de forma independiente o en combinación - contribuyeron a un mayor riesgo.¹⁰ Sin embargo, una publicación reciente de los Centros para el Control de Enfermedades (CCE) concluyó que más de la mitad de las personas que murieron por suicidio no tenían un diagnóstico de salud mental.¹¹

Se ha descubierto que una gran proporción de personas suicidas tienen problemas de salud mental no tratados o no diagnosticados, por lo que no queda claro si algunas en los informes de los CCE pertenecían al grupo con afecciones de salud mental no diagnosticadas.^{12, 13} Algunos investigadores opinan que quienes han intentado suicidarse previamente tienen más probabilidades de intentarlo nuevamente,¹⁴ y que el factor de riesgo más importante en la población general es una historia previa de intentos de suicidio.¹ Sin embargo, según un informe de Boggs *et.al*,¹⁵ sólo el 10.9% de las personas con intentos previos lograron consumir.

Estudios anteriores con resultados contradictorios han sugerido una asociación entre el SEPT y/o LCG, y el riesgo - o los patrones - de intento y las lesiones autoinfligidas (ISLA).^{6, 17, 18, 19} Algunos de los estudios anteriores se centraron en el suicidio consumado, mientras que otros incluyeron muestras relativamente pequeñas que abarcan un período de servicio más corto. El objetivo de este estudio es establecer una asociación entre el SEPT y/o LCG relacionados con el despliegue militar y los diagnósticos psiquiátricos e intentos de suicidio en una gran cohorte nacional de veteranos desplegados antes y después del 11 de septiembre de 2001, que recibieron atención del Departamento de Asuntos de Veteranos entre el 1998 y el 2014.

Método

Diseño del estudio

Es de estudio de cohorte retrospectivo utilizando datos nacionales obtenidos utilizando el espacio de trabajo de la Infraestructura de Informática y Computación de las Administraciones de Veteranos (IICAV). Específicamente, los datos se extrajeron del Almacén de Datos Corporativos (ADC) de las Administraciones de Veteranos y la Base de Datos. El estudio fue aprobado por la Junta de Revisión Institucional del Centro Médico de Asuntos de Veteranos en la Ciudad de Kansas, Missouri.

Contexto de la investigación y población

La Administración de Salud de Veteranos (ASV) brinda atención a los Veteranos a través de más de 1,400 establecimientos en todo EUA, los cuales

están organizados en un sistema de 21 Redes de Servicios Integrados para Veteranos (RSIV). En la base de datos longitudinal y relacional, cada veterano tiene un identificador único. La calidad de los datos, está bien documentada, y muchos investigadores han usado los datos para estudios retrospectivos. Este análisis incluye a los que recibieron atención a través de los establecimientos de la AV durante el período entre diciembre de 1998 y mayo de 2014.

Los tres grupos de diagnóstico identificados fueron:

1. Cohorte SEPT: tener código ICD-9 para SEPT (309.81) sin los códigos ICD-9 para LCG.
2. Cohorte LCG: tener al menos uno de los códigos ICD-9 para LCG (850.0 a 859.9; v15.52) sin el código ICD-9 para SEPT.
3. Cohorte SEPT y LCG: tener código ICD-9 para SEPT y al menos uno de los códigos ICD-9 para LCG. Esta cohorte excluye a los cohortes 1 y 2.

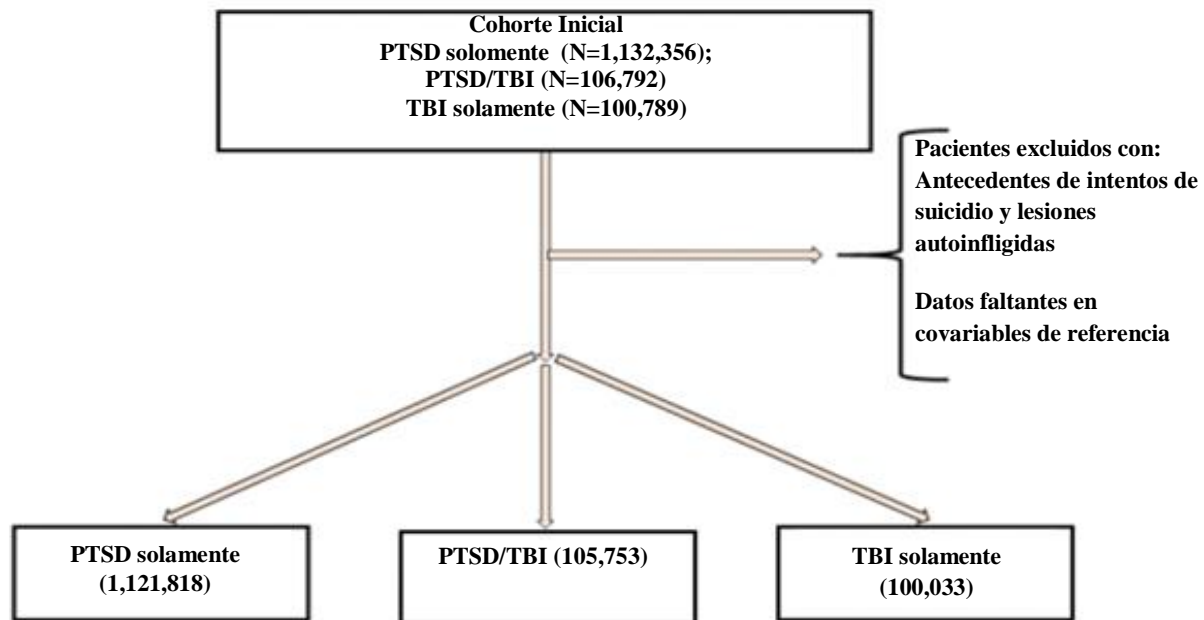
Exposiciones claves y medición de resultados

