



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

ESTUDIO SOBRE INTENTOS DE SUICIDIO GRAVES INGRESADOS EN UN HOSPITAL GENERAL: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Tesis Doctoral presentada por

MARTA QUESADA FRANCO

Para obtener el Grado de Doctor en Psiquiatría y Psicología Clínica

Directores:

Dra. M^a Dolores Braquehais Conesa (Hospital Universitari Vall d'Hebron)

Dr. Luis Pintor Pérez (Hospital Clínic de Barcelona)

Tutor:

Prof. Miguel Casas Brugué (Universitat Autònoma de Barcelona)

Programa de Doctorat en Psiquiatria i Psicologia Clínica

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal

Universitat Autònoma de Barcelona

Barcelona, Diciembre de 2015



Universitat Autònoma de Barcelona

Dra. M^a Dolores Braquehais Conesa (Hospital Universitari Vall d'Hebron)

Dr. Luis Pintor Pérez (Hospital Clínic de Barcelona)

Prof. Miguel Casas Brugué (Universitat Autònoma de Barcelona)

Declaran que han supervisado la tesis doctoral titulada:

**ESTUDIO SOBRE INTENTOS DE SUICIDIO GRAVES INGRESADOS EN
UN HOSPITAL GENERAL: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y
CLÍNICOS**

Dra. M^a Dolores Braquehais Conesa

Dr. Luis Pintor Pérez

Prof. Miguel Casas Brugué

Barcelona, Diciembre de 2015



Universitat Autònoma de Barcelona

IRENE
O
S
A

Agradecimientos

Agradecer a Miquel Casas por darme la oportunidad de formar parte del servicio y de continuar con este estudio en el Hospital Vall d'Hebron.

A Luis Pintor por creer en este proyecto que inciamos en el Hospital Clínic, gracias por tu gran apoyo y por transmitirme tu optimismo y motivación.

A Dolores Braquehais, por su empeño y dedicación en la elaboración de este trabajo. Agradecerte tu apoyo y tesón en los momentos difíciles, gracias a ello he podido finalizar esta tesis.

A Sergi Valero por su ayuda en el análisis de los resultados. A todos los componentes del Servicio de Psiquiatría del Vall d'Hebron, sobre todo con los que he compartido el día a día. Especial mención a los compañeros de interconsulta del Hospital Clínic y del Hospital Vall d'Hebron, tanto del Área General como de Traumatología, gracias a vosotros he podido acceder y valorar a los pacientes. También a Lara Grau, compañera de batallas de la UEC, Carmen Barral, Amanda Rodriguez y Vanesa Richarte por vuestra amistad.

A la doble Y: Yolanda y Yemima, gracias por vuestro apoyo en todos estos años y vuestra disponibilidad, a pesar de estar siempre desbordadas de trabajo.

A los miembros del Servicio de Psiquiatría del Hospital Santa Maria de Lleida y del Hospital Clínic que me habéis ayudado en mi formación.

A todos los pacientes que han participado en este trabajo, me habéis dado la oportunidad de poder conocer un poco más la complejidad de la conducta suicida.

A mis padres, por vuestros valores, cariño y sacrificio. Gracias a vosotros he llegado a ser la persona que soy.

A Cándido, no tengo palabras...me has dado lo mejor de mi vida.

Learning the language of suicide
Gilligan & Machoian (2002)

ÍNDICE

ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	15
RESUMEN	17
1. INTRODUCCIÓN	19
1.1. DATOS GENERALES	21
1.2. DEFINICIÓN DE INTENTO DE SUICIDIO MÉDICAMENTE GRAVE (ISMG).....	23
1.3. PERFIL DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO MÉDICAMENTE GRAVES	27
1.3.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	30
1.3.2. ASPECTOS CULTURALES	33
1.3.3. ENFERMEDADES MENTALES	45
1.3.4. ENFERMEDADES MÉDICO-QUIRÚRGICAS	53
1.3.5. DOLOR MENTAL, DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN Y ESTILOS DE APEGO	54
1.3.6. IMPULSIVIDAD, INTENCIONALIDAD SUICIDA Y DESESPERANZA EN LOS ISMG ..	59
1.3.6.1. IMPULSIVIDAD	59
1.3.6.2. INTENCIONALIDAD SUICIDA	68
1.3.6.3. DESESPERANZA	73
1.3.7. ALCOHOL E INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS	74
1.3.7.1. IMPULSIVIDAD	74
1.3.7.2. INTENCIONALIDAD SUICIDA	79
1.4. ISMG: ¿UNA POBLACIÓN HOMOGÉNEA?	81
2. HIPÓTESIS.....	95
2.1. HIPÓTESIS PRINCIPALES.....	97
2.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS	97
3. OBJETIVOS	99
3.1. OBJETIVOS PRINCIPALES.....	101
3.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS	101

4. MATERIAL Y MÉTODO.....	103
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	105
4.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	105
4.3. PROCEDIMIENTO.....	107
4.3.1. VALORACIÓN DE LOS ISMG.....	107
4.3.2. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DURANTE EL INGRESO.....	107
4.3.3. VALORACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DURANTE EL INGRESO	109
4.3.4. EVALUACIÓN DE LA IMPULSIVIDAD COMO RASGO DE PERSONALIDAD DURANTE EL INGRESO	111
4.3.5. EVALUACIÓN DE LA DESESPERANZA DURANTE EL INGRESO	112
4.3.6. VALORACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DURANTE EL INGRESO.....	112
4.4. FUNDAMENTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO.....	113
4.4.1. IMPLICACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN DE LOS ISMG	113
4.4.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	113
4.4.3. PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES	114
4.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	115
5. RESULTADOS.....	117
5.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA.....	119
5.1.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	119
5.1.2. PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES	119
5.1.2.1. PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES EN LA INFANCIA Y/O ADOLESCENCIA	119
5.1.2.2. PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES EN LA EDAD ADULTA	120
5.1.3. ANTECEDENTES PERSONALES	120
5.1.3.1. HISTORIA MÉDICO-QUIRÚRGICA.....	120
5.1.3.2. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES	121
5.1.3.3. ANTECEDENTES PERSONALES DE CONDUCTA SUICIDA	123
5.1.4. ANTECEDENTES FAMILIARES.....	123
5.1.4.1. ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS.....	123
5.1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONDUCTA SUICIDA	124
5.1.5. PSICOPATOLOGÍA ACTUAL.....	124
5.1.6. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO ACTUAL	127

5.1.6.1.	ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK	129
5.1.6.2.	ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT (BIS-11)	133
5.1.6.3.	ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK	133
5.2.	ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS	134
6.	DISCUSIÓN	151
6.1.	CONSIDERACIONES GENERALES	153
6.2.	REPRESENTATIVIDAD DE LA MUESTRA	153
6.3.	PRINCIPALES HALLAZGOS	163
6.4.	LIMITACIONES METODOLÓGICAS	170
6.5.	TRASCENDENCIA	171
6.6.	SUGERENCIAS	172
7.	CONCLUSIONES	173
8.	BIBLIOGRAFÍA	177

ABREVIATURAS

- BDI: *Beck Depression Inventory*
- IS: Intento de Suicidio
- ISMG: Intento de suicidio médicamente grave
- SIISF: *Self- Inflicted Injury Severity Form*
- RRRS: *Risk Rescue Rating Scale*
- LRS: *Lethality Rating Scale*
- MDRS: *Medical Damage Rating Scale*
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
- SIS: *Suicide Intent Scale*
- BBHS: *Beck Hopelessness Scale*

RESUMEN

Introducción: Los intentos de suicidio médicamente graves (ISMG) representan un subgrupo dentro de la conducta suicida que comparte características con el suicidio consumado. No obstante, su estudio proporciona información más precisa sobre las variables asociadas con el riesgo de suicidio. Pocos estudios se han llevado a cabo hasta el momento en España con este tipo de población. Además, la hipótesis de que los ISMG son un grupo homogéneo desde el punto de vista clínico aún no ha sido contrastada.

Objetivos: 1) describir el perfil clínico y socio-demográfico de una muestra de pacientes con ISMG y las características de sus intentos de suicidio; y, 2) identificar subgrupos de pacientes con ISMG según la gravedad del intento, el método empleado y la presencia de psicopatología (excluyendo la presencia de trastornos adaptativos).

Metodología: Se llevó a cabo un estudio observacional transversal con 168 pacientes que habían llevado a cabo un ISMG y que habían sido ingresados por causa médica en dos Hospitales Generales de Barcelona durante al menos 48 horas. Se usó el análisis univariante para describir la muestra y el bivariante y multivariante para examinar el resto de hipótesis.

Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre nuestra muestra y la de otros estudios en cuanto a: sexo, prevalencia de trastornos mentales, especialmente trastornos afectivos y principal método suicida (intoxicación medicamentosa). No obstante, los pacientes en nuestra muestra permanecían más tiempo hospitalizados, tenían más eventos estresantes antes del intento, referían más intentos de suicidio previos y tenían intentos más impulsivos que los descritos en otros estudios.

Se encontraron pocas diferencias estadísticamente significativas en los sub-grupos de ISMG en cuanto a: gravedad del intento, método empleado y presencia de diagnóstico psiquiátrico diferente de trastorno adaptativo. Así, los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) escogían más frecuentemente el envenenamiento y/o los cortes y tenían más probabilidad de tener antecedentes psiquiátricos previos que los que ingresaban en otras unidades. Los pacientes con intentos violentos llevaban a cabo intentos más planificados y tenían más probabilidad de tener una enfermedad médica que los que escogían otros métodos. Respecto al diagnóstico psiquiátrico, la única diferencia entre grupos era la mayor probabilidad de presentar una enfermedad médica aguda en los que tenían un trastorno adaptativo o no tenían psicopatología frente a los que tenían otros diagnósticos psiquiátricos.

Conclusiones: Los ISMG en medio urbano en nuestro país son comparables a los observados en sociedades similares a la nuestra. Hacen falta más estudios para comprobar si los ISMG constituyen una población heterogénea desde el punto de vista clínico.

ABSTRACT

Introduction: Medically serious suicide attempts (MSSA) may represent a subgroup of suicidal behavior that shares some similarities with completed suicide. However, its study gives more accurate information with regards to the variables associated with fatal suicidal risk. Few studies have been conducted in Spain with this population so far. Moreover, MSSA have generally been considered a homogenous group from the clinical point of view but this hypothesis needs to be tested.

Objectives: 1) to describe the clinical and socio-demographic profile of a sample of patients with MSSA and the suicidological features of their attempts; and, 2) to identify sub-groups of MSSA patients according to the severity of the attempt, the suicide method, and the presence of psychopathology (excluding adjustment disorders).

Methodology: A cross-sectional exploratory study was conducted with 168 patients who had a MSSA and who were admitted to two General Hospitals in Barcelona during more than 48 hours for medical reasons. We used univariate analysis to describe the sample and bivariate and multivariate analysis to examine the rest of hypotheses.

Results: No differences were found between our sample and other studies' with regards to: gender, prevalence of mental disorders, especially affective disorders; and, main suicidal method (drug overdose). However, patients in our sample spent more time hospitalized, had more previous stressful events, reported more prior suicide attempts and made more impulsive attempts compared to those who participated in other research studies.

Few statistically significant differences were found in ISMG sub-groups with regards to: severity of the attempt, method and presence of diagnostic conditions other than adjustment disorders. Patients admitted to an Intensive Care Unit (ICU) were more likely to choose self-poisoning and cutting as suicidal method and to have had prior mental health problems compared to non-ICU patients. Subjects who chose violent methods were more likely to suffer from medical conditions and had more planned suicide attempts. Finally, only current acute medical condition before the MSSA made the difference with respect to the presence of DSM-IV-TR diagnoses (other than adjustment disorders) among ISMG patients.

Conclusions: MSSA in urban areas in our country may be comparable to those observed in similar societies. More studies are needed to test if MSSA is a clinically heterogeneous group of suicidal patients.

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Datos generales.

El suicidio es una causa de muerte frecuente. Cada año fallecen alrededor de un millón de personas en el mundo. En el 2013, se registraron en España 3.870 fallecimientos por suicidio (2.911 hombres y 959 mujeres), situándose de nuevo como la principal causa externa de muerte (INE, 2015). Se ha estimado que los intentos de suicidio (IS) son 10 -20 veces más frecuentes que el suicidio (Beautrais, 2005).

Una de las formas de conceptualización del suicidio es como un *continuum* que va de la ideación a los suicidios consumados pasando por los IS. Si nos centramos en estos últimos, aunque varían en función de la intencionalidad y gravedad médica, la mayoría de los IS son consecuencia de elevado malestar psicológico, infelicidad y patología psiquiátrica (Beautrais, 2005).

Si bien se acepta que haber llevado a cabo un IS aumenta el riesgo de suicidio consumado, la consideración del riesgo teniendo en cuenta las características del intento hacen que la cuantificación de dicho riesgo sea variable (Appleby, 1992; Goldstein, Black, Nasrallah, & Winokur, 1991; Beck, & Steer, 1989; Hughes, 1995). Esta observación ha llevado a identificar sujetos en función de la gravedad del IS. En los años 70, Rosen y colaboradores estudiaron a 886 sujetos que cometieron un IS y les siguieron durante 5 años. Observaron que los intentos de suicidio médicamente graves (ISMG), presentaban índices de suicidio mayores, respecto a aquéllos que cometieron IS sin un compromiso orgánico grave (Rosen, 1970; Rosen, & David, 1976).

Estudios prospectivos más recientes, como los de Beautrais, han hallado un mayor número de conductas suicidas (IS y suicidio consumado) en los 5 años siguientes, en aquellos pacientes que habían realizado un ISMG. De acuerdo con dichos estudios, los ISMG tienen el doble de probabilidad, respecto a los IS no graves, de realizar un suicidio consumado en el futuro (Rosen, 1976; Beautrais, 2003a; 2004).

¿Por qué es relevante estudiar los intentos de suicidio médicamente graves?

La investigación en suicidio engloba típicamente grupos de pacientes muy heterogéneos que han realizado un IS o un suicidio consumado. Muchos estudios comparan poblaciones con conductas suicidas diversas entre sí y también con controles no suicidas (Levi-Belz, Gvion, Horesh, & Apter, 2013; 2014). Sin embargo, desde el punto de vista epidemiológico, los supervivientes de ISMG son muy similares a los individuos que fallecen por suicidio (Beautrais, 2001; Rivlin, Hawton, Marzano, & Fazel, 2010), pero diferentes de los que realizan otro tipo de autolesión deliberada con intencionalidad suicida (Daniel, & Fleming, 2005).

Así, puede afirmarse que los individuos que realizan ISMG y aquellos que finalmente se suicidan, representan dos poblaciones distintas pero superpuestas, que comparten algunas variables clínicas y socio-demográficas. Es decir, los supervivientes de ISMG son, en algunos aspectos, similares a los que fallecen por suicidio (Beautrais, 2001; Hawton, 2001; Rivlin et al., 2010). Sin embargo, desde el punto de vista metodológico, el estudio de los ISMG presenta ventajas, la más relevante, que la fuente de información es el superviviente. En cambio en los sujetos fallecidos por suicidio consumado, la información se obtiene indirectamente, a través de la autopsia psicológica.

En efecto, poder entrevistar directamente a los sujetos que cometen intentos de alta letalidad, permite aproximaciones más válidas a los mecanismos psicológicos que desencadenan la conducta suicida grave (Levi-Belz et al., 2013; 2014). Entrevistando a los individuos tan cercanos a la muerte por suicidio, los investigadores pueden recopilar información vital sobre los procesos mentales y signos de alarma de suicidio consumado (Hawton, 2001; Rosen et al., 1970; 1976; Beautrais et al., 1996; 2001; 2004; Levi-Belz et al., 2013; 2014).

Así, el estudio de los ISMG y su conocimiento se puede aplicar para evitar los IS graves y, posiblemente, también las muertes por suicidio (Swahn, & Potter, 2001).

Se puede sugerir también que la caracterización de subgrupos en las muestras de intentos de suicidio, como los ISMG y los violentos, podría contribuir a clarificar el límite impreciso del

IS el suicidio consumado con el fin de poner en marcha estrategias de prevención más efectivas (Giner et al., 2014).

1.2. Definición de intento de suicidio médicamente grave (ISMG).

En muchos casos, la comparación entre estudios sobre IS es problemática dada la variedad de conductas denominadas bajo el mismo término. Se han realizado esfuerzos para identificar categorías de IS en relación a las características clínicas y demográficas de los pacientes (por ejemplo: magnitud del IS, grado de letalidad, motivación y tipo de método utilizado). Esta caracterización ha sido basada en criterios clínicos o psicométricos, implicando el uso del análisis de *clusters*, a destacar los relacionados con rasgos de personalidad (Engstrom, Alling, Gustavsson, Orelund, & Traskman-Bendz, 1997; Rudd, Ellis, Rajab, & Wehrly, 2001) entre otras variables. (Rapeli, & Botega, 2005). La discriminación de dichos perfiles tiene implicaciones para planes de tratamiento agudo, seguimiento y prevención de conducta suicida (Rapeli et al., 2005). Aún así, desde las primeras investigaciones sobre ISMG, los criterios para definirlos han sido y siguen siendo en la actualidad muy heterogéneos.

Rosen *et al.*, a partir de una muestra total de IS, estudió los IS graves, independientemente de la gravedad médica y/o psiquiátrica. Posteriormente, este grupo diferenció entre los IS graves desde el punto de vista psiquiátrico (aquellos en los que los sujetos habían tomado precauciones para evitar ser descubiertos) y los ISMG que cumplían uno o más de los siguientes criterios al ingreso: 1) el nivel de coma: 3 ó 4 (coma profundo) (Matthew H, & Lawson AAH, 1972); 2) niveles de salicilato en plasma > 50 mg/100ml; 3) niveles de monóxido de carbono en sangre (más del 30% de carboxihemoglobina); 4) los casos como laceraciones o cortes en los brazos, se consideraron como médicamente graves si eran una grave amenaza vital; por ejemplo: rotura de la arteria radial que requiriera hemotransfusión e intervenciones quirúrgicas (Rosen et al., 1976).

Las investigaciones realizadas por el grupo de Beautrais son las que aportan unos criterios más concretos para definir los ISMG. Así, los sujetos con ISMG son aquellos que precisan,

tras un intento de suicidio atendido en el Servicio de Urgencias, un ingreso hospitalario de al menos 24 horas y que, además, presentan uno de los siguientes criterios de tratamiento: a) tratamientos en unidades especializadas (incluyendo Unidades de Cuidados Intensivos, unidades con cámara hiperbárica y de quemados); b) cirugía bajo anestesia general (excluyen los cortes superficiales que no requieren tratamiento quirúrgico); c) tratamiento médico extenso (lavado gástrico, carbón activado u observación neurológica) incluyendo telemetría, antídotos en caso de intoxicaciones medicamentosas o de tóxicos o repetición de test u otras pruebas complementarias. También se incluyen aquellos sujetos que realizan un IS grave con métodos de alto riesgo de ser fatales, por ejemplo, ahorcamiento, disparo y que ingresan durante más de 24 horas y que no cumplen el primer criterio de tratamiento (Beautrais et al., 1996; 2001; 2003a; 2003b; 2004).

Otros estudios, también utilizan la estancia mínima hospitalaria para definir los ISMG, pero con diversidad en cuanto a su duración, considerando algunos una estancia mínima de 6 horas para recibir tratamiento médico tras el IS (Jian, Li, Phillips, & Xu, 2013; Zhao, Yang R & Phillips MR., 2010). Otros consideran ISMG aquellos IS que requieren ingreso en unidades médicas desde Urgencias (Elliott, Pages, Russo, Wilson, & Roy-Byrne, 1996).

Otras investigaciones, como la de Douglas *et al.*, definen los ISMG con los siguientes criterios: a) IS mediante un método que conllevaría habitualmente el fallecimiento, por ejemplo: ahorcamiento, inhalación de monóxido de carbono, inmersión, precipitación desde una gran altura o hacia un vehículo en movimiento; b) autolesión en una área vital del cuerpo, por ejemplo: cuello, pecho o abdomen, sin incluir autolesiones en muñecas, cuello y piernas; c) envenenamiento / intoxicación medicamentosa que requiere ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos o su ingesta es considerada suficientemente letal por el facultativo de Urgencias (Douglas et al., 2004).

Algunos estudios definen los ISMG a partir de escalas, a las que se hace mención a continuación. En varios trabajos (Kresnow et al., 2001; Ikeda et al., 2001; Simon, et al., 2001; Powell et al., 2001), se utiliza la *Self- Inflicted Injury Severity Form, SIISF* (Potter, et al., 1998). Esta escala valora la letalidad de las lesiones sin valorar la intencionalidad o la posibilidad de rescate potencial. En los ISMG: 1) el sujeto tenía alta probabilidad de morir si no recibía atención médica, y, 2) utilizó un método de alta letalidad (heridas por arma de

fuego o ahorcamiento), independientemente de su gravedad. El tipo de método se categorizó como sigue: uso de arma de fuego; precipitación; ahorcamiento, intento de ahogarse o otro tipo de asfixia; laceraciones o apuñalamiento; ingestión, inhalación o inyección de una sustancia potencialmente letal; y otros métodos. Además de valorar el método, también se valoró el tipo de lesión secundario al mismo, categorizándolo en función de la gravedad médica (Potter et al., 1998).

Otros estudios (Sudhir Kumar, Mohan, Ranjith, & Chandrasekaran, 2006a; 2006b; Giner et al., 2014) utilizan la *Risk Rescue Rating Scale*, RRRS (Weisman, & Worden, 1972). Esta escala mide el daño médico debido al intento (factor de riesgo) y las probabilidades de ser descubierto y rescatado (factor de rescate) y los sintetiza en una ratio compuesta. Esta ratio o razón, está relacionada con la letalidad, o la probabilidad de infligirse daño de forma irreversible, por el intento de suicidio. Tasas altas de riesgo sugieren lesiones graves, tasas altas de rescatabilidad indican un alta probabilidad de ser descubierto y de recibir asistencia médica (Weisman et al., 1972).

En algunos estudios recientes (Levi, et al., 2008; Levi-Belz et al., 2013; 2014; Horesh, Levi, & Apter, 2012; Gvion et al., 2014), también se están aplicando, además de los criterios de Beautrais (Beautrais et al., 1996; 2001; 2003a; 2003b; 2004), los basados en la Escala de Letalidad de Mann y Malone (*The Lethality Rating Scale, LRS*) (Mann, & Malone, 1997).

La LRS es un instrumento que incluye la Escala de Daño Médico (*The Medical Damage Rating Scale, MDRS*), diseñada por Beck y colaboradores (Beck AT, Beck R, & Kovacs, 1975). La LRS mide la gravedad médica del IS, en una escala que puntúa desde 0 (completamente consciente y alerta) hasta 8 (muerte), en relación al tipo de método suicida utilizado. La MDRS, incorpora datos sobre las condiciones físicas del paciente a la llegada al hospital como datos médicos (Mann et al., 1997).

En investigaciones más recientes en las que los ISMG se definen en función de su gravedad médica y no psiquiátrica, también se observan diferencias de criterio a la hora de definir dicha conductas. En el amplio espectro de ISMG, algunos estudios se han centrado en un determinado subgrupo como los politraumatizados, hallando características diferentes

respecto a otros tipos de IS grave (Van Aalst, et al., 1992; Pajonk, Ruchholtz, Waydhas, & Schneider-Axmann, 2005).

Por lo que respecta a los IS denominados “medicamente graves”, a pesar de que el común denominador de estos casos ha sido la necesidad de ingreso, la experiencia psiquiátrica muestra que estos pacientes difieren en términos clínicos (Rapeli et al., 2005).

En el estudio de Rapeli *et al.*, se plantean diferenciar subgrupos de pacientes que ingresan en un hospital general por IS. Este grupo definió el ISMG, sólo si la condición del paciente era considerada, suficientemente amenazante para la vida y requiriera: hospitalización mayor a 24 horas, tratamiento en unidades especializadas (unidades de cuidados intensivos, unidades de urgencias) o cirugía bajo anestesia general.

En este estudio, se valoró la letalidad mediante una escala de Likert de 0-5. Los rangos se basaron en: a) el examen médico de la situación física; b) los procedimientos que precisaron durante su estancia en el hospital (por ejemplo: intubación endotraqueal, sonda nasogástrica, drenaje torácico, ventilación artificial y traqueostomía, soporte hemodinámico y duración de la estancia en el hospital); y, c) la consulta con el médico. Dividieron a los pacientes en dos grupos: a) Letalidad baja (0-2 puntos), b) Letalidad alta (3-5 puntos).

Mediante el análisis por *clusters*, se identificaron tres tipos de ISMG: los "impulsivo-ambivalentes" (*impulsive-ambivalent*), los "intentos marcados" (*marked intent*) y los "definidos" (*definite*) o "suicidios abortados" (Rapeli et al., 2005).

Otros estudios más recientes, como el de Giner *et al.*, diferencian entre IS violentos e IS graves. Se examinaron, de forma retrospectiva, pacientes ingresados por IS, clasificándolos en tres grupos: IS violentos (19,7%), IS graves (15,9%), IS no violentos y no graves (64,4%). Se establece, por tanto, la diferencia entre IS violentos e IS graves, aunque en muchas ocasiones se solapan. Los IS violentos se definen de acuerdo con los criterios de Asberg y colaboradores (Asberg, Träskman, & Thorén, 1976). Según estos criterios, un IS se considera violento cuando el método suicida es: ahorcamiento, uso de armas de fuego, precipitación de elevada altura, cortes profundos diversos, colisión con coche, quemaduras, envenenamiento por gas, ahogamiento, electrocución o salto al tren. La intoxicación

medicamentosa que requería ingreso en unidades de cuidados intensivos (UCI) fue incluida en el grupo de IS graves. En el grupo IS no graves y no violentos, se incluyeron intoxicaciones medicamentosas o cortes superficiales que no requirieron tratamiento en UCI.

Los autores planteaban la hipótesis de que el perfil de los IS violentos y de los IS graves puede servir para diferenciar estas sub-poblaciones, que podrían estar expuestas a un mayor riesgo de suicidio consumado, en comparación con los IS no violentos y los IS no graves. Al final de su estudio, se hace referencia al hecho que las definiciones de IS violento e IS grave no son derivadas de un consenso, pero sí basadas en estudios previos (Giner et al., 2014).

En resumen, los criterios utilizados para definir los ISMG han sido y son en la actualidad muy heterogéneos: hay estudios que se basan en los criterios de Beautrais *et al.*, mencionados previamente, otros en escalas psicométricas de letalidad; en estancias medias hospitalarias, etc. Otros autores, como Rapeli *et al.*, van más allá y se plantean que dentro de las conductas denominadas ISMG hay una gran diversidad. A pesar de que el común denominador de estos casos ha sido la necesidad de ingreso, la experiencia psiquiátrica muestra que estos pacientes difieren en términos clínicos (Rapeli et al., 2005).

1.3. Perfil de los intentos de suicidio médicamente graves.

Desde las primeras investigaciones sobre ISMG, ya se encontraron evidencias a favor de las diferencias entre los IS graves y los IS no graves o menos graves. En un estudio prospectivo a un año, Rosen observó que los IS graves tenían unas tasas de suicidio 2.3 veces mayores respecto al resto de tentativas (Rosen, 1970). También se encontraron similitudes entre los individuos que realizaban IS graves y los que fallecían por suicidio (Rosen, 1970; 1976). La hipótesis principal de dicho trabajo era que las personas que realizan IS graves, representaban un grupo de alto riesgo para conductas suicidas posteriores.

Rosen seleccionó, de una muestra total de 886 pacientes con IS, el 21% (n=186), que había llevado a cabo un IS grave. A su vez, dividió los IS graves en tres subgrupos: 1) IS

médicamente graves y psiquiátricamente graves (n=11); 2) IS médicamente graves, pero no psiquiátricamente graves (n=133); 3) IS psiquiátricamente graves, pero no médicamente graves (n=42).

En el seguimiento realizado durante 5 años, 34 sujetos (3,84%) del global de la muestra fallecieron por suicidio. De los 34 suicidios, el 6,45% (n=12) era del grupo de IS graves; mientras que el 3,1% (n=22) pertenecía al grupo de IS no graves. Los IS graves tenían una tasa de suicidio 2,1 veces mayor respecto a los IS no graves. Los pacientes que sólo cumplían criterios de ISMG presentaban una tasa de suicidio posterior del 6,9.

De los pacientes que fallecieron por suicidio durante el seguimiento (n=34) la edad media fue de 40,2 años y algo más de la mitad eran varones; el 58% padecían un trastorno afectivo (depresión) y el 29% eran alcohólicos.

Los IS graves que fallecieron por suicidio (n=12), tenían una edad media de 42,5 años; la mitad eran varones; el 75% (n=9) padecían depresión e insomnio, y 4 pacientes (varones) tenían alcoholismo. Los pacientes que llevaron a cabo durante el seguimiento un IS grave pero que no fallecieron (n=174), tenían una edad media de 40,3 años, los diagnósticos más frecuentes fueron: insomnio (60%) depresión (59%) y problemas con el alcohol (25%). No obstante, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los IS graves que fallecieron por suicidio y los IS graves que no fallecieron.

Los pacientes que realizaron IS no grave y fallecieron por suicidio (n=22) fueron 12 varones y 10 mujeres con una edad media de 38,8 años; el 73% padecía insomnio y el 55% depresión. Características muy similares a los IS graves con suicidio consumado. Una tercera parte eran diagnosticados como psicopáticos o sociopáticos y un 23% eran alcohólicos. Los sujetos que realizaron un IS no grave y no fallecieron por suicidio tenían una edad media de 32,5 años; 51% padecía insomnio; 46% depresión y 25% tenían problemas con el alcohol. Al comparar la muestra con los IS no graves con suicidio consumado y los IS no graves que no fallecieron por suicidio, tampoco se hallaron diferencias significativas.

El autor distinguió entre dos tipos de intentos de suicidio: graves y no graves. Los IS graves presentaron unas tasas de suicidio significativamente mayores que las de los IS no graves. Otro de los hallazgos es que los ISMG (independientemente de la gravedad psiquiátrica) presentaban una tasa de suicidio mayor a largo plazo (Rosen, 1976).

El estudio de Rapeli refuerza la observación de Rosen de que los ISMG tienen mayor riesgo suicida respecto a los intentos de suicidio en general (Rapeli et al., 2005). También, Henderson *et al.*, entre los 6 grupos que encontraron en el análisis por clusters de los pacientes con IS, hallaron un porcentaje mayor de suicidios en los IS graves en un estudio prospectivo a dos años (Henderson, & Lance, 1979), aunque la muestra de IS graves era pequeña (26 pacientes).

Más recientemente, el grupo de Beautrais realizó un estudio prospectivo a 5 años de una muestra de ISMG con el fin de identificar la presencia de conductas suicidas tras el ISMG y analizar qué factores podían predecir la conducta suicida en el futuro. El 6,7% (n=20) de la muestra falleció por suicidio y un 37% (n=103) realizó al menos un IS durante el seguimiento, siendo más frecuentes estas conductas en los primeros 18 meses posteriores al intento. Las tasas de conducta suicida fueron mayores respecto otros estudios, lo que podría explicarse porque la muestra tratada es de alto riesgo, al estar formada por IS de mayor gravedad médica (Beautrais, 2004).

A pesar de la diversidad de criterios a la hora de definir el ISMG, existen numerosas investigaciones que comparan los ISMG con suicidio consumado y/o con IS de baja letalidad y/o con grupos controles, asumiendo que los ISMG son una población homogénea.

Sin embargo, cabe plantear que los individuos que realizan IS y aquéllos que cometen suicidio representan dos poblaciones distintas pero superpuestas (Beautrais, 2001; Rivlin et al., 2010). Mientras que una tentativa constituye un riesgo mayor para suicidio consumado, en el amplio grupo de las tentativas suicidas, el riesgo de consumir suicidio es variable (Appleby et al., 1992; Goldstein et al., 1991; Beck, et al., 1989; Hughes, 1995).

1.3.1. Aspectos socio-demográficos.

Al abordar aspectos socio-demográficos, estudios como los del grupo de Beautrais encontraron que la relación entre riesgo de IS y trastorno mental, variaba según la edad y género. Mediante un modelo de regresión logística estratificado en 4 grupos en función de edad/sexo (varones menores de 30 años; varones de 30 años o mayores; mujeres menores de 30 años y mujeres de 30 años o mayores), concluyeron que los trastornos afectivos estaban más fuertemente relacionados con el riesgo de intentos de suicidio graves en sujetos de mayor edad (de 30 o más años) (Beautrais et al., 1996).

Posteriormente, este mismo grupo (Beautrais, 2001) realizó un estudio caso-control entre fallecidos por suicidio, sujetos que realizaron un ISMG y un grupo control. Hallaron que la presencia de un trastorno psiquiátrico, entre otros factores, fueron los predictores más significativos de suicidio en el futuro. Otros factores que contribuyeron de una forma menor fueron el sexo, bajo nivel académico, ingresos bajos, relación parental pobre en la infancia y eventos estresantes recientes (interpersonales, legales y laborales). Además de los factores psiquiátricos, los individuos con mayor riesgo de suicidio solían ser varones, con bajo soporte social y que habían experimentado eventos estresantes recientes.

En este mismo estudio, cuando compararon el grupo de ISMG con el grupo control, otros factores que contribuían al riesgo de ISMG, aunque menor que los factores psiquiátricos fueron: bajo nivel académico, ingresos bajos, exposición reciente a eventos estresantes (interpersonales, legales y laborales) y bajo contacto social. Además de los factores psiquiátricos, aquéllos con mayor riesgo de ISMG tenían bajo soporte social, habían estado expuestos a eventos estresantes recientes y tenían contactos sociales limitados.

Por último, al comparar el grupo de suicidio consumado con el grupo de ISMG el sexo fue un predictor de suicidio, pero no de ISMG; una relación parental pobre durante la infancia fue predictivo de suicidio pero no de ISMG; y el aislamiento social fue predictivo de ISMG, pero no de suicidio consumado. Estas diferencias en las variables sociodemográficas citadas, sugiere que mientras los factores de riesgo para suicidio e ISMG fueron similares, sí había diferencias entre ambos grupos (Beautrais, 2001).

Las diferencias de género dependen de la naturaleza de la conducta suicida y de las poblaciones estudiadas. Se han encontrado diferencias geográficas en el género, con un mayor número de hombres entre los que cometen intentos de suicidio en Finlandia (Schmidtke et al., 1996), y con tendencias similares a algunos países en vías de desarrollo. Esta diferencia se puede explicar por factores específicos intrínsecos de la población estudiada. A tener en cuenta también, que en muchas partes del Tercer Mundo, las personas que cometen intentos de suicidio, son derivadas para atención clínica sólo si el intento ha sido considerado como grave por terceros, por lo que acuden a los hospitales aquellos intentos con mayor gravedad médica. El menor nivel educativo, sobre todo en las zonas rurales, puede atribuirse a las desigualdades de género en países en vías de desarrollo. El mayor desempleo y la falta de una independencia económica en las mujeres podrían llevar a mayor estrés psicosocial. De todas formas, la inactividad económica entre las mujeres (Voros, Osvath, & Fekete, 2004) que realizan intentos de suicidio, parece un hallazgo consistente en todas las culturas. Otra diferencia, respecto a países industrializados, es la mayor prevalencia de hombres solteros y el mayor predominio de mujeres casadas. En el caso de la India, las mujeres contraen matrimonio a edades tempranas. Es importante hacer referencia a las diferencias en el tipo de estrés experimentado por las personas casadas, especialmente conflictos conyugales y diferencias de género (Sudhir Kumar et al., 2006a).

Muchos estudios sugieren que el hecho de que los hombres tengan mayores tasas de suicidio es porque escogen los métodos más letales y podría reflejar que el sexo masculino es más vulnerable al suicidio (Rich, Ricketts, Fowler, & Young, 1988). Sin embargo, en el trabajo de Beautrais, realizado en población joven, la autora sugiere que las diferencias de género entre los ISMG y el suicidio consumado, se explicarían por el método escogido y que esta vulnerabilidad masculina no es fundamental para desarrollar conductas suicidas. Un ejemplo relevante que muestra la relación entre género y método escogido son los datos de suicidio en China. China presenta tasas más elevadas de suicidio en mujeres jóvenes que en hombres jóvenes, a diferencia de las sociedades occidentales. La mayor tasa de mujeres en China se explica por la mayor accesibilidad que tienen las mujeres a los pesticidas que se usan en el ámbito de la agricultura. Los autores tampoco descartan otros factores como la cultura, la agresividad y el consumo de tóxicos, como contribuyentes a que la tasa de suicidios sea mayor en los hombres (Beautrais AL. 2003b).

En la literatura se ha hecho mención a la edad como factor de riesgo suicida. Existe un interés emergente en la conducta suicida en sujetos de edad avanzada. El progresivo envejecimiento de las poblaciones en los países industrializados, sugiere que los suicidios y los intentos de suicidio en personas de edad avanzada se incrementará, igual que aumenta el número y proporción de sujetos de edad avanzada en la población. La preocupación por la conducta suicida en este grupo, también ha sido de interés recientemente por cuestiones como: el suicidio asistido, eutanasia y argumentos sobre el "derecho a morir". Y también por la mayor esperanza de vida en este grupo y las limitaciones en la disponibilidad de recursos sanitarios (Beautrais, 2002).

En cuanto a la población joven, existe una preocupación creciente por el suicidio en sujetos jóvenes en las últimas dos décadas, por su incremento en muchas sociedades. Nueva Zelanda, tiene una de las tasas más altas de suicidio en población joven entre los países desarrollados (Beautrais, 2003b). Sin embargo, la baja prevalencia de suicidio consumado ha conducido a centrarse en la ideación suicida y los intentos de suicidio en jóvenes o en suicidio consumado con un límite de edad mayor (30-35 años), ya que los estudios sobre suicidio consumado en población joven menor de 25 años, son muestras muy pequeñas. Este hecho puede llevar a considerar que los factores de riesgo para IS o suicidio consumado son los mismos, cuando en población adulta se ha visto que difieren en algunos aspectos (Beautrais, 2003b).