Las principales exposiciones para este estudio fueron el diagnóstico de SEPT, el diagnóstico de LCG o cualquier persona con una combinación de ambos diagnósticos. El resultado primario fue intento de suicidio y lesión autoinfligida (ISLA) después de recibir un diagnóstico de SEPT y/o LCG. Se determinó que un individuo tenía ISLA si portaba al menos uno de los códigos ICD-9 E950-E959. Como el foco de este estudio fueron los intentos de suicidio que ocurren después de un diagnóstico con SEPT/LCG, los intentos previos se excluyeron, dejando solo un diagnóstico previo de SEPT y/o LCG como criterio de referencia para la inclusión en este estudio.

Análisis de los datos

Las características de los veteranos y las frecuencias de ISLA se describieron utilizando números absolutos, proporciones y medias. Se determinó la incidencia de ISLA para cada uno de los grupos de diagnóstico previamente definidos. Las tasas anuales de ISLA para cada uno de los cinco años posteriores al diagnóstico de SEPT y/o LCG se determinaron y trazaron en un gráfico de barras.

Figura 1
Selección de pacientes para el estudio.



Cohorte Inicial: solo SEPT (N=1,132,356); SEPT/LCG (N=106,792); solo LCG (N=100,789)
Se excluyeron pacientes con:
historial previo de intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas
Datos faltantes sobre covariables de referencia

Solo SEPT (1,121,818), SEPT/LCG (105,753), CG (100,033)

Fuente: elaboración propia

Se aplicó el modelo de regresión de Cox de riesgos proporcionales para determinar el riesgo ajustado de ISLA con el diagnóstico de SEPT/LCG como efecto principal. En este modelo, las covariables incluyeron edad, sexo, estado civil, indigencia (donde tipo de paciente se reportó como, Veterano sin hogar y/o Indicador de dirección equivocada como Sin hogar), origen étnico, periodo de servicio (Pre-9/11 - los que ingresaron y dejaron el servicio antes del 1 de septiembre de 2001; Post-9/11 - los que ingresaron por primera vez después del 1 de septiembre de 2001; Superposición-9/11 - los que ingresaron antes del 2001 y dejaron el servicio después del 1 de septiembre de 2001; Reingreso: aquellos que ingresaron por primera

vez y salieron del servicio antes del 1 de septiembre de 2001, reingresando nuevamente después del 1 de septiembre de 2001. Otras covariables incluidas en el modelo fueron depresión, abuso y negligencia de adultos, trastorno por consumo de sustancias, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de personalidad antisocial, los cuales se determinaron utilizando sus respectivos códigos ICD 9.

Se trazó una curva de Kaplan-Meier para representar y comparar el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de SEPT/LCG e ISLA entre los grupos de diagnóstico. Otros resultados se presentaron en tablas, figuras y gráficas, según

Tabla 1
Características de los pacientes en el estudio

	N general		Tener al menos un episodio de intento de suicidio		
	N = 1327604	%	N	% en la categoría	% de la población total
Años					
<50	352323	26,5	8704	2,5	0,7
50 - 60	433400	32,7	12716	2,9	1,0
> 60	541580	40,8	4515	0,8	0,3
Género					
Masculino	1228484	92,5	22622	1,8	1,7
Femenino	99100	7,5	3315	3,4	0,3
Estado civil					
Soltero	184230	14,2	5129	2,8	0,4
Casado	671615	51,8	7546	1,1	0,6
Divorciado	327159	25,2	10001	3,1	0,8
Separado	54907	4,2	1937	3,5	0,2
Viudo	59696	4,6	942	1,6	0,1
Falta de vivienda					
Si	841	0,1	75	8,9	0,01
No	1326763	99,9	25862	2,0	2,0
Etnicidad					
hispano o latino	89275	7,4	1540	1,7	0,1
No-hispano o latino Vs hispano	1125976	92,7	23347	2,1	1,9
Periodo de servicio					
Pre-9/11	1020297	76,9	20086	2,0	1,5
Superposición-9/11	203005	15,3	3970	1,7	0,3
Post-9/11	89310	6,7	1553	2,0	0,1
Reingresado	14992	1,1	328	2,2	0,02
Diagnóstico SEPT/LCG					
SEPT	1121818	84,5	19808	1,8	1,5
SEPT y LCG	105753	8,0	4894	4,6	0,4
LCG	100033	7,5	1235	1,2	0,1
Depresión					
Si	452989	34,1	13867	3,1	1,0
No	874615	65,9	12070	1,4	0,9
Abuso y negligencia de adultos					
Si	23553	1,8	1571	6,7	0,1
No	1304051	98,2	24366	1,9	1,8
Trastorno por consumo de sustancias.					
Si	763492	57,5	23381	3,1	1,8
No	564112	42,5	2556	0,5	0,2
Trastorno de ansiedad generalizada					
Si	159972	12,0	5844	3,7	0,4
No	1167632	88,0	20093	1,7	1,5
Desorden de personalidad antisocial					
Si	24510	1,9	3904	15,9	0,3
No	1303094	98,1	22033	1,7	1,7