En un estudio comparativo en población joven, hallaron que tanto los fallecidos por suicidio como los que habían realizado un ISMG, presentaban factores de riesgo similares, a excepción del género (el sexo masculino estaba más asociado con suicidio consumado y no con ISMG). Los siguientes factores comunes fueron: trastorno del estado de ánimo, tratamiento psiquiátrico, bajo nivel educativo y eventos estresantes. Sin embargo, no todos los factores tenían el mismo peso: los trastornos del estado de ánimo tenían más peso en los ISMG que en los suicidios consumados y los eventos estresantes tenían más peso en el suicidio consumado que en los ISMG (Beautrais, 2003b).

En población joven, Beautrais *et al.*, ya encontró que los sujetos entre 13 y 24 años que realizaron un ISMG, presentaban altas tasas de desventajas sociodemográficas, experiencias traumáticas en la infancia, igual que altas tasas de trastornos psiquiátricos respecto los

sujetos control de la comunidad (Beautrais et al., 1996). El mismo grupo encontró que la muestra de pacientes con conducta suicida (ISMG y suicidio consumado), respecto al grupo control tenía mayores tasas de experiencias adversas en la infancia (abuso sexual y alto control paternal), mayores tasas de problemas estresantes relacionales recientes y menores tasas de contacto y soporte social (Beautrais, 2002). También otros trabajos han encontrado más adversidades sociales en los ISMG respecto los IS de menor letalidad (Douglas et al.2004).

Sin embargo, un estudio encontró que los IS no médicamente graves presentaban mayores tasas de abusos físico y sexual y más eventos vitales traumáticos (Elliott et al., 1996).

1.3.2. Aspectos culturales.

Para reducir la mortalidad por suicidio es esencial tener información específica de la cultura que puede guiar en la práctica clínica y ser efectiva para evitar la conducta suicida en ambos sexos. (Hawton, 2001). Así, es preciso añadir algunas consideraciones sobre el papel que las diferencias raciales, culturales y económicas pueden desempeñar en lo observado en los estudios con ISMG. Estas diferencias afectan no sólo a los criterios utilizados para definir los ISMG sino a qué los factores de riesgo de índole socio-demográfica que pueden diferir según el país en que se estudie dicha conducta. Así, como se ha señalado con anterioridad, los estudios realizados en población rural de China muestran que el suicidio consumado es más frecuente en mujeres frente a lo observado en la mayoría de países post-industrializados (Jiang et al., 2013). Además, el peso de otros factores de riesgo como la presencia de enfermedad mental (omnipresente en los estudios realizados en países del oeste), parece ser menos relevante en países como China e India (De Leo, 2013).

Nótense las diferencias observadas en estudios realizados con población del Sur de la India (Sudhir Kumar et al., 2006a; 2006.b), población de Israel, concretamente del área de Jerusalén (Cooper-Kazaz, 2013) y población de China (Zhao et al.,2010; De Leo, 2013; Jiang et al., 2013).

El grupo de Sudhir Kumar (Sudhir Kumar et al., 2006a) estudia las diferencias de género en ISMG, a partir de una muestra de pacientes entre 16 y 65 años, atendidos en un hospital terciario del sur de la India. Se plantean comparar las diferencias entre hombres y mujeres con ISMG en términos de características sociodemográficas, diagnóstico clínico, método utilizado, intencionalidad suicida, letalidad del intento y circunstancias adversas recientes.

Definieron el ISMG como un acto de autolesión o envenenamiento que es considerado por los médicos de urgencias como medicamento grave y que requiere ingreso en el hospital para tratamiento. Tras estabilización médica en las unidades de ingreso, el paciente tenía una valoración psiquiátrica.

La muestra estaba compuesta por 51,2% de varones y 48,8% de mujeres. La edad media fue similar en ambos grupos: 24,4 años en los varones y 24,16 años en las mujeres. La mayoría de mujeres (74,7%) eran de áreas rurales, significativamente mayor que la proporción de hombres de áreas rurales (56,8%). El nivel educativo de las mujeres era menor. De forma significativa, había más hombres empleados (61,5%), respecto a mujeres (32,3%), desarrollando su actividad laboral fuera del domicilio. De forma significativa, había más hombres solteros (73,1%), respecto a las mujeres (45,5%).

En cuanto a la presencia de psicopatología, una proporción significativa de hombres padecía un trastorno psiquiátrico (64,4%), respecto a las mujeres (41,1%). La depresión fue el diagnóstico más común en ambos grupos. No encontraron diferencias significativas en ambos sexos entre los diferentes diagnósticos, a excepción de la dependencia de alcohol que fue, de forma significativa, más elevada en los hombres (12,5%), respecto a las mujeres (1%). Sólo cinco pacientes (3 hombres y dos mujeres) tuvieron antecedentes psiquiátricos y fueron los únicos que tenían contacto con los servicios de psiquiatría antes del ISMG.

El método suicida más común en los hombres fue la ingestión de organofosforados (54,8%), mientras que en las mujeres era más frecuente el uso de plantas venenosas (46,5%). Una mayor proporción significativa de mujeres utilizó la auto-inmolación (8,1%), respecto a los hombres (1,9%). La proporción de sujetos que utilizó otros métodos como el ahorcamiento o la intoxicación medicamentosa no varió entre los dos grupos. La intencionalidad suicida fue significativamente mayor en los varones, pero la letalidad, la depresión y los estresores vitales recientes fueron similares en ambos sexos.

Al comparar diferencias de género entre áreas rurales y urbanas, hallaron que el número de años de escolarización fue significativamente menor en las mujeres. Esta diferencia no se observó en la población urbana. Había, de forma significativa mayor número de mujeres desempleadas, respecto a los hombres tanto en áreas rurales como urbanas. Había un mayor número de varones solteros en las áreas rurales respecto a las mujeres, de forma significativa. Esta diferencia no se encontró en las áreas urbanas.

El hecho de que la depresión fuera el diagnóstico más frecuente, coincide con estudios realizados en países desarrollados.

En cuanto al método utilizado, está muy ligado a su acceso, por ejemplo, sustancias letales son utilizadas de forma habitual como pesticidas en zonas rurales. En cuanto a la mayor prevalencia de auto-inmolaciones en las mujeres, es un fenómeno único en la India y es especialmente prevalente entre las mujeres (Batra, 2003). Como ya se ha hallado en este estudio, cuando las mujeres usan medios de fácil accesibilidad para acabar con sus vidas, la restricción al acceso de medicamentos o sustancias venenosas, puede ser menos efectivo para evitar conductas suicidas. Tendría que implementarse la psicoeducación y ayuda ante situaciones de estrés (Sudhir Kumar et al., 2006a).

El hecho de que los hombres presentaran mayor intencionalidad suicida en una muestra de alta letalidad, hallazgo que coincide con estudios realizados en países desarrollados, puede indicar que estos intentos son suicidios frustrados. Mientras que en las mujeres, posiblemente intentan comunicar una situación de crisis/distress, incluso cuando la letalidad del intento es comparable a la de los hombres. Las mujeres presentaron menor intencionalidad suicida, pero no hubo diferencias significativas de género en cuanto letalidad, depresión y estrés. Los autores postulan la posibilidad de una relación compleja entre letalidad, depresión y estrés, que determina la intencionalidad suicida mediada por factores como la baja autoestima y la impulsividad, y esta relación puede ser dependiente del género (Sudhir Kumar et al., 2006a) Esta relación puede dar soporte al síndrome depresivo masculino que se compone de baja tolerancia al estrés, comportamiento *acting-out*, bajo control de los impulsos y carga hereditaria de trastornos depresivos, alcoholismo y suicidio (Rutz, Walinder, Rhimer, & Pestality, 1999).

Las diferencias basadas en la ubicación (área rural/urbana) ya han sido citadas en estudios previos (Qin P, 2005) y han sido parcialmente atribuidas a los efectos de la urbanización, donde existe una alteración de las estructuras familiares tradicionales debido a la migración de personas a las ciudades buscando oportunidades mejores y empleo. Esto se ha mostrado por el bajo nivel educativo en las zonas rurales y la mayor morbilidad psiquiátrica en la muestra que vivía en áreas urbanas (Sudhir Kumar et al., 2006a). Las mayores variaciones en los modelos de cambio social, urbanización y factores culturales han contribuido en las diferencias ente patrones de conducta suicida en ambos géneros y en áreas rurales y urbanas (Yip, Liu, Hu, & Song, 2005).

Los autores insisten en la necesidad de tener en cuenta en las valoraciones los factores socio-culturales y no sólo centrarse en el rol de la enfermedad mental como mediadora del suicidio. Se tendría que ampliar el conocimiento sobre factores psicosociales específicos, situaciones de riesgo de suicidio y la experiencia del estrés debido a eventos vitales negativos en las diferentes culturas (Sudhir Kumar et al., 2006a).

En relación a las diferencias entre zonas rurales y urbanas, mencionamos el trabajo de Jian *et al.*, basado en ISMG en un área rural de China (Shandong) (Jian et al., 2013).

A diferencia de otros países, en China las tasas de suicidio en las zonas rurales son de dos a tres veces más altas que en las zonas urbanas (WHO, 1999), las causas de estas diferencias son desconocidas. Explicaciones posibles podrían incluir la mayor pobreza y aislamiento social, mayores tasas de enfermedad mental, menor acceso a los servicios de salud mental, mayores niveles de conducta impulsiva y mayor acceso a pesticidas de elevada toxicidad. En este estudio se plantean estudiar el rol de factores potenciales de riesgo de IS en una población rural (excluyen el factor de riesgo IS previos).

En cuanto a la sección de la depresión, valoraron la gravedad de los síntomas y el número de días con los síntomas durante las últimas dos semanas previas al intento, permitiendo cuantificar los síntomas depresivos subumbrales y los síntomas que han estado presente menos de 14 días previo al IS.

La mayoría de ISMG eran mujeres (74,4%) y la edad media fue de 33,2 años, la gran mayoría estaba casada con granjeros y tenían un nivel educativo bajo. El método suicida más común fue la ingesta de pesticidas. Sólo el 38,4% de la muestra de ISMG tenían un trastorno mental. La intencionalidad de morir no fue especialmente alta. Más de la mitad de los intentos fueron actos impulsivos en el contexto de conflictos interpersonales. El 10,4% tenían antecedentes de IS previos.

Al comparar con la muestra control, encontraron diversos factores demográficos, sociales y psicológicos que diferenciaban los casos de los controles. Los ISMG tenían, respecto los controles, un nivel educativo menor, un estatus económico más bajo, tenían menor probabilidad de funcionar en un rol social productivo, y tenían mayor probabilidad de estar separados, divorciados o viudos. También la muestra de casos presentaba un mayor nivel de estrés agudo y crónico, mayor impulsividad y agresión, síntomas más graves de depresión las dos semanas previas al intento, y tenían mayor probabilidad de cumplir criterios de diagnóstico psiquiátrico, respecto el grupo control. Muchos de los factores sociales valorados fueron diferentes en el grupo de ISMG, respecto los controles. Los ISMG presentaban un funcionamiento familiar más pobre, más eventos vitales negativos en el último año, una menor calidad de vida en el último mes y tenían una probabilidad mucho más alta de referir un evento vital negativo grave los dos días antes del intento. Los ISMG tenían mayor probabilidad de vivir solos y una disminución evidente de sus actividades sociales el mes previo al intento. También, el grupo de casos tenía una mayor probabilidad de tener personas próximas que habían realizado intentos de suicidio.

Varias características de la muestra resaltan diferencias con los IS de países con altos ingresos. La muestra de casos de este estudio tenía tasas bajas de enfermedad mental, mayor impulsividad y una alta proporción de intentos mediante la ingesta de pesticidas. Este perfil es similar al de otros estudios realizados en China. Un hallazgo inesperado fue la alta proporción (41%) que refirieron que el principal objetivo del intento fue "controlar el comportamiento de los demás", esto pone en relieve la función de la conducta suicida en la China rural, como un medio para tratar conflictos interpersonales. Otro hallazgo inesperado de este estudio fue la ausencia de trastorno por uso de alcohol en los ISMG, los autores explican este hallazgo debido a la alta proporción de mujeres de la muestra y la las bajas tasas de consumo de alcohol referidas entre las mujeres en China.

Los autores hallaron que la gravedad de los síntomas depresivos en las dos semanas previas al intento (independientemente de que cumplieran criterios de trastorno depresivo mayor) era el factor de riesgo más importante para el IS. Múltiples eventos vitales negativos durante el año previo y una calidad de vida baja durante el mes previo al intento, fueron también factores predictores importantes de IS posterior. El hecho de tener personas del mismo ambiente que habían realizado conductas suicidas, aumenta la probabilidad de que el sujeto use ese método para gestionar sus dificultades. El funcionamiento familiar también fue un predictor independiente de IS. A pesar del rango estrecho de logros académicos, pocos años de educación fue un factor de riesgo independiente de IS.

El hallazgo de este estudio apoya trabajos previos, sobre el solapamiento entre el suicidio y los IS en la China rural (posiblemente vehiculizado por el uso frecuente de pesticidas como método suicida) y es una posible explicación al hecho de que en China las tasas de suicidio sean mayores en las áreas rurales respecto las urbanas con tasas similares en hombres y mujeres (Wang, et al., 2008). Por consiguiente, los autores sugieren que intervenciones para reducir las tasas de intentos de suicidio, puede reducir directamente las tasas de suicidio consumado.

Los autores destacan las características diferenciales de la conducta suicida en las áreas rurales de China. Muchos de los IS que precisan tratamiento médico en la China rural son de baja intencionalidad y por ingesta de pesticidas en personas que no tienen diagnóstico psiquiátrico, pero sí niveles elevados de impulsividad y agresión. Sin embargo, hay características que no difieren respecto estudios realizados en otros países como: disfunción familiar, múltiples eventos vitales negativos, exposición a terceras personas que han cometido conducta suicida y bajo nivel educativo. El hecho que las tasas de trastorno mental fueran bajas en la población rural china, implica plantearse estrategias de prevención diferentes a las de países con altos ingresos. Las estrategias de prevención tendrían que focalizarse menos en la identificación y tratamiento de los trastornos mentales, y más en limitar el acceso a pesticidas venenosos y a entrenar personas impulsivas en la autorregulación de sus emociones y conductas. (Jiang et al., 2013).

Posiblemente, muchos intentos que acaban en suicidio consumado en China, hubieran sido intentos de suicidio en países del oeste, donde es infrecuente guardar pesticidas en los

domicilios, y donde la densidad y la capacidad técnica de unidades de reanimación es mucho más alta (De Leo D., 2013).

Otro estudio realizado también en población de China (Zhao, et al., 2010) se centran las características específicas de los ISMG en función de la edad. Se basan en una amplia muestra de ISMG de seis hospitales generales (de áreas rurales y urbanas). Su hipótesis es que hay diferencias relevantes en relación a la edad entre los que realizan intentos de suicidio. Plantean un estudio comparativo de ISMG a través de cuatro grupos de edades. La franja de edad fue de 12-83 años. Añadir que sólo 23 pacientes tuvieron una edad mínima de 65 años, por lo que no pudieron crear un grupo separado de adultos mayores.

En la muestra total hubo una mayoría de mujeres (74%) la mayoría de 20-44 años, aunque la proporción de varones fue mayor en los menores de 20 años y en el grupo de mayor edad (≥ 45 años). La razón de esta distribución de sexos en los diferentes grupos de edad -que coincide con estudios previos de suicidio consumado en China (Phillips, Li & Zhang, 2002)- es desconocida, podría estar relacionada con estresores psicológicos asociados con los diferentes roles sociales de la mujer en las distintas edades. El 79% vivía en zonas rurales y sólo la mitad había completado los 6 años de educación elemental. El método más común fue la ingesta de pesticidas, que fue en el 79% de los casos (la explicación que dan los autores al hecho que la mayoría de los que aceptaron participar realizaran ingesta de pesticidas, podría ser por su mayor estancia en el hospital al requerir un manejo y observación más prolongado, respecto a los que ingirieron fármacos). Un 15 % había tenido IS previos, el 49% conocía personas del área que habían realizado conductas suicidas, el 38% tenían un trastorno mental y el 17% había buscado ayuda por problemas psicológicos en el pasado. Los conflictos familiares fueron la causa más importante del intentos (55%).

Comparando los diferentes grupos, encontraron una proporción más elevada de hombres en el grupo de adolescentes (menores de 20 años) y en el grupo de mediana edad y adultos mayores (mayores de 45 años). En el grupo de jóvenes y adultos jóvenes (20-44 años) predominaron las mujeres. La proporción de residentes en zonas rurales fue similar en los cuatro grupos, pero los que tenían su principal fuente de ingresos de la agricultura, aumentaba con la edad, posiblemente es un reflejo de la migración de la gente joven de las zonas rurales a las industrias locales.

Algunas diferencias por grupos de edad eran congruentes con los cambios sociales y otros factores asociados a la edad en China: el nivel educativo disminuía con la edad; los adolescentes tenían menor probabilidad de estar trabajando o de estar casados; los jóvenes y adultos jóvenes mantenían pocos contactos con miembros de la familia (una explicación podría ser el hecho que las mujeres jóvenes de zonas rurales migran de su zona cuando contraen matrimonio y también porque muchos hombres jóvenes de áreas rurales migran a ciudades para trabajar) y tenían mayor probabilidad de tener un hijo en edad pre-escolar en la casa; el grupo de mediana edad y adultos mayores tenían menor probabilidad de estar trabajando, mayor probabilidad de estar divorciado o viudo y de sufrir de alguna enfermedad física que afectaba a su funcionalidad e indirectamente a su familia. No hallaron diferencias en cuanto a ingresos económicos y disfunción familiar en los cuatro grupos. Muchos de los suicidas del grupo de mayor edad (≥ 45 años), no funcionaban en su rol social habitual, habían reducido sus actividades sociales fuera del domicilio y tenían una calidad de vida menor. Las creencias religiosas fueron poco comunes (sólo presentes en el 2,4% de la muestra), pero fueron más prevalentes en los adultos jóvenes respecto al resto de grupos.

Las características del intento también diferían entre grupos. Los adultos jóvenes tuvieron una mayor probabilidad de que hubiera alguien presente en el momento del intento, sugiriendo que el objetivo era influir sobre los demás en lugar de morir. Los adolescentes refirieron haber considerado el suicidio un tiempo muy breve previo al intento y el grupo de mediana edad y adultos mayores consideraron el suicidio durante más tiempo previo al intento. La proporción de sujetos que consumió alcohol en el momento del intento fue mayor en aquéllos que consideraron el suicidio durante más tiempo (grupo ≥ 45 años) y muy bajo en el grupo que contempló el suicidio un tiempo breve previo al intento (grupo adolescentes).

En cuanto a la intencionalidad, fue más elevada en los sujetos ≥ 45 años respecto al resto de grupos. No evidenciaron diferencias entre los grupos en relación a la ingestión de pesticidas, presencia de IS previos o familiares/personas del entorno con historia de conducta suicida.