Chi cuadrado valor P para cada covariable <0.001

Fuente: elaboración propia

correspondiera. Los análisis se realizaron con SAS Enterprise Guide 7.1, compatible con SAS 9.4. Todas las hipótesis fueron bilaterales, con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados

Descripción de la cohorte

Como se muestra en la Figura 1, la cohorte inicial incluyó a 1,339,937 pacientes (Cohorte SEPT - 1,132,356; Cohorte LCG - 100,789; Cohorte SEPT y LCG - 106,792). De éstos, los individuos con una (1) historia de ISLA previa al diagnóstico de SEPT/LCG (2) para quienes faltaban datos sobre covariables de referencia, fueron excluidos. La cohorte final estuvo compuesta por 1,327,604 pacientes (Cohorte SEPT - 1,121,818; Cohorte LCG - 100,033; Cohorte SEPT y LCG - 105,753).

Características base de los pacientes

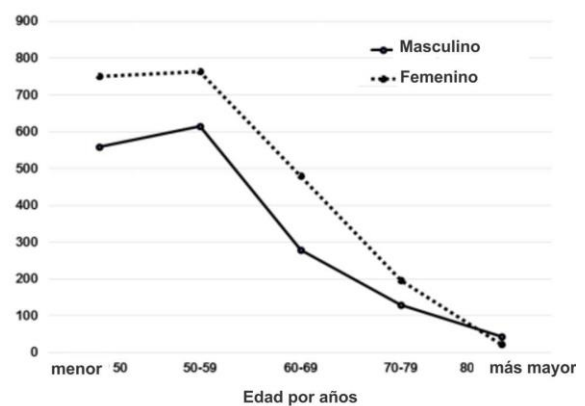
La Tabla 1 presenta las características de los pacientes en el estudio. La edad media de toda la cohorte fue de 59.2 años (SD 16.2), para el grupo SEPT de 60.1 años (SD 15.4), para el grupo LCG de 63.7 años (SD 18.4) y para el grupo SEPT y LCG de 46.0 años (SD 16.0). Aunque la mayoría era mayor de 60 años, la tasa de ISLA fue mayor en la categoría de 50-60 años. En esta población, predominantemente masculina (1,228,484; 92.5%), más hombres intentaron suicidarse. Sin embargo, en los grupos combinados una mayor proporción de mujeres lo intentó (3.4% vs 1.8%, $P < .001$). En los grupos de diagnóstico, las proporciones de mujeres frente a hombres con ISLA fueron: grupo SEPT (mujeres frente a hombres: 1.7% frente a 3.2%, $P < 0.001$), grupo LCG (1.24% frente a 1.22%, $P = 0.90$), grupo SEPT y LCG (4.5% vs 7.0%, $P < .001$). Muchos (50%) de los pacientes en este estudio estaban casados. Sin embargo, de los casados, una proporción significativamente menor tenía ISLA. También se encontraron mayores proporciones de ISLA entre las personas sin hogar, las no-hispanas o latinas, aquellas con SEPT/LCG, los deprimidos abusados, y reingresados al servicio militar, así como aquéllos con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de personalidad antisocial.

Incidencia y tasas de intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas

La incidencia de ISLA en toda la cohorte fue de 351 por 100,000 años-persona (ap). En los grupos con diagnóstico de SEPT/LCG, las incidencias por 100,000 ap fueron: SEPT (323), LCG (181), SEPT y LCG (835). El análisis estratificado por edad de la incidencia de ISLA (Figura 3) muestra que, tanto para los hombres como para las mujeres, la incidencia aumenta antes de los 50 años, alcanza su punto máximo entre los 50 y 59 años, y luego disminuye a medida que aumenta la edad. La incidencia fue consistentemente más alta para las mujeres en todas las categorías de edad, excepto entre la de 80 años o más. [Figura 2] Incidencia de intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas por edad y sexo

Como se muestra en la Figura 2, durante los cinco años inmediatamente posteriores al diagnóstico de SEPT y LCG, hubo un aumento sostenido en la tasa de ISLA en cada grupo de diagnóstico. Además, en cada año de los primeros cinco años posteriores al diagnóstico, hubo una proporción

Figura 2
Incidencia de intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas por edad y sexo



Incidencia de intento de suicidio y lesiones autoinfligidas por 100000 personas años

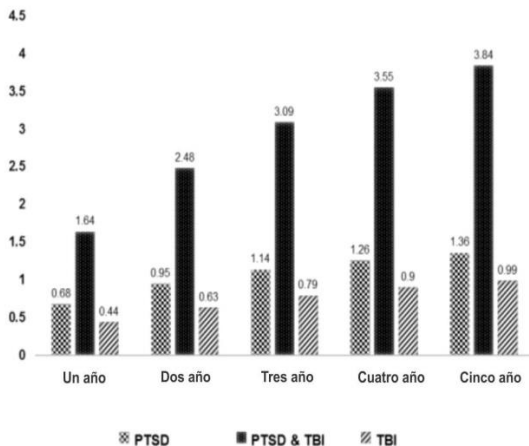
Y: Incidencia de intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas por cada 100,000 años-persona

X: Edad (años): menos de 50; 50-59; 60-69; 70-79; más de 80

Clave: Hombres; Mujeres

cada vez mayor de individuos con ISLA, en comparación con los otros dos grupos. El grupo con LCG tiene la proporción más baja de individuos que intentan suicidarse para cada uno de los cinco años posteriores al diagnóstico.

Figura 3.
Proporción de pacientes que intentan suicidarse en los primeros 5 años posteriores al diagnóstico de SEPT/LCG



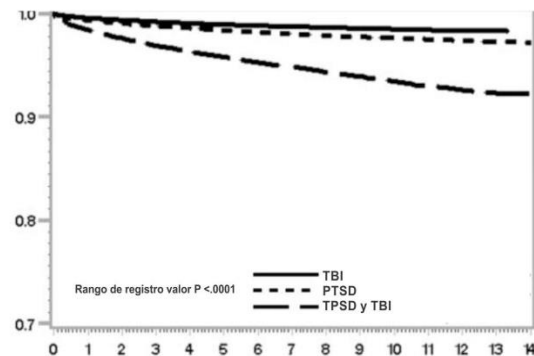
Proporción de pátletas que intentan

Y: Proporción de pacientes que intentan suicidarse (%)
X: Año posterior al diagnóstico SEPT/LCG: Primer año; Segundo año; Tercer año; Cuarto año; Quinto año
Clave: solo SEPT; SEPT y LCG; solo LCG.

Riesgo de intento de suicidio y lesiones autoinfligidas en pacientes con SEPT/LCG

Como se presenta en la Tabla 2, en comparación con el grupo LCG, el riesgo ajustado de ISLA fue mayor en el grupo con SEPT (HR = 1.129; IC del 95% = 1.063 - 1.200) y mucho mayor en el grupo con SEPT y LCG (HR = 2.283; IC 95% = 2.136 - 2.441). Se observa un patrón similar en la curva de Kaplan Meier (Figura 4), la cual demuestra que la probabilidad de supervivencia libre de ISLA fue mayor para el grupo con LCG que para los otros diagnósticos (Log rank $p < .001$). Los pacientes mayores (> 60 años) demostraron menos probabilidades de intentar suicidarse en comparación con otras categorías de edad. El riesgo fue particularmente mayor entre los menores de 50 años (HR = 2.993; IC 95% = 2.850 - 3.143).

Figura 4.
Curva de Kaplan Meier que compara el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el intento de suicidio por parte de los grupos con diagnóstico de SEPT/LCG.



Probabilidad de supervivencia

Y: Probabilidad de supervivencia
X: Tiempo transcurrido entre diagnóstico e intento de suicidio (años)
Clave: solo LCG; solo SEPT; SEPT y LCG

Otros atributos que se correlacionaron positivamente con el riesgo de ISLA fueron: depresión (HR = 1.775; IC del 95% = 1.727 - 1.825), ser mujer (HR = 1.294; IC del 95% = 1.239 - 1.351); falta de vivienda (HR = 1.576; IC 95% = 1.235 - 2.012), no ser hispano/latino (HR = 1.103; IC 95% = 1.045 - 1.165), abuso y negligencia de adultos (HR = 1.871; IC 95% = 1.765 - 1.984), trastorno por uso de sustancias (HR = 4.294; IC 95% = 4.100 - 4.498), trastorno de ansiedad generalizada (HR = 1.480; IC 95% = 1.434 - 1.527) y trastorno de personalidad antisocial (HR = 4.315; IC 95% = 4.157 - 4.479).

Estar casado figuró como un factor protector contra ISLA, en comparación con los pacientes solteros (HR = 0.690; IC 95% = 0.664-0.717). Sin embargo, en comparación con los solteros, el riesgo de ISLA fue mayor entre los divorciados (HR = 1.131; IC del 95% = 1.091 - 1.173) y separados (HR = 1.219; IC del 95% = 1.153 - 1.288). Los que ingresaron y dejaron el servicio antes del 1 de septiembre de 2001 (grupo anterior al 11 de septiembre) tenían más probabilidades que otros de intentar suicidarse.