En relación a los eventos vitales estresantes, los adultos de mediana edad y mayores tenían menos probabilidad de haber experimentado eventos vitales estresantes en los últimos dos días o presentar estrés agudo en el momento del intento. Los eventos vitales negativos más frecuentes en el grupo de adolescentes fueron los conflictos familiares (predominantemente con los padres), también con otros miembros familiares y tener dificultades en el colegio. El grupo de jóvenes tenía mayor probabilidad de estar afectados por asuntos relacionados con el compromiso, matrimonio y la maternidad. Los adultos jóvenes experimentaban con mayor probabilidad conflictos conyugales. Y los adultos de mediana edad y mayores, tenían mayor probabilidad respecto el resto de grupos de estar afectados por problemas de salud y por la enfermedad o fallecimiento de miembros familiares.

Teniendo en cuenta la muestra total, el 38,4% (n=237) tenía un diagnóstico trastorno psiquiátrico, y sólo el 25% de éstos había estado en tratamiento psicofarmacológico el mes previo al intento. Las tasas más bajas de enfermedad mental fueron en el grupo de jóvenes y las más altas en el grupo de mediana edad/adultos mayores, respecto el resto de grupos. En este último grupo, más de la mitad de los sujetos tenían síntomas depresivos las dos semanas previas al intento. De la muestra total, sólo un 17% había buscado algún tipo de ayuda psicológica y un 11% había estado en tratamiento psicofarmacológico el mes previo al intento. El seguimiento médico y tratamiento psicofarmacológico fue más elevado en el grupo de adultos de mediana edad y mayores, teniendo en cuenta que son los que tienen una tasa de trastornos psiquiátricos más elevada. Este estudio, coincide con trabajos previos realizados en China que confirman la baja tasa de enfermedad mental en la conducta suicida, respecto a países con rentas más altas. Un hallazgo interesante de este trabajo es que la tasa de enfermedad mental se incrementa con la edad. También existen diferencias en relación al patrón de consumo de sustancias y alcohol en relación al género y la edad en China, respecto otros países.

Los conflictos familiares fueron el factor más importante que contribuyó a la conducta suicida en los cuatro grupos, pero fue relativamente menos importante el grupo de mayor edad (adultos de mediana edad y mayores). El hecho que los conflictos familiares fuera una causa dominante en la conducta suicida en la muestra total, destaca la importancia crucial de la familia en la vida de los ciudadanos chinos. Los trastornos del estado de ánimo (principalmente depresión) fue la segunda causa más importante en los cuatro grupos: fue

relativamente más importante en el grupo de adultos de mediana edad y mayores y menos importante en los sujetos menores de 20 años. Los problemas económicos, el consumo de sustancias y alcohol y los problemas de salud, fueron todas ellas causas menores, pero su importancia se incrementaba con la edad. Otro tipo de causas como problemas primarios en el colegio o en el trabajo y problemas sociales con personas fuera del ámbito familiar, fueron una causa común en los grupos más jóvenes.

Características específicas de cada grupo fueron las siguientes: los individuos de 20 años y de menor edad, tenían menos probabilidad respecto los otros grupos de haber consumido alcohol en el momento del intento. El grupo entre 20-44 años era mayoritariamente mujeres, tenía mayor probabilidad de estar activo a nivel laboral, mayor probabilidad de tener conflictos conyugales, tener menor contacto con su familiar y de haber realizado el intento en presencia de alguien, respecto el resto de grupos. Los sujetos de 45 años y mayores tenían una mayor intencionalidad suicida objetiva respecto el resto de grupos, menor calidad de vida, más trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias.

Estas diferencias en los diversos grupos de edad, pone en relevancia el desarrollo de estrategias de prevención específicas en función de la edad. Por ejemplo los sujetos de 45 años y mayores, al tener mayor tasa de enfermedad mental, tienen mayor probabilidad de necesitar intervención psiquiátrica, así como cuidados médicos y de rehabilitación para disminuir sus discapacidades por enfermedades físicas. Las personas entre 20-44 años, se beneficiarían de terapias de pareja para disminuir los conflictos conyugales y de intervenciones que reforzaran el soporte social con la familia. En cuanto a los adolescentes, precisarían de estrategias para aumentar su resiliencia psicológica y por consiguiente poderse adaptar a los estresores familiares, académicos e interpersonales (Zhao P, et al. 2010).

El trabajo de Cooper-Kazaz (Cooper-Kazaz, 2013) se basa en intentos de suicidio graves ingresados en departamentos médicos de un hospital terciario de Israel (área de Jerusalén). Los pacientes fueron valorados por el departamento de Psiquiatría de Interconsulta y Enlace (PIE) y comparados con el resto de pacientes atendidos por este mismo departamento (PIE). La estancia media en el hospital no difería entre ambos grupos: los que ingresaron por IS tuvieron una estancia media de 22,77 días y en los que ingresaron por otras causas fue de

22,8 días. Sin embargo, la estancia media fue significativamente mayor en los IS violentos (34,23 días) respecto a los IS no violentos (12,68 días).

La población general en Israel es 75% judía, 17% musulmana y 8% otras religiones, estos porcentajes reflejaban el grupo control. En cambio en el grupo ingresado por IS, había más mujeres judías (63,4%) y varones musulmanes (75%), respecto al grupo no suicida. En el grupo de casos (IS), había un predominio significativo de mujeres, respecto al grupo control. También había una mayor representación de musulmanes en el grupo de suicidas (16,3%) respecto el control (9,8%) con una mayoría de varones musulmanes. La edad media de los IS fue significativamente menor respecto a los no suicidas.

En cuanto al método, categorizaron como no violento la intoxicación medicamentosa (25 casos, 51%), los violentos fueron 24 casos (49%). Consideraron como método violento los siguientes: precipitación, uso de arma de fuego, uso de cuchillo, quemaduras e ingesta de cáusticos. Las mujeres fueron mayoría (80%) en los IS no violentos (intoxicación medicamentosa). El riesgo de un IS violento fue 8 veces mayor en los varones que en las mujeres: los IS violentos fueron más frecuentes en los hombres. Todos los IS realizados por musulmanes (hombres y mujeres), fueron violentos. Los IS violentos en los judíos fueron del 39%.

Los diagnósticos más frecuentes en el grupo de IS graves se detallan en la Tabla 1. En el 2% de esta muestra hubo consumo de alcohol en el contexto del IS y en el 2% consumo de otras drogas en el contexto del IS.

Tabla 1. Diagnósticos más frecuentes del grupo IS graves (Cooper-Kazaz, 2013).

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Trastorno de la personalidad - principalmente el trastorno límite- (49%)- Trastorno psicótico (16,2%)- Depresión (12,2%)- Delirium (6,1%)- Demencia (6,1%)- Trastorno por estrés agudo (4,1%)- Trastornos adaptativos (2%) |
|--|

En cuanto al seguimiento tras el alta médica del grupo de IS graves, el 47% fue dado de alta a domicilio, el 37,7% fue derivado a un hospital psiquiátrico, el 8,1% a una residencia de ancianos, 4,1% a un hospital de enfermos terminales, el 2% a un dispositivo de rehabilitación.

Los diagnósticos psiquiátricos en los pacientes que fueron dados de alta a domicilio fueron: los trastornos de la personalidad (65,2%), depresión (8,7%), trastorno psicótico (4,4%) y otros trastornos (21,7%). Los diagnósticos psiquiátricos en los pacientes que fueron derivados a unidades psiquiátricas /otros dispositivos fueron: trastorno de la personalidad (34,6%), Trastorno psicótico (27%), depresión (15,4%), otros trastornos (23%). De los pacientes que fueron derivados a unidades psiquiátricas / otros dispositivos, el 65,38% había usado un método violento. De los pacientes que fueron dados de alta a domicilio, el 30,4% había usado un método violento.

En este estudio hallaron que casi la mitad (49%) de los IS graves no tenían un diagnóstico en eje I, y fueron diagnosticados sólo de trastorno de la personalidad. Este resultado difiere de la literatura, que encuentra diagnósticos graves en eje I en la mayoría de IS y suicidio consumado (Cooper-Kazaz R, 2013). Sus resultados sí que se aproximan al estudio de Suominen *et al.*, en el que hallaron en población general valorada en urgencias por IS, una tasa de trastorno de la personalidad del 40% y que no precisaron hospitalización posterior (Suominen *et al.*, 1996).

Cooper-Kazaz refleja que los resultados de su estudio, pueden sugerir una posible escalada en la gravedad de los intentos de suicidio entre la población con trastornos de la personalidad. Los métodos violentos fueron más frecuentes en los hombres, resultados que coinciden con estudios previos. (Cooper-Kazaz R, 2013).

En Israel, a pesar de que las tres religiones del país son monoteístas y prohíben el suicidio, las tasas de suicidio son significativamente menores en la población musulmana que en la judía. Este hecho podría atribuirse a un estilo de vida más orientado hacia la religión en la población musulmana (Lubin, Glasser, Boyko, & Barell, 2001; Morad, Merrick, Schwarz, & Merrick, 2005). Estos datos no coinciden con el estudio de Cooper-Kazaz. La posible explicación podría estar relacionada en las características urbanas de los musulmanes que

viven en el área de Jerusalén, que podrían no diferenciarse de la población judía con riesgo suicida. El hecho de que los musulmanes usaran métodos más violentos, podría atribuirse a que los que viven en el área citada, podrían tener más restricciones/coacciones sociales y demográficas que podrían aumentar el riesgo de suicidio. (Cooper-Kazaz, 2013).

1.3.3. Enfermedades mentales.

La presencia de psicopatología es probablemente el único predictor más importante de suicidio, a pesar de su baja especificidad. Aproximadamente el 90% de casos de suicidio cumplen criterios de un trastorno psiquiátrico, especialmente depresión mayor, trastorno por uso de sustancias, trastornos de la personalidad del cluster B y esquizofrenia. (Arsenault-Lapierre, Kim, & Turecki, 2004; Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003). Sin embargo, a pesar de que la mayoría de suicidas presentan psicopatología, la mayoría de personas con trastornos psiquiátricos no cometen suicidio. Por consiguiente otros factores más allá de los psicopatológicos tienen que estar implicados (Gvion, & Apter, 2011).

Centrándonos en la enfermedad mental como importante factor de riesgo de conducta suicida, numerosos estudios han sugerido que los sujetos que cometen IS o suicidios consumados presentan un elevado índice de trastornos psiquiátricos, aunque muchos estudios se han basado sobre todo en la prevalencia de trastornos mentales en suicidios consumados (Beautrais, et al., 1996). Múltiples investigaciones muestran que los trastornos depresivos son el trastorno psiquiátrico más prevalente entre víctimas jóvenes por suicidio (Gould & Kramer 2001) y que la depresión es un importante factor predictor de muerte por suicidio (Shaffer et al., 1996) y de ISMG (Beautrais et al., 1996).

A continuación haremos referencia a la psicopatología más prevalente en los ISMG de los estudios realizados al respecto.

En el estudio caso-control del grupo de Beautrais hallaron que el 90% de ISMG tenían un trastorno mental en el momento de la tentativa, siendo los más frecuentes: los trastornos afectivos, los relacionados con uso de sustancias, conductas antisociales y los trastornos psicóticos. Los trastornos afectivos fueron los que más contribuyeron en el riesgo de IS. La

comorbilidad también fue elevada: más de la mitad de los sujetos que realizaron un ISMG tenían dos o más trastornos psiquiátricos. Los sujetos valorados por ISMG tenían mayores índices de trastorno mental y comorbilidad con otros trastornos, respecto la muestra control. Sus resultados sugieren que la prevalencia de trastorno mental es igual de elevada en los sujetos que fallecen por suicidio y en los que realizan ISMG (Beautrais et al., 1996).

La presencia de dos o más trastornos mentales, aumenta el riesgo de conductas suicidas (Beautrais et al., 1996; Cheng, 1995).

En un estudio más reciente, al comparar ISMG con IS no médicamente graves, encontraron que los ISMG presentaron de forma significativa, puntuaciones más elevadas en la Escala de Depresión de Beck (Beck et al., 1989). Sin embargo, ni la depresión ni la desesperanza por sí solas, distinguían a los ISMG e IS no médicamente graves, tampoco predecían la letalidad del intento (Levi et al., 2008).

En trabajo de Elliott *et al.*, en el que comparaban ISMG con IS que no requirieron ingreso hospitalario, observaron que los ISMG presentaban con mayor probabilidad trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias (sin criterios de abuso y/o dependencia de sustancias) y cumplían criterios de trastorno bipolar o trastorno límite de la personalidad (Elliott et al., 1996).

En otro trabajo del grupo de Beautrais (Beautrais, 2001) investigan las diferencias /semejanzas de los sujetos que cometen suicidio consumado y los que realizan ISMG. Añadir que en su metodología, la información fue obtenida mediante entrevistas realizadas a personas que conocían muy bien a la persona que había realizado la conducta suicida (*interviews with significant others*). "*Significant others*" fue usado como fuente de información para comparar los tres grupos (suicidio consumado, ISMG, controles), utilizando las mismas bases.

En el grupo de suicidios consumados, la mayoría eran varones (77,7%) y el método de suicidio más frecuente fue la inhalación de gases de combustión de vehículos (36,1%), seguido por el ahorcamiento (29,2%), la intoxicación (medicamentosa /envenenamiento) (13,9%) y en último lugar armas de fuego (11,4%). En el grupo de ISMG, la mayoría fueron

mujeres (54,9%) y el método más frecuente fue la intoxicación (78,2%). Otros métodos fueron: inhalación de gases de combustión (9,3%), cortes/apuñalamiento (6,3%) y el ahorcamiento (3%).

Al comparar suicidio consumado con el grupo control hallaron que el riesgo de suicidio estaba relacionado con una serie de factores que incluían trastornos mentales y factores sociodemográficos y psicosociales. La presencia de un trastorno psiquiátrico (trastorno afectivo y psicosis no afectiva actual) en el momento del suicidio y el antecedente de trastorno psiquiátrico en el pasado, así como la presencia de IS previos, ingreso en hospital psiquiátrico el año previo al suicidio y antecedente de seguimiento psiquiátrico ambulatorio, fueron los predictores más significativos de suicidio en el futuro.

Al comparar ISMG con el grupo control se observó que el riesgo de cometer un ISMG estaba relacionado con una serie de factores que incluían trastornos mentales y factores sociodemográficos y psicosociales. Los ISMG se caracterizaron por mayores tasas de trastornos afectivos, antecedente de IS previos, ingreso en hospital psiquiátrico el año previo al ISMG y antecedente de seguimiento psiquiátrico ambulatorio.

Al comparar el grupo de suicidio consumado con el grupo de ISMG, a pesar de las similitudes entre ambos grupos expuestas previamente, evidenciaron diferencias entre ambos grupos: a) Las psicosis no afectivas fueron un predictor de suicidio pero no de ISMG; b) el sexo fue un predictor de suicidio, pero no de ISMG; c) una relación parental pobre durante la infancia fue predictivo de suicidio pero no de ISMG; d) el aislamiento social fue predictivo de ISMG, pero no de suicidio consumado. Estas diferencias sugieren que mientras los factores de riesgo para suicidio e ISMG fueron similares, sí había diferencias entre ambos grupos.

Los individuos que realizaron ISMG se diferenciaron de los fallecidos por suicidio en que: los suicidios consumados eran de mayor edad, eran con más frecuencia varones y tenían tasas mayores de psicosis no afectivas. Los ISMG tenían mayores tasas de trastornos de ansiedad y presentaban con mayor probabilidad de aislamiento social.

Concluyen que tanto los suicidios consumados como los intentos de suicidio médicamente graves, forman dos poblaciones superpuestas. Los predictores comunes de suicidio y de ISMG incluyen la presencia de un trastorno psiquiátrico en el momento de la conducta suicida, antecedente de intentos de suicidio previos, antecedente de tratamiento y contacto con dispositivos psiquiátricos, bajo soporte social y exposición a eventos estresantes recientes. Se puede considerar que ambos grupos contienen la misma población de riesgo caracterizada por altas tasas de trastorno psiquiátrico, bajo soporte social y exposición reciente a eventos estresantes. También es relevante añadir las altas tasas de intentos de suicidio previos en ambos grupos. Las diferencias entre ambos grupos serían: aquellos sujetos con mayor riesgo de fallecer por suicidio son hombres con psicosis no afectivas. Los sujetos con menor probabilidad de fallecer por suicidio son mujeres con trastornos de ansiedad y contacto social pobre (Beautrais, 2001).

En cambio, en el estudio de Swahn *et al.*, en el que comparan IS de alta letalidad con IS no graves en una población de adolescentes y adultos jóvenes (13 y 34 años), encontraron que en ambos grupos las tasas de depresión fueron elevadas, pero no encontraron que la depresión tuviera una asociación significativa con la gravedad del IS (Swahn et al., 2001).

En el trabajo de Swahn *et al.*, también valoraron otras variables como la solicitud de ayuda en el mes previo al IS y tras la realización del IS. En cuanto a la solicitud de ayuda, en este estudio encontraron que los sujetos que solicitaron ayuda profesional en alguna ocasión en el pasado, tenían menor probabilidad de realizar un IS de alta letalidad. Sin embargo, la solicitud de ayuda el mes anterior al IS no estuvo relacionada con la gravedad del intento, igual que el alcoholismo (Swahn et al., 2001).

Otros trabajos focalizados en determinadas franjas de edad, se presentan a continuación:

En el trabajo de Beautrais (Beautrais, 2002) pretenden aportar un perfil descriptivo de características sociodemográficas, mentales y de salud física, y circunstancias vitales de la población de edad avanzada que comete un ISMG o muere por suicidio. Para usar las mismas bases en la comparación de los tres grupos, la información fue obtenida a partir de entrevistas a individuos cercanos a los sujetos de la muestra y que los conocían bien (*“Interviews with significant others”*).

Al comparar el grupo de ISMG con el de suicidios consumados, no hallaron diferencias en cuanto a la edad. Encontraron que los hombres tenían mayor probabilidad de cometer suicidio y las mujeres ISMG.

Realizaron un análisis comparativo con el grupo de conducta suicida (ISMG y suicidio consumado) y el grupo control. Sus hallazgos fueron los siguientes: El grupo de conducta suicida se caracterizaba por: tasas altas de antecedentes y diagnóstico actual psiquiátrico (en concreto, trastornos del estado de ánimo y trastornos por uso de sustancias), la historia psiquiátrica se reflejaba por altas tasas de ingresos psiquiátricos e IS en el pasado.

En el análisis de regresión logística identificaron los trastornos del estado de ánimo (predominantemente, la depresión mayor) como el factor de riesgo más significativo en la conducta suicida grave. Estimaciones de riesgo atribuible a la población, confirmaron el gran rol de los trastornos afectivos en la conducta suicida en población de edad avanzada, indicando que si fuera posible eliminar los trastornos afectivos, más de tres cuartas partes de la conducta suicida en adultos de edad avanzada, podría ser evitada.

En este estudio enfatizan que, a pesar de que los adultos suicidas de edad avanzada se caracterizan por una serie de factores sociales, familiares y vitales, la mayor contribución del riesgo suicida proviene de los trastornos afectivos. Una implicación clara de este resultado es que el foco principal para la prevención del suicidio en población de edad avanzada, debería ser dirigido en identificar, tratar y gestionar los trastornos afectivos (Beautrais, 2002).

En el estudio de este mismo grupo (Beautrais, 2003b) comparan factores de riesgo suicida en ISMG de una población joven.

La información fue obtenida mediante "*Interviews with significant others*". Una de las variables que recogieron fue la letalidad del método, distinguiendo entre alta letalidad (ahorcamiento, inhalación de gases de escape de vehículo, armas de fuego y precipitación) y baja letalidad (intoxicación medicamentosa/ envenenamiento, cortes y otros métodos).

Hallaron que los fallecidos por suicidio y los ISMG presentaban factores de riesgo similares: presencia de un trastorno del estado de ánimo, tratamiento psiquiátrico, bajo nivel educativo y eventos estresantes. Sin embargo, no todos los factores tenían el mismo peso: los trastornos del estado de ánimo tenían más peso en los ISMG que en los suicidios consumados (es decir, los ISMG tenían mayor probabilidad de tener un trastorno afectivo, respecto los fallecidos por suicidio) y los eventos estresantes tenían más peso en el suicidio consumado que en los ISMG.

Los jóvenes que realizan ISMG y fallecen por suicidio son dos poblaciones superpuestas con factores de riesgo comunes. Los que cometen suicidio tienen mayor probabilidad de ser hombres respecto los ISMG y los ISMG tienen mayor probabilidad de tener un trastorno del estado de ánimo en el momento del intento, respecto los fallecidos por suicidio. La explicación que dan los autores a este resultado es que, a pesar de que la presencia de un trastorno mental (especialmente los trastornos del estado de ánimo) favorezca a la gente joven a realizar intentos de suicidio, el padecer un trastorno mental podría dificultar la efectividad del intento, motivo por el que los trastornos del estado de ánimo son más comunes en aquéllos que realizan un IS grave respecto los que fallecen por suicidio. Los autores sugieren que los trastornos del estado de ánimo pueden jugar un rol etiológico menor en los suicidios consumados (Beautrais, 2003b).

Siguiendo con la identificación de factores de riesgo en los ISMG, se hace referencia al trabajo de Douglas (Douglas et al., 2004), que se plantean lo siguiente:

- 1) Estudiar las características clínicas y demográficas que distinguen los IS más graves
- 2) Determinar si el perfil edad-genero de los IS severos, se asemejan a los sujetos fallecidos por suicidio o a los IS de menor gravedad.
- 3) Describir el manejo clínico de los ISMG;
- 4) Recoger datos sobre las experiencias de los individuos que llevan a cabo un ISMG, incluyendo sus puntos de vista sobre prevención.

Se recogió la información de pacientes que realizaron un IS y fueron valorados en tres departamentos de Urgencias que atienden población del sur y centro de Manchester. Estos

departamentos forman parte de un plan de monitorización de IS, *the Manchester and Salford Self-Harm-MASSH* (Taylor, Cooper, & Appleby, 1999). Los ISMG se identificaron a partir de los documentos del MASSH y de los departamentos de urgencias. Los datos de los ISMG fueron recogidos de las siguientes fuentes: notas clínicas de los departamentos de urgencias o de los servicios médicos donde el paciente permaneció ingresado, notas de los casos sobre la salud mental y de la valoración clínica estandarizada completada para el MASSH por los facultativos de urgencias y psiquiatras. Utilizaron el mismo procedimiento para obtener información de los IS no graves. Los datos cualitativos de los ISMG fueron recogidos a partir de entrevistas con los sujetos, previo consentimiento. La entrevista en los ISMG se centraba en: si estaban en contacto con servicios médicos /psiquiátricos; si solicitaron ayuda previo al IS; razones por las que no quisieron ayuda; y que cree la persona que hubiera podido evitar el IS.

Compararon los IS leves con los ISMG. El método más frecuente de los ISMG fue la intoxicación medicamentosa (74%), siendo la más frecuente la de analgésicos; el segundo método más frecuente fueron las laceraciones (11%) y el ahorcamiento (6%). En el grupo de ISMG el 51% fueron varones y en el de IS leves predominaron las mujeres (40% de varones).

En cuanto al diagnóstico de los ISMG, el diagnóstico principal más frecuente fue la depresión y el diagnóstico secundario más frecuente la dependencia de alcohol. Los ISMG presentaron mayor número de factores clínicos y demográficos indicativos de riesgo suicida e intencionalidad e identificaron cinco variables que estuvieron asociadas independientemente con los ISMG: sexo masculino, estar soltero, IS previos, querer morir e intento de evitar ser descubierto.

Los datos cualitativos fueron recogidos en 35 casos. El 37% (n=13) estaban en seguimiento psiquiátrico en el momento del intento, mientras que el 74% (n=26) habían estado en contacto con el médico de cabecera el mes previo. Sólo el 40% (n=14) había comunicado a servicios médicos miedo de cometer suicidio. Las principales razones que refirieron para no revelar el intento fueron: a) ninguna ayuda sería apropiada para sus necesidades; b) estaban demasiado enfermos para comunicar su angustia/aflicción; c) experiencias previas de actitudes hostiles por parte del personal sanitario tras solicitar ayuda ante una situación de

crisis (médicos de cabecera) o tras un ingreso por IS (personal de enfermería y médico). Diez personas refirieron que no querían ayuda antes del IS, porque sentían que nadie les podía ayudar. La mayoría (25 casos) revelaron que el hecho de haber tenido a alguien con quien hablar, hubiera evitado el IS, el resto de medidas principales fueron: supervisión más cercana por parte de los dispositivos sanitarios, mejor acceso a los servicios y haber sido preguntados directamente sobre el suicidio.

Los ISMG difieren de los IS de menor letalidad en que los primeros presentan: tasas más elevadas de trastorno mental, mayor prevalencia de enfermedad mental en el momento de la valoración y mayor intencionalidad suicida. (Douglas et al., 2004).

Otros autores han estudiado la detección de factores de riesgo de ISMG desde una perspectiva psicodinámica (Fowler et al., 2012). En este trabajo se plantean detectar factores de riesgo de ISMG, un año después de la valoración (formulación psicodinámica).

Realizaron la siguiente valoración, y en el caso de los ingresados, se realizaba seguimiento a un año para detectar los que cometieron ISMG:

- Cuantificaron la puntuación total del IRSI que refleja el grado de inundación afectiva (*affect flooding*), autoesquema negativo (*negative self-schema*) / fragmentación, y test de realidad disminuido, caracterizado por grandiosidad y percepciones ilógicas (Fowler, Hilsenroth, & Piers, 2001).
- La valoración de los pacientes se realizaba al ingreso y después se identificaba, durante un año, los sujetos que habían realizado ISMG tras la valoración. Las conductas fueron clasificadas en no suicida o en ISMG. Para los ISMG se basaron en *The lethality of Suicide Attempt Rating Scales - LSARS-II* (Berman, Shepherd, & Siverman, 2003) y en los criterios de Beautrais. (Beautrais, 2003b).

Identificaron un total de 25 pacientes ingresados que realizaron un ISMG, seleccionaron aleatoriamente 25 pacientes ingresados no suicidas durante el primer año de hospitalización y 25 pacientes ambulatorios sin conducta suicida.

Tras el análisis estadístico, se encontró que la presencia de al menos un IS en el pasado y las puntuaciones elevadas en el Riesgo Implícito para el índice suicida (IRSI) (Fowler et al., 2001), representaba el 60% de la varianza en detectar ISMG. Su principal hallazgo fue que el IRSI era un predictor fuerte para detectar individuos con alto riesgo de ISMG, significativamente mejor que la prevalencia y conocimiento de IS en el pasado (Fowler et al., 2012).

1.3.4. Enfermedades médico- quirúrgicas.

En relación a las enfermedades físicas, hay estudios que han examinado cómo este factor es un riesgo potencial de conducta suicida, especialmente entre la población de edad avanzada (Grabbe, Demi, Camann, & Potter, 1997). Hay muchos estudios que evalúan la relación entre condiciones médicas y conducta suicida, pero esta asociación no se ha estudiado suficiente entre población joven. La importancia de entender la relación entre enfermedad y conducta suicida es relevante por el hecho que las enfermedades médicas son comunes en la población general. Dado que las personas con enfermedades médicas o discapacidad, generalmente tienen un contacto regular con los profesionales de la salud, existen muchas oportunidades para valorar y evitar la conducta suicida. (Ikeda R.M., et al, 2001).

Ikeda *et al.*, estudian la relación entre las condiciones médicas y los ISMG entre población adolescente y adultos jóvenes, mediante la metodología caso- control. Para identificar los ISMG se basaron la *Self-Inflicted Injury Severity Form (SIISF)* (Potter et al., 1998) y en general, incluyeron aquellos casos en los que el sujeto tenía una alta probabilidad de morir si no recibía atención médica urgente o en aquellos casos que utilizaron un método de alta letalidad (ahorcamiento o heridas por arma de fuego). Muchos de los casos, fueron entrevistados semanas después del intento.

De la muestra total, el 16,4% (n=109) refirieron problemas médicos. En el grupo de ISMG, la probabilidad de ser varón era mayor, también refirieron síntomas de alcoholismo, depresión y desesperanza, respecto al grupo control. Los más frecuentes fueron asma, seguido de problemas de espalda y en tercer lugar HIV/SIDA. Los ISMG tuvieron mayor probabilidad respecto al grupo control, de presentar problemas médicos y el riesgo de

intento de suicidio grave se incrementaba con el número de problemas médicos referidos. Las personas con VIH/SIDA tenían mayor probabilidad de realizar un IS respecto a los que no tenían ningún problema médico. Encontraron una asociación entre la presencia de un problema médico y el ISMG entre los varones, pero no entre las mujeres.

Sus hallazgos sugieren que la presencia de problemas médicos está asociado con un incremento del riesgo de ISMG en varones jóvenes. Esta relación se mantiene significativa tras controlar otras variables como la edad, raza y presencia de alcoholismo, depresión y desesperanza. Los autores no encuentran una explicación en cuanto a la diferencia de sexos, aunque sugieren que posiblemente las mujeres tienen mayor adaptación a las enfermedades graves (como el cáncer) respecto a los hombres; por ejemplo, los estilos de afrontamiento de problemas en los hombres puede ser menos efectivo cuando hay una pérdida de control personal, como ocurre con frecuencia ante la presencia de una enfermedad médica (Fife B.L, 1994). Las personas con VIH y aquéllos con problemas psiquiátricos tenían mayor probabilidad de realizar un intento de suicidio, respecto a los sujetos sin problemas médicos. Los autores hacen referencia a que los clínicos, más que valorar la gravedad del problema médico, tendrían que valorar la percepción que tiene el propio paciente de su enfermedad (Ikeda et al., 2001).

En un estudio centrado en sujetos a partir de 55 años de edad, en el que comparaban ISMG con suicidios consumados y un grupo control, las enfermedades médicas no permitían distinguir entre ISMG y el resto de grupos controles (Beautrais, 2002).

1.3.5. Dolor mental, dificultades de comunicación y estilos de apego.

A pesar de la amplia evidencia que sostiene el rol del dolor mental, la depresión y la desesperanza en la conducta suicida y en la autolesión deliberada, la implicación de estos factores en la gravedad del intento de suicidio, apenas ha sido investigada y los pocos estudios que se han centrado en esta cuestión, han presentado resultados contradictorios (Levi, et al., 2008).

El dolor mental ha sido estudiado desde aspectos teóricos, clínicos y empíricos. Probablemente, la mayor contribución es la aportada por Shneidman. Acuñó el nombre de "*psychache*" para denominar el dolor mental insoportable, que surge cuando necesidades esenciales (querer, tener el control, proteger la propia imagen, evitar la vergüenza, culpa y humillación, y sentirse seguro) están amenazadas. En este contexto, aparece una mezcla de emociones negativas como la culpa, vergüenza, desesperanza, deshonor, rabia y derrota. Estos sentimientos negativos se convierten en un estado emocional generalizado de perturbación. El dolor puede ser tan intenso que el individuo puede buscar el escape mediante el suicidio. Postula que el "*psychache*" está directamente asociado con la suicidabilidad y hace de mediador en los efectos de otros factores psicológicos relevantes, como la depresión y la desesperanza, en su asociación con el suicidio. (Shneidman, 1993). El otro dominio, las dificultades de comunicación, engloba los sentimientos subjetivos de soledad, las dificultades de auto-sincerarse (*self-disclose*) y las tendencias esquizoides (Levy et al., 2008).

El grupo de Levi-Beltz *et al.*, realiza varios trabajos sobre dolor mental y dificultades de comunicación en los ISMG. En un primer estudio (Levi et al., 2008) estudian si el dolor mental es un factor general de conducta suicida y si las dificultades de comunicación son un factor de riesgo de los ISMG. Para definir los ISMG se basaron en los criterios de Beautrais, además de utilizar la LRS.

Como esperaban, los ISMG tuvieron una estancia hospitalaria significativamente más prolongada respecto los IS de baja letalidad y presentaron de forma significativa, puntuaciones más elevadas en la SIS (*Suicide Intent Scale*) (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979) y en la LRS. En general, los ISMG usaron métodos más violentos (ahorcamiento, precipitación, etc.), pero las diferencias no fueron significativas.

Al comparar los dos grupos de suicidas, los ISMG presentaron de forma significativa, puntuaciones más elevadas en la BDI (*Beck Depression Inventori*) (Beck, Steer, & Carbin, 1988).

Encontraron que el factor principal que diferenciaba ISMG de los IS no médicamente graves, fueron los problemas de comunicación, reflejados por problemas de

"autorrevelación" (*selfdisclosure*), rasgos esquizoides de personalidad, alexitimia y soledad. En definitiva, estos problemas de comunicación eran un predictor de letalidad y gravedad de la conducta suicida. También hallaron que las variables que comprenden el constructo de dolor mental (evaluado con tres escalas, dos de ellas: BDI y la Escala de desesperanza de Beck), distinguían entre grupo suicida y no suicida, pero no entre los ISMG y los IS de baja letalidad, por lo que no eran predictivos de la letalidad del intento. Encontraron resultados similares con los eventos vitales estresantes. Es decir, ni la depresión ni la desesperanza, por sí solas, distinguían entre ISMG e IS no graves médicamente, tampoco predecían la letalidad médica del intento. (Levi et al., 2008). Una de las limitaciones de este estudio es la muestra pequeña de ISMG y la ausencia de un grupo control psiquiátrico pero sin conducta suicida (Levi-Belz, et al., 2014).

Aunque los resultados sugieren que el dolor mental es un factor contribuyente en ambos tipos de conducta suicida, por sí solo, no es suficiente para conducir a un ISMG. El mismo razonamiento es aplicable para los eventos vitales estresantes (Levi Y, et al 2008).

En relación a los resultados del estudio de Levi-Belz, los autores proponen un modelo de conducta suicida grave. Los eventos vitales estresantes inducen dolor mental en individuos con predisposición, conllevando pensamientos y acciones suicidas. Si el individuo es capaz de pedir ayuda, ya sea por comunicación verbal o por acción (IS no médicamente graves), el proceso puede ser interrumpido. Si el individuo es incapaz de pedir ayuda, la situación se convierte en "imposible". La presión de otros factores, no analizados en este estudio, como la agresión o la rabia pueden provocar un ISMG o el suicidio. Por consiguiente, el dolor mental constante produce un estado insoportable que es potencialmente amenazador para la vida (Levi Y, et al, 2008).

Este mismo grupo propone, en un nuevo estudio (Levi-Belz, et al., 2014), repetir el estudio y ampliar los hallazgos previos, estudiando la interacción entre dolor mental y dificultades en la comunicación en una amplia muestra de sujetos. Al haber muchas características compartidas con sujetos suicidas y sujetos con historia psiquiátrica que no son suicidas, en este estudio añaden un segundo grupo control (controles sanos sin historia psiquiátrica).

Su principal hipótesis es que el dolor mental es un factor general de conducta suicida; las dificultades de comunicación tienen un impacto específico y significativo en la severidad de la conducta suicida; y la interacción entre estos dos factores, aumenta su efecto en la conducta suicida, por encima de la contribución de cada uno, por sí solo.

Los ISMG tuvieron una estancia hospitalaria significativamente más prolongada respecto los IS de baja letalidad y presentaron de forma significativa, puntuaciones más elevadas en la LRS. En general, los ISMG usaron métodos más violentos (ahorcamiento, disparo, etc), pero las diferencias tampoco fueron significativas.

Los resultados confirman hallazgos previos: las dificultades de comunicación y el dolor mental juegan un rol importante en los ISMG, pero la contribución de cada uno es diferente. El dolor mental diferencia los suicidas (ISMG e IS no médicamente graves) de los grupos control (psiquiátrico y sanos). Sin embargo, sólo las dificultades de comunicación distinguían los ISMG de los IS no médicamente graves. Este resultado indica que problemas interpersonales importantes, como poca habilidad para autosincerarse (*selfdisclosure*), tendencias esquizoides y la soledad, son importantes factores de riesgo para IS de mayor letalidad. Además, la interacción entre dolor mental y dificultades en la comunicación explica algunas de las variaciones en la letalidad suicida, por encima y más allá de la contribución de cada componente por sí solo. Teniendo en cuenta que los ISMG por sí solos son un importante factor de riesgo de futuros IS y suicidio consumado (Beautrais, 2004); estas interacciones indican que la combinación de dolor mental y dificultades de la comunicación incrementan el riesgo de conductas letales y la presencia de ambos, puede ser un importante signo de alarma que indique la necesidad de intervención (Levi-Belz et al., 2014).

En cuanto a las dificultades de comunicación como factor específico de riesgo de conductas suicidas más letales, las explicaciones que dan los autores son las siguientes: 1) las personas con dificultades de comunicación no pueden pedir asistencia y por consiguiente, no reciben ningún tipo de soporte. 2) La comunicación social puede jugar un rol central en la organización de la respuesta intrapsíquica para percibir estrés y ansiedad, ayudando a la persona a adquirir cierta perspectiva de su situación (Brown, & Heimberg, 2001). 3) La soledad y la ausencia de soporte social debido a dificultades de comunicación, puede

agravar psicopatología subyacente, que es un importante factor de riesgo de suicidio (Mann, 2002). Las personas que pueden comunicar sus deseos y pensamientos suicidas, tienen mayor probabilidad de ser detectadas y de percibir ayuda, mientras que los individuos solitarios pueden acabar con conductas suicidas más peligrosas (Levi-Belz et al., 2014). La interacción específica entre dolor mental y dificultades en la comunicación se puede conceptualizar dentro de la teoría interpersonal de suicidio. Esta teoría, se basa en que las formas más peligrosas de deseo suicida son causadas por la presencia simultánea de dos constructos: la percepción de ser una molestia para los demás (*perceived burdensomeness*) y sentimiento de pertenencia frustrado (*thwarted belongingness*). (Van Orden et al., 2010). Mientras que la "percepción de ser una molestia para los demás" puede estar en relación con el dominio dolor mental, el "sentimiento de pertenencia frustrado" es un constructo que se solapa con el dominio dificultades en la comunicación (Levi-Belz et al., 2014).