Tabla 2
Riesgo de intento de suicidio y lesiones autoinfligidas

	Peligro Proporción	IC 95%	valor p
Diagnóstico de SEPT/LCG (ref: solo LCG)			
SEPT	1.129	1.063 - 1.200	<0.001
SEPT y LCG	2.283	2.136 - 2.441	<0.001
Edad (ref:> 60 años)			
<50	2.993	2.850 - 3.143	<0.001
50 - 60	2.117	2.037 - 2.200	<0.001
Depresión (Sí vs No)	1.775	1.727 - 1.825	<0.001
Mujer vs. hombre	1.294	1.239 - 1.351	<0.001
Período de servicio (ref: Pre-9/11)			
Superposición-9/11	0,749	0.704 - 0.798	<0.001
Post-9/11	0.831	0.792 - 0.873	<0.001
Reingresado	0.874	0.776 - 0.984	0,026
Estado civil (ref: soltero)			
Divorciado	1.131	1.091 - 1.173	<0.001
Casado	0.690	0.664 - 0.717	<0.001
Separado	1.219	1.153 - 1.288	<0.001
Viudo	1.051	0.975 - 1.133	0,195
Falta de vivienda	1.576	1.235 - 2.012	<0.001
No-hispano o latino vs hispano	1.103	1.045 - 1.165	<0.001
Abuso y negligencia de adultos (Sí vs No)	1.871	1.765 - 1.984	<0.001
Trastorno por uso de sustancias (Sí vs No)	4.294	4.100 - 4.498	<0.001
Trastorno de ansiedad generalizada (Sí vs No)	1.480	1.434 - 1.527	<0.001
Trastorno de personalidad antisocial (sí vs no)	4.315	4.157 - 4.479	<0.001

Fuente: elaboración propia

Discusión

En esta cohorte, la incidencia y el riesgo de ISLA es más alto entre aquellos con SEPT y LCG. El riesgo de ISLA fue mayor entre los menores de 50 años, los divorciados o separados, las mujeres no-hispanas, los sin hogar, los que sufrieron abuso y negligencia de adultos y los que tenían historial de uso de sustancias, así como entre aquéllos con ansiedad generalizada y trastornos de la personalidad antisocial que estuvieron en el periodo de servicio Pre-9/11. Cada año que transcurre después del diagnóstico de SEPT y/o LCG, la proporción de personas que intentan suicidarse aumenta, especialmente entre aquéllos con un diagnóstico doble de SEPT y LCG. Antes de responder a la pregunta de si se puede prevenir el suicidio, los científicos conductuales deben abordar primero la complejidad de identificar a las personas con riesgo de suicidio.

La Oficina AV de Asuntos Públicos e Intergubernamentales emitió, en el 2017, un informe estadístico sobre la incidencia de suicidio entre los veteranos. El mismo señala que el riesgo de suicidio - ajustado para edad y sexo - fue 22% mayor entre los veteranos, en comparación con los hombres estadounidenses no-veteranos. El estudio también indica que, después de ajustar por diferencias en la edad, el riesgo de suicidio fue 2.5 veces mayor entre las veteranas, en comparación con las mujeres estadounidenses no-veteranas.²¹ Las tasas de ISLA en esta cohorte SEPT/LCG son muy superiores a las reportadas en otros estudios nacionales que involucran visitas al departamento de emergencias.^{22, 23} Las tasas en este estudio son comparables a las de los soldados del ejército regular en servicio activo enlistados desde el 1 de enero de 2004 hasta el 31 de diciembre de 2009 (377 por 1000,000 ap). Sin embargo, las tasas entre los oficiales del ejército regular en servicio activo fueron más bajas (27,9 por 1000,000 ap).²⁴

La incidencia de ISLA observada en éste y otros estudios no necesariamente se traduce en incidencia de suicidio consumado. Esto, tomando en cuenta que se han estimado 25 intentos previos por cada muerte suicida en la población general de los Estados Unidos.²⁵

Los resultados de muchos estudios previos sugieren que, aunque una mayor proporción de mujeres intentan suicidarse, más hombres logran consumir la muerte.^{22, 26} Un estudio publicado en 2017 sugirió que, aunque las mujeres intentaron suicidarse tres veces más que los hombres, por cada muerte femenina, 3,5 hombres.²⁵ Además, las probabilidades de intentos fueron significativamente mayores entre las mujeres que denunciaron violencia sexual.²⁷ Las personas más jóvenes y no-hispanas mostraron un mayor riesgo de intentos en la mayoría de los estudios, incluido el nuestro. Para ambos sexos, las tasas alcanzaron su pico en el grupo de 50-60 años y luego disminuyeron con la edad. Este es un gran desafío para los recursos de ASV, ya que un tercio de las personas en esta cohorte - así como muchos otros veteranos que reciben atención de ASV - pertenecían a esta categoría de edad y grupo étnico.^{28, 29} Algunos han especulado que las diferencias de género juegan un rol importante en la determinación de los factores de riesgo para los intentos de suicidio. Por otro lado, otros han encontrado que aquéllos que intentan son más jóvenes que los que lo consuman el suicidio. Se necesita de más investigación para determinar si estas tendencias se manifiestan en la población general o en poblaciones específicas.^{30, 31}