Los resultados de este estudio muestran que mientras el dolor emocional es un componente etiológico del suicidio, el riesgo se multiplica si se acompaña de sentimientos de soledad y alienación por parte de los demás. Este estudio enfatiza en que los dos factores son importantes en los IS más graves y letales. Estos hallazgos resaltan la importancia de la combinación de variables clínicas e interpersonales en el proceso que contribuye a la conducta suicida. Los autores teorizan que la experiencia de dolor intrapsíquico, depresión y desesperanza, pueden formar las bases de la conducta suicida. Cuando se combina con la incapacidad de comunicar el estrés, estos sentimientos permanecen sin dirección, la ayuda no está disponible y pueden tener lugar formas de conducta suicida más grave. La baja capacidad para pedir ayuda y comunicar el malestar emocional, posiblemente interactúa con otros factores (demográficos, antecedentes de conducta suicida) culminando en una tentativa letal. En este estudio, el único diagnóstico valorado en eje II fue el trastorno esquizoide de la personalidad, los autores no descartan que otros trastornos de la personalidad, como el límite y el evitativo, puedan tener riesgo elevado para ISMG (Levi-Belz et al., 2014).

En la misma línea, este grupo de autores (Levi-Belz et al., 2013) realizaron un estudio en el que su objetivo era examinar los mecanismos psicológicos, en concreto los patrones de apego, asociados con los IS de elevada letalidad médica. Escogieron los patrones de apego por su asociación ya conocida con las dificultades de comunicación, que han sido

relacionadas con la letalidad médica del intento, tal y como se ha mencionado en los estudios previos de este mismo grupo.

Su principal hipótesis fue que los patrones de apego ansioso y evitativo, estarían asociados con mayor letalidad suicida y con intencionalidad más grave. Además, esta asociación, estaría mediada por dificultades interpersonales: la ausencia de sinceramiento (*self-disclosure*) (patrón evitativo) y la soledad (patrón ansioso).

Los patrones de apego inseguro (ansioso y evitativo) tienen mayor riesgo de IS de mayor letalidad con mayor intencionalidad suicida. También evidenciaron, tal y como se mencionado en los dos estudios anteriores, que las dificultades interpersonales /dificultades en la comunicación, son predictores independientes de la letalidad de la conducta suicida. Encontraron que el apego inseguro, contribuye indirectamente a la letalidad, a través de las dificultades interpersonales. Los autores sugieren que los patrones de apego pueden jugar un papel subyacente en los IS más graves. La relación de los patrones de apego y la letalidad, podría estar amplificada por la presencia de dolor mental (depresión y desesperanza) y dificultades interpersonales. La explicación que los autores dan a sus resultados es que en el caso del apego evitativo, la percepción negativa de los demás, conlleva a una menor expresión de las emociones y por consiguiente, menor capacidad para solicitar ayuda ante una crisis emocional. En el caso del apego ansioso, su baja autoestima les lleva a verse indignos de recibir soporte y afecto, "son una carga para los demás". Sus dudas sobre su habilidad para conectar con otras personas puede facilitar la soledad y el bajo soporte social y por consiguiente, conducir a conductas suicidas de mayor letalidad (Levi-Belz et al., 2013).

1.3.6. Impulsividad, intencionalidad y desesperanza en los ISMG.

1.3.6.1. Impulsividad.

La impulsividad, un notorio constructo en la mayoría de teorías sobre la personalidad, abarca un amplio rango de conductas que reflejan una precaria autorregulación, una pobre planificación, responder prematuramente antes de considerar las consecuencias, búsqueda de

sensaciones y situaciones de riesgo, una baja inhibición de respuesta y preferencia por recompensas inmediatas (Evenden, 1999; Whiteside, & Lynam, 2009).

A pesar de que muchos estudios han identificado la impulsividad como un factor de riesgo en la conducta suicida (Horesh et al., 1997; Horesh, Gothelf, Ofek, Weizman, & Apter, 1999), se desconoce si incrementa el riesgo de suicidio independientemente de los rasgos de agresividad o si está relacionada con la gravedad médica de los intentos de suicidio (Gvion et al., 2014).

El concepto de impulsividad es complejo y las discrepancias en los resultados de los estudios podrían ser debidas a (Gvion et al., 2011):

- la confusión entre las dimensiones estado y rasgo de la relación impulsividad-suicidio
- la diversidad de definiciones de impulsividad
- las escalas o medidas utilizadas
- la población estudiada.

La literatura no siempre discrimina entre las dimensiones estado y rasgo de la relación impulsividad-suicidio; es decir, la impulsividad del intento (estado) y la impulsividad del sujeto que realiza la tentativa (rasgo). La impulsividad rasgo o estado pueden no solaparse completamente o ser equivalentes (Gvion et al., 2011).

Existe una falta de consenso en la relación entre la impulsividad y la gravedad médica del intento. La contribución de la impulsividad en la gravedad de los IS sólo ha estado investigada recientemente en estudios empíricos y los resultados son diversos (Gvion et al., 2011). Además, sólo algunos estudios han tenido en cuenta la impulsividad estado y rasgo de forma simultánea (Anestis, Selby, & Joiner, 2007; Gvion et al., 2011).

El grupo de Baca-García, afirman que la impulsividad es una característica de los gestos e intentos de suicidio de baja letalidad, mientras que el suicidio planificado abarca elementos

más subjetivos que van desde el resultado deseado y la letalidad percibida del acto suicida. (Mann, et al., 1997; Baca-Garcia et al., 2001; 2005).

Otros autores encontraron elevada correlación entre impulsividad y letalidad. En el trabajo de Dumais *et al.*, confirma que los métodos suicidas violentos estaban asociados a niveles más elevados de agresión e impulsividad a lo largo de la vida. Los autores aplicaron la autopsia psicológica como método de investigación en 310 sujetos que cometieron suicidio (Dumais et al., 2005). En el estudio de Swann *et al.*, se basaron en una muestra de pacientes diagnosticados de trastorno bipolar. Sus resultados fueron que la impulsividad fue elevada en aquellos sujetos con los intentos de suicidio más graves desde el punto de vista médico (Swann et al., 2005).

En cambio en el estudio de Swahn *et al.*, en el que comparan ISMG con IS no graves en una población de adolescentes y adultos jóvenes, no encontraron diferencias significativas en ambos grupos en la realización de un intento de suicidio impulsivo (impulsividad estado). Los IS impulsivos fueron el 24% en el grupo ISMG y el 21,3% en el grupo de IS no graves (Swahn et al., 2001).

A menudo, los IS son impulsivos (Brown, Overholser, Spirito, & Fritz, 1991; Nock et al., 2008; Williams, Davidson, & Montgomery, 1980;) y muchos estudios han identificado la impulsividad como un correlato común y factor de riesgo de conducta suicida (Apter et al., 1991; Apter, Plutchik, & van Praag, 1993; Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999; Nock et al., 2008; Wu et al., 2009). Aunque la impulsividad no caracteriza todos los sujetos que realizan IS, puede servir para identificar subgrupos de alto riesgo. Muchos estudios han encontrado relación entre niveles elevados de personalidad impulsiva y alta probabilidad de intentos de suicidio o ideación suicida. Esta relación se encontró a través de diversas entidades nosológicas (Giegling, et al., 2009; Zouk, Tousignant, Seguin, Lesage, & Turecki, 2006) y también en población no psiquiátrica (Gvion et al., 2011).

Resulta crucial distinguir entre un acto suicida que puede ser impulsivo (o no) y una persona que puede ser impulsiva (o no) (Baca-Garcia et al., 2005).

Estudios recientes han encontrado que a pesar de que los sujetos que realizan IS tienden a ser más impulsivos, respecto los que no realizan IS, la mayoría de casos de suicidio consumado no se ha cometido de forma impulsiva (Anestis et al., 2007).

Los IS impulsivos son poco premeditados y han requerido poca preparación; los IS no impulsivos van precedidos por una preparación y reflexión (Conner, Meldrum, Wieczorek, Duberstein, & Welte, 2004).

La planificación suicida está relacionada, pero no es sinónimo de intencionalidad suicida. La planificación suicida es un constructo más complicado que abarca un elemento más subjetivo dibujado desde el resultado deseado y la letalidad percibida del acto o autolesión (Beck, Schuyler, & Herman, 1974).

Una forma operativa de estudiar la impulsividad del acto suicida es observando el grado de signos objetivos de planificación, mediante la subescala de planificación de la SIS (Baca-Garcia et al., 2001). La subescala de planificación de la SIS consiste en 8 ítems objetivos: 1) aislamiento; 2) tiempo; 3) precauciones tomadas contra el descubrimiento; 4) actuación para conseguir ayuda; 5) actos finales; 6) preparación; 7) nota suicida; 8) comunicación suicida.

Otra vía para evaluar la impulsividad del intento es examinando el tiempo transcurrido desde que el paciente piensa en el acto suicida hasta que lo comete: Williams *et al* (1980) sugieren 5 minutos de premeditación. Otros grupos sugieren 20 minutos (Dorpat, & Ripley, 1960), 2 horas (Li, et al., 2003), y 24 horas (Brent, 1987). A tener en cuenta que el 40% de IS valorados en el hospital por autolesión, refirieron menos de 5 minutos de premeditación (Williams et al., 1980).

En el trabajo de Simon *et al.*, focalizado en IS de alta letalidad, consideran el IS como impulsivo cuando la premeditación es menor a 5 minutos, para diferenciarlo de los IS no impulsivos. En su estudio se plantean las siguientes hipótesis:

- 1) Los IS impulsivos son más frecuentes en aquellos sujetos con otro tipo de comportamientos impulsivos o de riesgo como (peleas, abandono de un empleo sin tener otro trabajo, promiscuidad, haber estado arrestado...)

- 2) El efecto desinhibidor del alcohol inmediatamente antes del acto suicida, puede estar asociado con IS impulsivos
- 3) Los sujetos que realizan IS impulsivos están menos deprimidos respecto los que realizan IS no impulsivos, por lo que se plantea que la depresión y la desesperanza están más asociadas a los IS no impulsivos
- 4) Los sujetos que realizan IS impulsivos, tienen menor capacidad de solicitar ayuda previa al intento.

Los autores se basan en una muestra de población joven que había realizado un IS de alta letalidad. Los IS de alta letalidad los definieron como: 1) aquellos IS con alta probabilidad de fallecer por suicidio si no hubieran recibido atención médica/ quirúrgica urgente; 2) uso de métodos de alta letalidad (disparo, ahorcamiento, heridas causadas por armas).

Encontraron que el 24% de supervivientes de IS de alta letalidad, habían pensado en el intento menos de 5 minutos. Los sujetos que realizaron IS en menos de 5 minutos de tomar la decisión, tenían una menor probabilidad de haber considerado otro método de suicidio, también tenían una alta probabilidad de ser descubiertos y unas expectativas bajas de morir. Estos hallazgos son consistentes con la descripción de IS impulsivos.

Contrario a lo esperado, IS impulsivos tenían mayor probabilidad respecto los IS no impulsivos, de haber verbalizado alguien que consideraron suicidarse, o haber dejado alguna pista. Sin embargo, la naturaleza de dicha comunicación no es clara. El hecho que un tercio de los IS (impulsivos y no impulsivos), verbalizaran a alguien que estaban considerando el suicidio, abre la cuestión de si esta comunicación puede ser una oportunidad para la intervención.

También encontraron una asociación entre el uso de un método violento (disparo, precipitación, ahorcamiento, cortes, quemaduras, contusiones) e intento impulsivo. Este tipo de intentos, a pesar de las elevadas expectativas de ser descubiertos, tienen como resultado probable la muerte. Es razonable esperar que los sujetos que usan otros métodos, aseguren una localización con baja probabilidad de ser descubiertos, y que las expectativas de morir sean altas al tener lesiones más graves debidas a la tentativa. Sin embargo, en este estudio de Simon *et al.*, los IS impulsivos tenían la misma probabilidad de tener lesiones/intoxicaciones

graves similares a los IS no impulsivos. Estos hallazgos son consistentes con el uso de métodos violentos.

Los autores sugieren, que a pesar de la baja planificación y bajas expectativas de morir, los IS impulsivos, representan un claro riesgo de gravedad médica y no son menos graves, a nivel médico, que los IS planificados (Simon et al., 2001).

Los hallazgos de este estudio son consistentes con otros trabajos previos que estimaron que el 50% o más de IS violentos, son impulsivos (Hoberman & Garfinkel, 1988; O'Donnell, Farmer, & Catalan, 1996; Peterson, O'Shanick, & Swann, 1985).

En cuanto a la primera hipótesis, planeada encontraron, como esperaban, que los IS impulsivos eran más frecuentes en aquellos sujetos que habían estado implicados en una conducta violenta concreta: peleas. La explicación que dan a este resultado es que la conducta suicida impulsiva y las peleas difieren en otro tipo de conductas analizadas, en la cantidad de agresividad asociada a las dos primeras. Posiblemente los IS impulsivos están más asociados con la incapacidad de controlar agresión –impulso específico- que con la impulsividad en general.

Sobre la segunda hipótesis, hallaron lo contrario a lo esperado: el uso de alcohol previo al IS no estaba asociado de forma significativa con los IS impulsivos. Sugieren que la secuencia causal de la asociación entre uso de alcohol e IS puede diferir por el tipo de intento (Simon et al., 2001). Mientras los IS impulsivos pueden ser consecuencia directa de la desinhibición causada por el alcohol (Kendall, 1983), los individuos que planean suicidarse pueden consumir alcohol de forma intencionada para incrementar su “convicción” de completar el intento de suicidio (Khantzian, 1985).

En relación a la tercera hipótesis, de acuerdo con lo esperado. A pesar de que los IS impulsivos estaban presentes en pacientes con depresión y sin depresión, la depresión estuvo asociada de forma significativa a los IS no impulsivos (Simon et al., 2001). Mientras que el IS planificado, a menudo está presente en sujetos con problemas de salud mental crónicos, como la depresión, muchas investigaciones han encontrado una tendencia del IS impulsivo a ser precedido por conflictos interpersonales, sugiriendo que los IS impulsivos pueden ser

más una respuesta a dichos conflictos que el deseo de morir (Smith & Crawford, 1986; Williams et al., 1980).

En la cuarta hipótesis, en la que se planteaban que los IS impulsivos tienen menor capacidad de solicitar ayuda, no está apoyada por los resultados. Aunque el porcentaje de IS impulsivos que solicitaron ayuda fue bajo, los resultados no fueron significativos.

Cuando compararon los IS impulsivos y no impulsivos con la muestra control, mediante un análisis multivariante, hallaron que el haber estado implicado en una pelea estaba asociado a un riesgo de IS impulsivo, pero no asociado a un riesgo de IS no impulsivo. La depresión estaba significativamente asociada con un riesgo de IS no impulsivo pero no con un IS impulsivo. La desesperanza estaba asociada tanto a los IS impulsivos como no impulsivos. Posiblemente el sentido de ambivalencia sobre el futuro es un componente presente tanto en los IS impulsivos como no impulsivos. Para muchos sujetos que realizan IS, la desesperanza combinada con el dolor de la depresión puede incrementar el deseo de morir, contribuyendo a la ideación suicida y a IS más premeditados. Una minoría de sujetos que realizan IS, pueden experimentar pocos síntomas de depresión, pero pueden tener una ambivalencia sobre el futuro, combinado con una dificultad para controlar los impulsos agresivos, lo que incrementa el riesgo de IS impulsivos (Simon et al., 2001). Esta perspectiva es consistente con el trabajo de Apter *et al.*, que definen al menos dos tipos de conductas suicidas: “deseo planificado de morir” (depresión) y “sentimientos y pensamientos del momento” (control impulsivo) (Apter et al., 1995).

Algunos estudios indican que los suicidios impulsivos no son muy frecuentes. Baca-García *et al.* valoraron la impulsividad del intento (estado) y la del sujeto (rasgo) en una muestra de pacientes ingresados. Encontraron que la impulsividad del sujeto (rasgo) no era un buen predictor de impulsividad en el intento suicida y que los intentos no impulsivos fueron más letales comparado con los IS impulsivos (Baca-García et al., 2001). Estos hallazgos resaltan la importancia de la planificación y la preparación para determinar la letalidad (Gvion et al., 2011). Witte *et al.*, hallaron en una muestra de adolescentes que los sujetos que realizaron el IS sin planificación eran menos impulsivos que aquéllos que realizaron el IS con planificación (Witte et al., 2008).

Otros autores enfatizan en el rol mediador de la intencionalidad de morir en el momento del IS (Gvion et al., 2014). En el estudio de Hawton observó que menos del 50% de los sujetos con historia de IS previos, querían realmente morir. Definió los intentos como actos impulsivos poco planificados (Hawton, 1986). La conducta suicida impulsiva se mueve en el rango desde escapar de una situación poco tolerable hasta la manipulación (Carballo et al., 2006).

El grupo de Gvion (Gvion et al., 2014) se plantea evaluar los efectos relativos de la agresividad y la impulsividad en la letalidad de los IS. Formulan la siguiente hipótesis: la impulsividad y la agresividad diferencia entre sujetos que realizan IS y los que no realizan IS. También diferencia entre ISMG e IS no médicamente graves.

Encontraron que la impulsividad está asociada a la conducta suicida, tal y como coincide con la amplia literatura al respecto (Nock et al., 2008; Wu et al., 2009; Gvion et al., 2014). Sin embargo, no encuentran que la impulsividad esté relacionada con la letalidad del intento suicida: ni la impulsividad estado ni la impulsividad rasgo diferencia los ISMG de los IS no graves desde el punto de vista médico (Gvion et al., 2014).

Los resultados de Gvion *et al.*, difieren de otros trabajos (Dumais et al., 2005; Maser et al., 2002) que defienden la impulsividad rasgo como riesgo de suicidio consumado. En modelos de conducta suicida que incluyen un factor de desinhibición, la impulsividad incrementa el riesgo cuando se combina con depresión (Apter et al., 1993). Sin embargo, todos estos estudios, se basaban en pacientes diagnosticados de trastornos afectivos, mientras que en el estudio de Gvion los pacientes con IS tenían una variedad de trastornos psiquiátricos (Gvion et al., 2014).

En cuanto a la impulsividad estado, muchos estudios sugieren que los IS impulsivos suelen estar precedidos por conflictos interpersonales /otro tipo de crisis y sirven como respuesta a dichos conflictos (Gvion et al., 2014). La planificación y preparación es importante a la hora de determinar la letalidad del suicidio y es utilizado de forma común como indicador de la impulsividad estado (Gvion et al., 2011; Witte et al., 2008). Sin embargo, mucha gente fallece por suicidio sin apenas planificación (Conner et al., 2004). A pesar de que la letalidad de estos actos puede depender de factores circunstanciales (por ejemplo, la

accesibilidad al método letal), la planificación puede ser un constructo mucho más complejo de lo que se piensa (Gvion et al., 2014). La planificación y la intencionalidad suicida, pueden solaparse, pero la planificación requiere de habilidades cognitivas, conocimiento y suerte (Gvion et al., 2014).