Es importante mencionar que los estados civiles cambian con el tiempo, especialmente en esta población de estudio. Con un tiempo de seguimiento tan largo es posible que su estado civil pudiera haber cambiado en un momento u otro. Sin embargo, los estados civiles utilizados en este estudio fueron los obtenidos en los registros en el momento en que se accedió a los datos. Estar casado suele ser un factor protector contra las tendencias suicidas, aunque algunos dicen que la consumación - en comparación con aquellos que lo intentan sin llegar a consumarlo - es más común entre los casados o separados/divorciados. Otras fuentes dicen que tienen múltiples intentos suicidas tienden a estar casados, en comparación con que lo

intentan por primera vez.^{31, 32, 33} Estas distinciones no fueron incluidas aquí.

La proporción de personas sin hogar plasmada en los datos de este estudio fue inesperadamente pequeña y puede que represente una subestimación, considerando otros resultados de otros estudios.³⁴ Una revisión sistemática no encontró una asociación muy positiva entre el SEPT y la falta de vivienda entre los veteranos, lo que puede explicar la baja proporción de personas sin hogar en esta población donde predomina el SEPT.³⁵ Los veteranos sin hogar mostraron más probabilidades de intentar suicidarse. La tasa de intentos entre los veteranos sin hogar fue 7,8 veces mayor que la de los que con hogar. La tasa fue mayor entre los veteranos en comparación con los no-veteranos estadounidenses.³⁶ Es posible que otros factores puedan estar contribuyendo a las tasas de suicidio entre esta población. Otros factores que se han correlacionado positivamente con un aumento en la incidencia de ISLA incluyen abuso y negligencia de adultos, trastorno por uso de sustancias, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de personalidad antisocial [15, 37, 38, 39, 40].

Un ensayo aleatorio controlado realizado en un grupo de adolescentes autolesivos altamente suicidas, confirmó la efectividad de la terapia dialéctica conductual en la reducción de la autolesión y los intentos de matarse. Sin embargo, el estudio admitió que el beneficio es debilitaba con el tiempo [41]. Pareciera más definitiva la efectividad en la reducción de intentos lograda por el programa de prevención del suicidio juvenil de los *White Mountain Apache* de Arizona. Entre los participantes de este programa - hombres y mujeres -, se observó una tendencia general descendente en los intentos de suicidio entre 2001 y 2014.⁴² El costo de atención para SEPT/LCG en el AV es muy alto.⁴³ La alta incidencia de ISLA observada en este grupo parece justificar los gastos. Sin embargo, los altos costos también plantean dudas sobre la efectividad de las terapias actuales. Las personas que intentan suicidarse deberían tener un mayor acceso a los tratamientos de salud mental.⁴⁴ Los factores modificables que se asocian positivamente con un mayor riesgo de ISLA presentan oportunidades para la intervención.

Este estudio retrospectivo se basa en datos recopilados durante distintos momentos, por diferentes proveedores, en varios lugares del sistema de atención médica de ASV. Si bien los criterios por ejemplo, los códigos ICD-9 utilizados para determinar el diagnóstico y otras medidas de exposición/resultado en este estudio están estandarizados. Es posible que los datos puedan faltar, estar incompletos o diferir en la interpretación entre proveedores. Las grandes bases con entrada de datos en tiempo real nos proporcionan datos no disponibles previamente. Si bien el error de muestreo, el sesgo de muestreo y la duplicación se pueden evitar con los datos extraídos a través de IICAV, se deben abordar los problemas de veracidad, particularmente cuando se usan datos dinámicos. Las preguntas sobre cómo abordar los datos faltantes son un ejemplo clave de un sesgo confuso u oculto que puede o no estar presente. Por tanto, aunque este estudio pueda incluir sesgos no medidos, confusos u ocultos, a la misma vez incluye factores clave relevantes para la formulación de políticas y la práctica clínica.

Los comportamientos suicidas tienen efectos de largo alcance en los familiares, los amigos y la comunidad.³ Los intentos de suicidio proporcionan datos útiles y no deben pasarse por alto, dado que comparten la intención de morir que tenían que lo consuman⁴⁵ Identificar las características cambiantes que tenía con un riesgo alto de suicidio requiere una investigación continua.⁴⁶ El objetivo de este estudio longitudinal de una muestra representativa a nivel nacional de veteranos estadounidenses diagnosticados con SEPT y/o LCG es arrojar luz sobre el riesgo y los patrones de ISLA. Se exploran las asociaciones independientes y relativas entre ISLA y otras variables clínicas o demográficas en esta población de estudio, como un paso hacia la formulación de un modelo predictivo para los intentos de suicidio.⁴⁷

La incidencia relativamente alta de intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas en esta cohorte de SEPT/LCG sugiere una alta tasa de suicidio consumado en esta población. Toda política o recurso clínico que tenga el potencial de mitigar esta alta incidencia debe implementarse sin demora. En estos días de recursos limitados, la identificación de riesgos puede ayudar a priorizar las intervenciones. Este estudio no solo ha

mostrado una incidencia cada vez mayor de intentos de suicidio con cada diagnóstico adicional de salud mental, sino que también ha identificado importantes factores de riesgo susceptibles a la intervención. Los resultados representan una oportunidad para que las partes interesadas en la atención médica puedan brindar una atención más específica.