En el trabajo de Giner *et al.*, en el que estudian de forma retrospectiva una amplia muestra de intentos de suicidio divididos en tres grupos: IS graves, IS violentos e IS no graves y no violentos; no encontraron diferencias significativas en impulsividad o agresividad entre los diferentes tipos de intento de suicidio.

Definieron los IS violentos a partir de los criterios de Asberg y colaboradores (Asberg et al., 1976). En la Tabla 2 se recogen los métodos considerados violentos por Giner et al., (2014).

Tabla 2. Intento de suicidio violento (Giner et al., 2014).

- ahorcamiento	-quemaduras
- uso de armas de fuego	-Inhalación de gas
-precipitación	-Ahogamiento
-cortes graves profundos	-Electrocución
-estrellarse con el coche	-Arrollarse al tren

Esos resultados coinciden con investigaciones previas en las que sugieren que la impulsividad y la agresividad no determinan el resultado del IS (Baca-García et al., 2001). Estos últimos autores, en otro estudio, señalan que la impulsividad o agresividad como estado y no como rasgo, están asociados con actos suicidas (Baca-García et al., 2005).

La estimación de la proporción de intentos de suicidio realizados de forma impulsiva, varía ampliamente, dependiendo de los criterios utilizados para definir la conducta impulsiva y de la muestra a estudio (Simon et al., 2001).

El rol de la impulsividad y la agresividad en el suicidio y en la letalidad suicida, debe ser reconsiderado, dadas las diferencias entre las definiciones utilizadas en los estudios, métodos utilizados y la población seleccionada. En muchos estudios no se ha incluido un

grupo psiquiátrico no suicida o pacientes psiquiátricos con impulsividad-agresividad. Otros no se ha considerado el nivel de la seriedad médica del intento (Gvion et al., 2014).

1.3.6.2. Intencionalidad suicida.

La intencionalidad suicida se define como la seriedad o intensidad del sujeto en desear acabar con su vida (Beck et al., 1974).

La intencionalidad suicida tiene dos componentes: componente objetivo, que define las circunstancias alrededor del acto (precauciones para evitar ser descubierto, preparación del intento, presencia de nota, grado de aislamiento), y un componente subjetivo que define las declaraciones sobre las intenciones del sujeto (pensamientos y sentimientos en el momento del intento, finalidad, expectativas de morir, grado de ambivalencia sobre vivir) (Beck et al., 1974). Debido a que ambos componentes pueden solaparse, las características específicas de cada uno, necesitan ser exploradas en relación a la letalidad y la gravedad del intento (Freedenthal, 2007).

En cuanto a las circunstancias alrededor del acto, la presencia de nota suicida se considera uno de los marcadores de gravedad del intento suicida y aporta información sobre los pensamientos de las víctimas antes de la conducta. (Salib, El-Nimr, & Yacoub M, 2002; Shah, & De, 1998). Sin embargo, la incidencia de notas es controvertida, debido a deficiencias metodológicas, como la obtención de dichas notas (Kuwabara et al., 2006). Además, estudios previos que compararan grupos que deja notas suicida versus grupos sin nota suicida, obtienen resultados contradictorios (Salib et al., 2002). Estas discrepancias pueden ser debidas a muestras pequeñas, variaciones raciales o análisis estadísticos inadecuados (Kuwabara et al., 2006).

El estudio realizado en Japón de Kuwabara *et al.*, aunque se basa en suicidios consumados y no en intentos de suicidio, examinan la incidencia de notas suicidas y las diferencias entre los que dejan nota de suicidio y los que no. La incidencia de notas de suicidio fue del 30,1%, de éstos el 29,7% fueron varones y el 30,8% mujeres. Las diferencias significativas entre ambos grupos fueron las siguientes: entre los sujetos que dejaron nota suicida, había

una mayor proporción de mujeres, vivían solas y el método suicida más frecuente fue la inhalación de monóxido de carbono, el ahorcamiento y el uso de instrumentos cortantes. Por otra parte, los sujetos que no dejaron nota suicida, tenían mayor tendencia a cometer suicidio debido a enfermedad física y trastorno psiquiátrico y/o antecedente de trastorno psiquiátrico previo.(Kuwabara et al., 2006). Comparando estos resultados con otros estudios, algunos hallazgos como el género y la presencia de antecedentes psiquiátricos coincide con algunos estudios previos, pero no con otros. Los autores atribuyen la discrepancia con algunos estudios por diferencias culturales y en el análisis estadístico (Kuwabara et al., 2006).

La intencionalidad es mayoritariamente considerada una dimensión independiente de la letalidad en la conducta suicida (Haw, Hawton, Houston, & Townsend, 2003; Hawton, 2001) y en el riesgo suicida (Harris, Hawton, & Zhal, 2005; Suominen, Isometsä, Ostamo, & Lönnqvist, 2004). Sin embargo, algunos estudios encuentran una asociación entre ellas (Diaz et al., 2003; Sudhir Kumar et al., 2006b), otros no han encontrado dicha asociación (Hjelmeland, & Groholt, 2005). También es posible que algunas variables modulen la relación entre intencionalidad y letalidad, como un conocimiento preciso de la letalidad del método utilizado (Brown, Henriques, Sosdjan, & Beck, 2004). Altos niveles de intencionalidad suicida estaban asociados a intentos más letales, pero sólo en aquellos casos en los que el sujeto tenía unas expectativas más precisas sobre la probabilidad de fallecer por el intento (Beck et al., 1975).

Sin embargo, hay estudios que han mostrado que a pesar de que las expectativas y deseos de morir son factores de riesgo importantes, tienen poco valor predictivo (Mann, 2002).

Muchos investigadores, defienden que la intencionalidad suicida puede ser una mejor guía para conocer los deseos de morir de los pacientes, más que la letalidad (Hawton, 2001; Suominen et al., 2004). Sin embargo, esta suposición es todavía controvertida (Harris, & Hawton 2005).

A pesar de que investigadores han asumido que la alta intencionalidad suicida tiene como consecuencia intentos más letales, muchos estudios no han confirmado dicha asociación (Brown et al., 2004). De hecho, diversos estudios han encontrado una baja correlación entre

intencionalidad suicida y letalidad médica en los sujetos que cometen IS (Beck et al., 1975; Goldney, 1981, Power, Cooke, & Brooks, 1985; Rosen, 1970).

Muchas variables podrían modular la relación entre intencionalidad suicida y el grado de letalidad médica, siendo la más relevante las expectativas del sujeto sobre el posible resultado de la conducta autolesiva (Brown et al., 2004).

Brown *et al.*, se proponen replicar el estudio de Beck (Beck et al., 1975) para estudiar la asociación entre intencionalidad y letalidad. A partir de una muestra de pacientes atendidos en un hospital por IS, los dividieron en tres grupos, en función de la puntuación de la Escala de Letalidad de Beck (*Lethality Scale -LS-*)(Beck et al 1975): baja, moderada y elevada letalidad médica. Administraron la Escala de intencionalidad suicida de Beck (SIS) (Beck et al., 1974) y evaluaron las expectativas que tenían los sujetos sobre el resultado de la conducta suicida a partir del ítem 11 de la SIS. Expectativas se definían como precisas si coincidían con la clasificación de la letalidad médica observada. (1-esperaban morir del IS y realizó un IS de alta gravedad médica, 2-expectativas inciertas y realizó un IS de moderada gravedad médica, 3- no esperaba que el IS fuera letal y realizó un IS de baja letalidad).

En la muestra total, las expectativas sobre la letalidad del IS, no se asociaban con la letalidad médica observada. Los sujetos con expectativas precisas, eran aquellos que sus expectativas coincidían con la clasificación de la letalidad médica observada.

Los autores encontraron una asociación mínima entre intencionalidad suicida y letalidad médica. Sin embargo, aquellos pacientes con expectativas precisas sobre la probabilidad de morir por el IS, la letalidad médica era proporcional al grado de intencionalidad suicida, confirmando los estudios de Beck *et al.* Además encontraron una interacción significativa entre expectativas precisas y el grado de intencionalidad suicida en la gravedad médica del intento. Los pacientes tenían mayor probabilidad de realizar un IS de alta letalidad cuando tenían unas expectativas precisas de morir y niveles altos de intención de cometer suicidio (Brown et al., 2004).

La relación entre intencionalidad y letalidad no es clara (Haw, et al., 2003). Hay estudios que han encontrado asociación (Goldney, 1981, Power et al., 1985) como ya se ha

mencionado previamente. Otros, no han encontrado relación (Eaton & Reynolds 1985; Plutchik, Van Praag, Picard, Conte, & Korn 1989). Muchos estudios hacen referencia en la asociación entre intencionalidad y letalidad. Sin embargo, los métodos utilizados para medir la letalidad son poco sensibles, por ejemplo: división de la muestra en dos grupo (alta y baja letalidad) o de forma indirecta, basándose en el tipo de unidad médica que ingresa el paciente. Algunos estudios se basan en la gravedad médica del IS y otros en la letalidad potencial. (Haw et al., 2003).

El grado de intencionalidad suicida asociada al IS, puede ayudarnos a identificar los pacientes que desean morirse, más que la letalidad potencial. Además, no todos los pacientes tienen un conocimiento riguroso de la peligrosidad del método. (Haw et al., 2003).

En el siguiente estudio (Sudhir Kumar et al., 2006b) se proponen identificar y estudiar las características de los sujetos con alta intencionalidad suicida, mediante la SIS. Esta escala ha demostrado una sensibilidad del 69% y una especificidad del 70% para predecir ingresos psiquiátricos tras un IS (Baca-Garcia et al., 2004).

El estudio de Sudhir Kumar *et al.*, realizado en el Sur de la India, no especifica los criterios utilizados para definir los ISMG. En su trabajo explican que los pacientes son inicialmente valorados en Urgencias y posteriormente ingresados en unidades médicas o quirúrgicas para tratamiento. Mediante la SIS, dividieron la muestra en IS de alta intencionalidad e IS de baja intencionalidad (Sudhir Kumar et al., 2006b). Tomaron como punto de corte una puntuación mayor o igual a 11 para los IS de alta intencionalidad y menor de 11 para los de baja intencionalidad (Baca-Garcia et al., 2004).

Encontraron que los IS de alta intencionalidad eran mayoritariamente varones y solteros, en relación a los IS de baja intencionalidad. La mayor prevalencia de hombres es una característica común de los IS graves en la mayoría de estudios realizados en países del oeste (Haw et al., 2003; Sudhir Kumar et al., 2006). La prevalencia de trastorno mental fue también significativamente mayor en los IS de alta intencionalidad, siendo los diagnósticos más prevalentes los trastornos depresivos (49%) y la esquizofrenia (4.8%). La mayor prevalencia de depresión coincide y difiere con otros trabajos. Los autores del estudio, alegan que la comparación con otros estudios es difícil, debido a diferencias en la selección

de la muestra y métodos diagnósticos. También plantean que la depresión puede estar más asociada a los IS con alta intencionalidad suicida que con la letalidad. No encontraron diferencias significativas con otros diagnósticos. Sorprendentemente, encontraron una proporción pequeña en el grupo de IS de alta intencionalidad que tuvieran el diagnóstico de dependencia de alcohol, a diferencia de otros estudios. Ante este hallazgo, los autores sugieren que posiblemente aquellos sujetos con dependencia de alcohol cometen IS como un acto impulsivo y con baja intencionalidad suicida. El número de eventos estresantes el mes previo a la tentativa, también fue mayor en el grupo de IS de alta intencionalidad. Posiblemente el efecto de los eventos vitales estresantes podría estar mediado por la depresión. En cuanto al método, tomando la muestra total, el 46% de la muestra total realizó ingesta de compuestos organofosforados, este hecho se explicaría por la accesibilidad de este método en la India, sin encontrar diferencias significativas entre ambos grupos. El 12% de la muestra que utilizó la inmolación, pertenecían en su totalidad a los IS de alta intencionalidad. De hecho la asociación entre IS violentos e alta intencionalidad suicida fue demostrada en otros estudios (Astruc et al., 2004). No hubo diferencias significativas con otros métodos en ambos grupos. Otras variables en las que no encontraron diferencias significativas, como el nivel educativo, podría explicarse por aspectos socioculturales del país y posiblemente no extrapolables a países del oeste (Sudhir Kumar et al., 2006b).

En un estudio reciente (Horesh et al., 2012) se investigó la relación entre intencionalidad y letalidad en ISMG e IS no medicamento graves y examinaron la relación de variables psicológicas y clínicas específicas con los componentes subjetivos y objetivos de la intencionalidad suicida. Para definir los ISMG, se basaron en los criterios del grupo de Beautrais, especificados previamente. También administraron la LRS. Los ISMG habían tenido una estancia media de 19 días (SD=30 días).

Sus resultados fueron los siguientes: los pacientes que realizaron un ISMG tenían de forma significativa, mayores puntuaciones en la SIS y mayores puntuaciones en las subescalas objetiva y subjetiva, respecto los IS no graves. Estos resultados coinciden con otros estudios previos (Harris et al., 2005; Sudhir Kumar et al., 2006b; Sisask, Kolves, & Värnik, 2009), pero no con todos. Esta discrepancia, podría explicarse por las diferencias entre los diferentes trabajos en los métodos utilizados para evaluar la letalidad y la exclusión en

algunos estudios de los intentos de alta letalidad, tal y como hace referencia algunos autores (Haw et al., 2003).

En el estudio de Horesh *et al.*, el 75% de la muestra total pensaba que la "muerte era segura" (ítem 14), independientemente de la gravedad médica del intento (Horesh et al., 2012). También la mayoría de pacientes "querían morir" (ítem 9). Estos resultados coinciden con otro estudio (Brown et al., 2004) en el que la expectativa de morir fue alta en los tres niveles de letalidad examinados. En el estudio Douglas *et al.*, sólo los IS de mayor gravedad médica, tenían mayor intencionalidad suicida (Douglas et al., 2004).

Giner *et al.*, encontraron que los IS graves y los IS violentos presentaron puntuaciones altas en planificación y expectativas de letalidad en la Escala de Intencionalidad de Beck (*Suicide intent Scale -SIS*), respecto los IS no graves y los IS no violentos. También, estos dos grupos (IS graves e IS violentos), presentaron puntuaciones altas en la Escala de Riesgo y Rescatabilidad (*RRRS*) que mide el riesgo del intento y las probabilidades de ser descubierto y rescatado, respecto los IS no graves e IS no violentos. Al comparar IS graves con IS violentos, hallaron que los IS violentos presentaron puntuaciones altas en el factor de rescatabilidad de la *RRRS* (probabilidades de ser descubierto o rescatado) respecto los IS graves. En cuanto a los factores de riesgo de la *RRRS* (el riesgo médico del intento), no encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (Giner et al., 2014).

1.3.6.3. Desesperanza.

Investigaciones previas, han identificado la desesperanza como un importante predictor de fallecimiento por suicidio en adultos (Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1989; Beck, Brown, & Steer, 1989; Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985; Glanz, Haas & Sweeney, 1995; Weishaar, & Beck, 1992) y en jóvenes (Shaffer et al., 1996). Además, hay estudios que muestran que los ISMG tienen mayor probabilidad de referir desesperanza respecto una muestra control (Beautrais, Joyce, & Mulder, 1999).

En el estudio de Swahn *et al.*, en el que comparan IS de alta letalidad con IS no graves, encontraron que los individuos con mayor desesperanza tenían menos probabilidad de realizar un ISMG, respecto los que no presentaban desesperanza (Swahn et al., 2001).

Beautrais (Beautrais, 2004), en su estudio prospectivo, realiza el análisis de predictores de conducta suicida, identificaron tres predictores de futuros intentos de suicidio: la desesperanza (mayor puntuación en la Escala de Desesperanza de Beck) estaba asociada a un riesgo incrementado de nuevos intentos de suicidio. Este resultado podría sugerir que la percepción del futuro del individuo en el momento del ISMG era, de algún modo, pronóstico de su futura suicidabilidad. Los otros dos predictores de futuros IS fueron: presencia de al menos un IS los 5 años previos al ISMG y al menos un ingreso en un hospital psiquiátrico el año previo al ISMG. Se combinaron estos tres factores para crear una puntuación predictora, pero la predicción de futuros IS fue modesta. En el caso de predictores de suicidio, a pesar de que la tasa de suicidio fue demasiado baja, identificaron como factores un buen nivel académico y una serie de reacciones expresadas sobre el ISMG: gran deseo de haber muerto por el intento, ausencia de alivio por haber sobrevivido y pensamientos de realizar un nuevo intento. Estos resultados sobre suicidio confirman conclusiones previas: que ocurra el evento suicidio (incluso en poblaciones de alto riesgo) es demasiado baja para identificar aquellos individuos con probabilidad de morir por suicidio, respecto los que no (Beautrais, 2004).

Hay autores que no han encontrado que la desesperanza pueda diferenciar los IS sin compromiso médico, respecto los de alta letalidad (Levi et al., 2008). Problemas de comunicación tienen un efecto significativo en la letalidad del IS, mientras que el dolor mental, la depresión y la desesperanza no (Horesh et al., 2012; Levi et al., 2008).

1.3.7. Alcohol e intentos de suicidio previos.

1.3.7.1. Alcohol.

Los trastornos por consumo de alcohol son predictores consistentes de pensamientos y conducta suicida (Henriksson et al., 1993, Ilgen et al., 2010; Sher, 2006) y estos trastornos son más frecuentes en los individuos que fallecen por suicidio respecto los que fallecen por otras causas (Pirkola, Isometsä, Heikkinen, & Lönnqvist, 2000).

El consumo de alcohol se ha identificado como un factor de riesgo de IS en sujetos con y sin trastornos por consumo de alcohol (Giancola, 2002; Hufford, 2001). La ingesta de alcohol ha sido considerada durante mucho tiempo un importante y probable factor causal en la conducta suicida (Powell et al., 2001).

Tanto el consumo agudo como crónico de alcohol, está asociado con la conducta suicida. Sin embargo, la relación divergente de cada uno de los componentes del consumo de alcohol y de los posibles mecanismos causales es confusa (Cherpitel, Borges, & Wilcox, 2004).

Existe relación causal entre la cantidad de alcohol ingerido y el suicidio (Beautrais et al., 1996; Murphy, & Wetzel, 1990). Aunque el mecanismo de asociación no es conocido (Powell et al., 2001; Cherpitel CJ et al., 2004), la relación entre el consumo de alcohol y el suicidio se podría explicar por tres tipos de vías (Powell et al., 2001):

- El riesgo de suicidio puede estar relacionado con la frecuencia o cantidad de alcohol consumido (Caces, & Harford, 1998).
- Puede existir relación entre la dosis-respuesta del consumo de alcohol y la conducta suicida (Borges, & Loera, 2010).
- El suicidio puede estar relacionado con la dependencia de alcohol (Grant et al., 1994).
- El suicidio puede estar relacionado con el contexto /situación en el que se consume alcohol (Fagan, 1989).

La intoxicación aguda de alcohol, por sí misma, puede actuar como desencadenante de los pensamientos suicidas y de los intentos en individuos de riesgo (Moscicki, 1997).