Agradecimientos

Este trabajo fue apoyado por recursos de Este trabajo fue apoyado por recursos tanto del Centro Médico VA de Kansas City como de la Fundación de Investigación Biomédica del Medio Oeste.

Declaración de divulgación

El contenido de este artículo es el de los autores y no refleja necesariamente la posición y la política del Departamento de Asuntos de Veteranos.

Referencias

1. World Health Organization. "Suicide." <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Accessed February 27, 2019.
2. American Foundation for Suicide Prevention. "Suicide Statistics." <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>. Accessed February 27, 2019.
3. Centers for Disease Control and Prevention. "Data & Statistics Fatal Injury Report for 2017." 2019. <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>. Accessed February 27, 2019.
4. Gebremariam EH, Reta MM, Nasir Z, Amdie FZ. Prevalence and Associated Factors of Suicidal Ideation and Attempt among People Living with HIV/AIDS at Zewditu Memorial Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry J.* 2017; 2017:2301524.
5. Centers for Disease Control and Prevention. "National Violent Death Reporting System (NVDRS)." 2015. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/datasources/nvdrs/index.html>. Accessed February 27, 2019.
6. Schwartz-Lifshitz M, Zalsman G, Giner L, Oquendo MA. Can we really prevent suicide? *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(6):624-33.
7. Bach SL, Molina MAL, Jansen K, da Silva RA, Souza LDM. Suicide risk and childhood trauma in

- individuals diagnosed with posttraumatic stress disorder. *Trends Psychiatry Psychother.* 2018;40(3):253-7.
8. Fralick M, Thiruchelvam D, Tien HC, Redelmeier DA. Risk of suicide after a concussion. *CMAJ.* 2016;188(7):497-504.
 9. Stone DM, Simon TR, Fowler KA, et al. Vital Signs: Trends in State Suicide Rates - United States, 1999-2016 and Circumstances Contributing to Suicide - 27 States, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018;67(22):617-24.
 10. Bullman T, Schneiderman A, Gradus JL. Relative Importance of Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Predicting Risk of Suicide among a Cohort of Vietnam Veterans. *Suicide Life Threat Behav.* 2018.
 11. Centers for Disease Control and Prevention. "Suicide rising across the US." *vitalsigns* [Internet]. 2018. <https://www.cdc.gov/vitalsigns/pdf/vs-0618-suicide-H.pdf>. Accessed February 27, 2019.
 12. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med.* 2014;29(6):870-7.
 13. Leavey G, Rosato M, Galway K, Hughes L, Mallon S, Rondon J. Patterns and predictors of help-seeking contacts with health services and general practitioner detection of suicidality prior to suicide: a cohort analysis of suicides occurring over a two-year period. *BMC Psychiatry.* 2016;16:120.
 14. Rosellini AJ, Street AE, Ursano RJ, et al. Sexual Assault Victimization and Mental Health Treatment, Suicide Attempts, and Career Outcomes Among Women in the US Army. *Am J Public Health.* 2017;107(5):732-9.
 15. Boggs JM, Simon GE, Ahmedani BK, Peterson E, Hubley S, Beck A. The Association of Firearm Suicide With Mental Illness, Substance Use Conditions, and Previous Suicide Attempts. *Ann Intern Med.* 2017;167(4):287-8.
 16. Barnes SM, Walter KH, Chard KM. Does a history of mild traumatic brain injury increase suicide risk in veterans with PTSD? *Rehabil Psychol.* 2012;57(1):18-26.
 17. Brenner LA, Betthausen LM, Homaifar BY, et al. Posttraumatic stress disorder, traumatic brain injury, and suicide attempt history among veterans receiving mental health services. *Suicide Life Threat Behav.* 2011;41(4):416-23.
 18. Fonda JR, Fredman L, Brogly SB, McGlinchey RE, Milberg WP, Gradus JL. Traumatic Brain Injury and Attempted Suicide Among Veterans of the Wars in Iraq and Afghanistan. *Am J Epidemiol.* 2017;186(2):220-6.
 19. Schneider AL, Hostetter TA, Homaifar BY, et al. Responses to Traumatic Brain Injury Screening Questions and Suicide Attempts among Those Seeking Veterans Health Administration Mental Health Services. *Front Psychiatry.* 2016;7:59.
 20. US Department of Veterans Affairs. "VHA Corporate Data Warehouse." https://www.hsrd.research.va.gov/for_researchers/vinci/cdw.cfm. Accessed February 27, 2019.
 21. VA Office of Public and Intergovernmental Affairs. "VA Releases Veteran Suicide Statistics by State." <https://www.va.gov/opa/pressrel/pressrelease.cfm?id=2951>. Accessed February 27, 2019.
 22. Canner JK, Giuliano K, Selvarajah S, Hammond ER, Schneider EB. Emergency department visits for attempted suicide and self harm in the USA: 2006-2013. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27(1):94-102.
 23. Ting SA, Sullivan AF, Boudreaux ED, Miller I, Camargo CA, Jr. Trends in US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1993-2008. *Gen Hosp Psychiatry.* 2012;34(5):557-65.
 24. Ursano RJ, Kessler RC, Stein MB, et al. Suicide Attempts in the US Army During the Wars in Afghanistan and Iraq, 2004 to 2009. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(9):917-26.
 25. Drapeau, CW., & McIntosh, JL. U.S.A. suicide 2017: Official final data., American Association of Suicidology <http://www.suicidology.org>. Accessed February 27, 2019.
 26. Olfson M, Blanco C, Wall M, et al. National Trends in Suicide Attempts Among Adults in the United States. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(11):1095-103
 27. Rosellini AJ, Street AE, Ursano RJ, et al. Sexual Assault Victimization and Mental Health Treatment, Suicide Attempts, and Career Outcomes Among Women in the US Army. *Am J Public Health.* 2017;107(5):732-9.
 28. Naifeh JA, Ursano RJ, Kessler RC, Gonzalez OI, Fullerton CS, Herberman Mash HB, et al. Suicide attempts among activated soldiers in the U.S. Army reserve components. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):31.
 29. Ursano RJ, Kessler RC, Stein MB, et al. Risk Factors, Methods, and Timing of Suicide Attempts Among US Army Soldiers. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(7):741-9.
 30. Boren EA, Folk JB, Loya JM, Tangney JP, Barboza SE, Wilson JS. The Suicidal Inmate: A Comparison of Inmates Who Attempt Versus Complete Suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2018;48(5):570-9.
 31. Sun L, Zhang J. Gender differences among medically serious suicide attempters aged 15-54 years in rural China. *Psychiatry Res.* 2017;252:57-62.
 32. Choi KH, Wang SM, Yeon B, et al. Risk and protective factors predicting multiple suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2013;210(3):957-61.

33. Ursano RJ, Kessler RC, Stein MB, et al. Risk Factors, Methods, and Timing of Suicide Attempts Among US Army Soldiers. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(7):741-9.
34. Jones AL, Hausmann LRM, Haas GL, et al. A national evaluation of homeless and nonhomeless veterans' experiences with primary care. *Psychol Serv*. 2017;14(2):174-83.
35. Tsai J, Rosenheck RA. Risk factors for homelessness among US veterans. *Epidemiol Rev*. 2015;37:177-95.
36. Tsai J, Cao X. Association between suicide attempts and homelessness in a population-based sample of US veterans and non-veterans. *J Epidemiol Community Health*. 2019.
37. Blasco-Fontecilla H, Baca-Garcia E, Duberstein P, et al. An exploratory study of the relationship between diverse life events and specific personality disorders in a sample of suicide attempters. *J Pers Disord*. 2010;24(6):773-84.
38. Britton PC, Bohnert KM, Ilgen MA, Kane C, Stephens B, Pigeon WR. Suicide mortality among male veterans discharged from Veterans Health Administration acute psychiatric units from 2005 to 2010. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(9):1081-7
39. Dong X, Chen R, Wu B, Zhang NJ, Mui AC, Chi I. Association between Elder Mistreatment and Suicidal Ideation among Community-Dwelling Chinese Older Adults in the USA. *Gerontology*. 2015;62(1):71-80.
40. Wu L, Shen M, Chen H, et al. The relationship between elder mistreatment and suicidal ideation in rural older adults in China. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21(10):1020-8.
41. McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, et al. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(8):777-85.
42. Cwik MF, Tingey L, Maschino A, et al. Decreases in Suicide Deaths and Attempts Linked to the White Mountain Apache Suicide Surveillance and Prevention System, 2001-2012. *Am J Public Health*. 2016;106(12):2183-9.
43. Thakur H, Oni O, Singh V, et al. Increases in the Service Connection Disability and Treatment Costs Associated With Posttraumatic Stress Disorder and/or Traumatic Brain Injury in United States Veterans Pre- and Post-9/11: The Strong Need for a Novel Therapeutic Approach. *Epidemiology (Sunnyvale)*. 2018;8:353.
44. Han B, Compton WM, Gfroerer J, McKeon R. Mental health treatment patterns among adults with recent suicide attempts in the United States. *Am J Public Health*. 2014;104(12):2359-68.
45. Bhatt M, Perera S, Zielinski L, et al. Profile of suicide attempts and risk factors among psychiatric patients: A case-control study. *PLoS One*. 2018;13(2):e0192998.
46. Matthey EC, Galin J, Ahern J. Changing Patterns in Rates and Means of Suicide in California, 2005 to 2013. *Am J Public Health*, 2017;107(3), 427-429.
47. Lee J, Jang H, Kim J, Min S. Development of a suicide index model in general adolescents using the South Korea 2012-2016 national representative survey data. *Sci Rep*. 2019;9(1):1846.

Recibido: 25 de mayo de 2019.

Aceptado: 12 de junio de 2019.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social

Salud Para Todos