El consumo de alcohol en el momento del suicidio es común, aunque las tasas varían sustancialmente de un país a otro. El alcohol también puede influenciar en la letalidad potencial de método suicida. (Klimkiewicz et al., 2012).

Cherpitel *et al.*, realizaron una revisión sobre las asociaciones entre consumo agudo de alcohol (con y sin intoxicación) y conducta suicida (intentos de suicidio y suicidio

consumado) en adultos mayores de 18 años. La mayoría de artículos revisados fueron restringidos a estudios descriptivos que documentaban la prevalencia de sujetos fallecidos por suicidio o que realizaron tentativas y que dieron positivo a un test de alcoholemia. Encontraron un amplio rango de sujetos que dieron positivo al test de alcohol en sujetos fallecidos por suicidio (10-69%) y en individuos que realizaron intentos de suicidio (10-73%). Los resultados de la revisión mostraron un alto riesgo de suicidio durante o poco después del consumo de alcohol en comparación con periodos libres de consumo (Cherpitel et al., 2004).

En la misma línea, un estudio a partir de una muestra de pacientes atendidos en un servicio de urgencias en Francia, valoraron la prevalencia de consumo reciente de alcohol en sujetos que realizaron intentos de suicidio y compararon los que consumieron alcohol previo a la tentativa respecto los que no consumieron. Encontraron que el 40% de los pacientes atendidos por un IS, habían consumido alcohol en las últimas seis horas ("alcohol +"). Los pacientes del grupo "alcohol +" fueron de mayor edad respecto los sujetos que no consumieron ("alcohol -"). El trastorno por abuso de alcohol fue más frecuente en el grupo "alcohol +" (49%), respecto a los que no consumieron previo a la tentativa (12%). El trastorno por dependencia de alcohol también fue más frecuente en el grupo "alcohol +" (43%), respecto a los que no consumieron (9%). Los pacientes del grupo "alcohol +" consumían más alcohol al día, presentaban más episodios de intoxicación enólica, consumían con mayor frecuencia en solitario y por la mañana, respecto al grupo "alcohol -". También la prevalencia de trastornos por dependencia a otras sustancias fue mayor en el grupo "alcohol +" (21% versus 3%) respectivamente (Lejoyeux et al., 2008).

Más centrado en intentos de suicidio grave, en el trabajo de Powell *et al.* Se plantean investigar los diferentes mecanismos e identificar aquéllos que son más importantes para identificar los individuos con alto riesgo suicida, a partir de una muestra de pacientes jóvenes que realizan IS de alta letalidad. Para su realización, identifican seis medidas de exposición al alcohol: frecuencia y cantidad del consumo, abuso de alcohol, dependencia de alcohol, consumo las 3 horas previas al IS, edad de inicio del consumo de alcohol.

Los métodos más frecuentes fueron los siguientes: inhalación, ingesta o inyección de drogas fue en el 67% (n=103); por arma de fuego el 11% (n=17); cortes el 8% (n=13);

ahorcamiento el 5% (n=8); otros métodos el 3% (n=5); y mediante la combinación de dos métodos (ingesta, cortes y ahorcamiento) en el 5% (n=7).

En su modelo, tras el ajuste de variables demográficas hallaron que todas las medidas de exposición estaban directamente y de forma significativa, asociadas a los IS de alta letalidad. Sus resultados fueron que la dependencia de alcohol fue más importante que la frecuencia, cantidad de consumo y que el abuso de alcohol, como medida de riesgo suicida. Encontraron una fuerte e independiente asociación entre consumo de alcohol las 3 horas previas al IS y los IS de alta letalidad (Powell et al., 2001).

En cambio, en el estudio de Elliott *et al.*, en el que comparan ISMG con IS no médicamente graves, no encuentran diferencias entre ambos grupos en relación al abuso/dependencia de alcohol y/o otras sustancias o el consumo de alcohol y/o otro tóxico en el momento de la tentativa. Este grupo atribuye que sus resultados pueden ser porque otras investigaciones centradas en la presencia de abuso de alcohol/otros tóxicos y comorbilidad con trastornos afectivos, han demostrado un aumento del riesgo de IS, pero no han investigado su relación con la gravedad del intento (Elliott et al., 1996).

Swahn *et al.*, en su estudio comparativo de ISMG con IS no graves en adolescentes y jóvenes adultos tampoco encontraron diferencias significativas en ambos grupos en relación al alcohol. Estos autores concluyen que el alcoholismo reduce el riesgo de suicidio en edades tempranas pero aumenta el riesgo en edades avanzadas, debido a la duración de los problemas relacionados con el alcohol (Swahn et al., 2001).

En cambio, Sher *et al.*, encontraron que el consumo agudo de alcohol incrementa la letalidad del intento en una muestra de pacientes diagnosticados de trastornos del estado de ánimo (Sher et al., 2009).

Es importante tener en cuenta aspecto socio-culturales a la hora de comparar los resultados de los estudios: por ejemplo, en estudios realizados en población China sobre ISMG, la comorbilidad de sustancias, y en concreto, el consumo de alcohol, fue más elevado en los sujetos de mayor edad. También el consumo de alcohol en el momento del intento fue más

elevado en los sujetos de mayor edad que también presentaban mayor premeditación (Zhao et al., 2010).

Los alcohólicos tienen un riesgo de suicidio entre 60 y 120 veces superior al de la población general sin patología psiquiátrica (Nock et al., 2008).

El estudio de Klimkiewicz *et al.*, se basa en una muestra de pacientes con trastorno de dependencia de alcohol que refirieron un IS a lo largo de su vida. Está realizado en población de Polonia donde los IS bajo la influencia del alcohol son especialmente relevantes. En este trabajo examinan la correlación de IS durante un episodio de consumo importante / intoxicación (*heavy drinking episode*) en pacientes con dependencia de alcohol. Su hipótesis es que factores que ya habían sido relacionados con IS en sujetos dependientes de alcohol (impulsividad, indicadores de mayor gravedad de adicción y problemas psiquiátricos) tendrán una asociación fuerte con los IS relacionados con alcohol, respecto los IS sin consumo de alcohol. A los participantes se les solicitó que identificaran los IS de mayor gravedad. En este estudio no especifican los criterios que utilizan para los IS graves. Clasificaron a los pacientes en dos grupos: a) sujetos que realizaron su IS más grave durante un episodio de intoxicación de alcohol; b) sujetos que realizaron su IS más grave fuera de un episodio de intoxicación.

En la muestra había un predominio de varones (72,6%), edad media de 41,4 años y todos los participantes eran europeos caucásicos. Un 69,9% (n=79) de la muestra refirió que el IS más grave fue en el contexto de un episodio de intoxicación (*heavy drinking episode*). En los IS relacionados con intoxicación de alcohol, hubo un predominio de varones (82,3%); en la mayoría de casos el intento no fue planificado; los sujetos eran más jóvenes, respecto al grupo que realizó IS graves sin intoxicación de alcohol; tenían problemas relacionados con el consumo de alcohol de inicio más temprano y una dependencia de alcohol más grave, respecto al grupo que realizó IS graves sin intoxicación de alcohol. A tener en cuenta, que sólo el 44% de mujeres del estudio refirió un IS en el contexto de intoxicación de alcohol. Este hallazgo, indica la importancia de considerar el rol de la intoxicación en los IS en hombres con trastornos por uso de sustancias (Klimkiewicz et al., 2012).

En cuanto a la impulsividad, los resultados coinciden con otros estudios con pacientes no dependientes de alcohol en los que la impulsividad elevada es un factor de riesgo de suicidio en sujetos que realizan abuso de alcohol (Lejoyeux et al., 2008).

Klimkiewicz *et al.*, indican que esta asociación encontrada en sujetos sin dependencia de alcohol, no es sólo simplemente por la impulsividad (que aumenta tanto la probabilidad de realizar una intoxicación de alcohol como la de realizar un IS no planificado) sino que puede estar relacionado con los efectos específicos del alcohol en las intoxicaciones (Klimkiewicz et al., 2012).

Estos resultados sugieren que el alcohol puede incrementar la probabilidad de conductas suicidas no planificadas aumentando los sentimientos de depresión, así como la impulsividad (Bagge, & Sher, 2008). Por consiguiente, en los episodios de intoxicación, los sujetos pueden experimentar un aumento significativo del afecto negativo y una disminución de la habilidad para controlar conductas impulsivas y auto-destructivas, como puede ser un intento de suicidio. El rol de los episodios de intoxicación graves y prolongados, pueden ser relevantes en las conductas suicidas de los sujetos con un trastorno por consumo de alcohol (Klimkiewicz et al., 2012).

1.3.7.2. Intentos de suicidio previos.

La mayoría de estudios muestran que el haber realizado IS en el pasado es un importante predictor de muerte por suicidio (Shaffer et al., 1996) y que la mitad de los sujetos que han realizado un ISMG tenían como antecedente IS previos (Beautrais et al., 1996). Otro estudio halló lo contrario: los ISMG presentaron menor número de IS previos, respecto los IS no médicamente graves. Otro dato al que hacen referencia es que los IS leves realizaron su primer IS a mayor edad respecto los ISMG (Elliott et al., 1996).

En el trabajo de Swahn *et al.*, también hallaron que los sujetos que habían realizado IS en el pasado, tenían menor probabilidad de realizar un IS de alta letalidad, respecto los individuos que nunca habían realizado un IS previamente. No encontraron diferencias significativas en cuanto al número de IS previos en ambos grupos. Estos autores sugieren que el hecho que los sujetos con antecedente de IS previos, depresión y desesperanza fueran más frecuentes

en los IS menos graves, podría ser porque los individuos con mayor depresión y desesperanza tienen menor capacidad para planear y llevar a cabo un plan suicida. La paciente con IS previos tiene dificultades en la resolución de problemas, por lo que reduce su habilidad a la hora de planear y llevar a cabo tentativas de mayor letalidad. (Swahn et al., 2001).

La presencia de menos IS previos en los ISMG, también ha sido hallada por estudios más recientes (Horesh et al., 2012; Levi et al., 2008).

Beautrais encontró altas tasas de IS previos en el grupo de suicidio consumado y en el grupo de ISMG. Tras este resultado, sugieren la importancia de desarrollar estrategias a largo plazo focalizadas en los pacientes que realizan intentos de suicidio graves para reducir la recurrencia de conducta suicida. (Beautrais, 2001).

Otros autores también encontraron que los ISMG habían realizado más IS en el pasado, respecto a los individuos con IS de menor letalidad (Douglas et al., 2004).

Como ya se ha mencionado en varias ocasiones, hay que tener en cuenta aspectos socioculturales. En estudios realizados en China, el antecedente de IS previos fue un factor de riesgo relevante para el suicidio (Phillips et al., 2002) y para nuevos intentos de suicidio (Li et al., 2003; Liang, Jiang, Wang, Wang, & Phillips, 2006).

Giner *et al.*, encontraron que tanto los IS violentos como los IS graves, habían realizado más IS previos y con más repercusión médica grave, respecto los IS no graves e IS no violentos. De hecho, cuantos más IS en el pasado, mayor riesgo de haber realizado IS graves o violentos: el riesgo IS graves o violentos, puede incrementar con la repetición (Lopez-Castroman et al., 2011).

En concreto, los IS graves y violentos tenían mayor probabilidad de haber realizado más de dos IS en el pasado, comparado con los IS no graves e IS no violentos. El número de IS, estaba correlacionado, de forma significativa, con otras dimensiones del intento: letalidad (medido con la RRRS) y expectativas de letalidad (medido con la SIS).

En este mismo estudio los IS violentos (pero no los IS graves) relataron mayor frecuencia de historia familiar de conducta suicida, respecto los IS no graves e IS no violentos. En concreto, historia familiar de IS violentos o graves. Cuando compararon los IS violentos con los IS graves, los IS violentos relataron mayor frecuencia de historia familiar de intentos violentos o graves.

La detección de leves correlaciones entre el número de intentos y su letalidad en este estudio, enfatiza los intentos de suicidio de repetición como un marcador de riesgo de fallecimiento por suicidio. (Giner et al., 2014).

La edad avanzada y el mayor número de intentos de suicidio son factores independientes del suicidio consumado (Hawton, & van Heeringen, 2009), pero una mayor planificación del intento también ha sido relacionada con un incremento de la letalidad de los intentos (Nakagawa et al., 2009)

1.4. Intentos de suicidio médicamente graves: ¿una población homogénea?

Tal y como se ha mencionado previamente, se ha cuestionado que este grupo de pacientes que cometen intentos de suicidios graves sean una población homogénea.

En el estudio de Rapeli *et al.*, (mencionado previamente en el apartado "Definición de los IS médicamente graves"), se plantean diferenciar subgrupos de pacientes que ingresan en un hospital general por intento de suicidio.

Partieron de una muestra de 121 pacientes con IS que requirieron ingreso hospitalario por motivos médicos o quirúrgicos en Brasil. Identificaron 84 casos de alta letalidad y 33 de baja letalidad; 8 pacientes fallecieron durante la estancia hospitalaria. Estos 8 pacientes eran varones, con una edad media de 27.5 años. Cuatro de los pacientes fallecidos usaron armas de fuego y los otros cuatro, intoxicación medicamentosa /envenenamiento (tres de ellos con paracuato). Pudieron calcular la intencionalidad suicida en el 84% (n=101) de la

muestra total. No encontraron diferencias en la intencionalidad suicida en cuanto al género, pero sí por lo que respecta a la letalidad, mayor en el sexo masculino.

Mediante el análisis por clusters, identificaron 3 grupos, basándose en variables sociodemográficas y clínicas (los ocho pacientes fallecidos fueron excluidos del análisis): Los "impulsivo-ambivalentes" (*impulsive-ambivalent*), los "intentos marcados" (*marked intent*), los "definidos" (*definite*) o "suicidios abortados". Los tres grupos se resumen en la Tabla 3.

Tabla 3. Grupos de ISMG (Rapeli et al., 2005)

1- Impulsivos ambivalentes	2- <i>Marked Intent</i>	3- " Suicidios abortados"
n=43 Mayoría mujeres <u>Método:</u> intoxicación medicamentosa ↓ letalidad ↓ intencionalidad suicida	n=53 Mayoría hombres <u>Método:</u> pesticidas > letalidad >intencionalidad suicida	n=17 Mayoría hombres <u>Métodos</u> más violentos ↑↑ letalidad ↑↑ intencionalidad suicida
<u>Dg:</u> T. depresivo moderado (26%) T. adaptativo (31%)	<u>Dg:</u> T. adaptativo (29%) T. depresivo moderado (21%) T. depresivo grave (14%)	<u>Dg:</u> T. adaptativo (29%) T. depresivo grave (23%) T. depresivo moderado (18%)
51% IS previos	29% IS previos	59% NO tenía IS previos

1. En los "impulsivo-ambivalentes" (*impulsive-ambivalent*), el método más común (98%) fue la intoxicación /envenenamiento. En el 60,4% presentaron intoxicación medicamentos con el siguiente orden de frecuencia: anticonvulsivantes, antidepressivos y benzodiacepinas. La intencionalidad suicida fue baja. El hecho de que este grupo tuviera una intencionalidad suicida baja, posiblemente revela el desconocimiento de la letalidad del método, así como una ambivalencia sobre vivir o morir en el momento del intento o situación de crisis. Las características clínicas de este grupo son similares a las de aquellos pacientes atendidos en Urgencias y que en la mayoría de casos son dados de alta. (Rapeli et al., 2005). Una categoría similar fue descrita por Hankoff que denominaba a este grupo de paciente como "crisis". En la

mayoría de casos identificaron ansiedad, depresión, tensión o pánico y una situación de crisis (Hankoff, 1976). Otros autores, cuando clasificaron los clusters en relación al temperamento, definieron a este grupo como "neurótico, impulsivo, agresivo" (Ensgstrom et al., 1997). En otros estudios encontraron pacientes en los que las dificultades interpersonales parecían ser el motivo del suicidio ante una situación de crisis (Paykel, & Rassaby, 1978).

La gravedad médica de estos pacientes es menor respecto a la de los otros grupos, también son considerados menos graves desde el punto de vista psiquiátrico. La aparente baja letalidad y baja intencionalidad suicida, no justifica la ausencia de preocupación. Proporcionar tratamiento de alta calidad y prevención de futuros suicidios, requiere que los IS menos severos, sean tratados con la misma seriedad que los otros (Rapeli et al., 2005).

2. Todos los "intentos marcados" (*marked intent*) usaron como método el envenenamiento (el 56,6% utilizaron pesticidas) y pertenecían al grupo de elevada letalidad. La mitad del grupo (53%) presentaba una elevada intencionalidad suicida. Este grupo presentó mayor letalidad respecto al primero, aunque ambos grupos (*impulsive-ambivalent* y *marked intent*) se solapan en algunas características. La principal diferencia es el método utilizado en los *marked intent*: el uso de pesticidas. Este es un método disponible mayoritariamente en zonas rurales y de granjas. Las secuelas médicas de los pesticidas fueron significativamente más graves que las secuelas por sobreingesta medicamentosa. A resaltar, la baja prevalencia de mujeres en este grupo, a pesar de que acostumbran a trabajar en estas áreas con sus parejas, y por consiguiente tienen el mismo acceso que ellos a los pesticidas (Rapeli et al., 2005). Estos pacientes tienen un alto deseo de morir, que también coincide con otro estudio que describen un grupo similar que estarían sujetos a un suicidio posterior (Platt et al., 1992).

Muchos de los supervivientes de este segundo grupo hubieran fallecido si no hubieran sido tratados en un hospital. La regulación de los pesticidas (Eddlestone M, Philips MR, 2004) y un manejo médico mejorado, sería esencial como estrategias de prevención en zonas rurales de países en vías de desarrollo (Rapeli et al., 2005).

3. El 71% de los "definidos" (*definite*) tenía el rango de edad entre 30 y 59 años y el 65% estaban solteros. Todos los pacientes usaron métodos más violentos (armas de fuego, ahorcamiento, ser atropellado), el 82% presentaron una letalidad médica elevada y la mayoría (82,4%) precisaron intervenciones quirúrgicas. La mayoría (80%) presentaron una elevada intencionalidad suicida. Este tercer grupo tenía alto riesgo de ser suicidios consumados, hubieran fallecido si no hubieran tenido una atención médica a tiempo, por ese motivo también podrían ser definidos como "suicidios abortados". Podría haber un solapamiento entre este grupo y los suicidios consumados. Las características de este grupo y las circunstancias del IS son similares a las de aquellos pacientes que ingresaron en el hospital y fallecieron durante el ingreso. A tener en cuenta que utilizaron métodos más violentos (armas de fuego, ahorcamiento, cortes, ser atropellado) sugiere el conocimiento de que la muerte sería el resultado final (Rapeli et al., 2005). Coincide con Beck *et al.*, que correlacionan la intencionalidad suicida con la letalidad médica cuando el individuo tiene el conocimiento suficiente para valorar adecuadamente el resultado de la tentativa (Beck et al., 1975).

Al comparar los tres grupos, encontraron que el tercero (*definite*), era estadísticamente diferente a los otros dos grupos, estando muy distante de los (*impulsive-ambivalent*).

Las categorías de IS, ya habían sido definidas por otros autores (Hankoff, 1976; Henderson S, Lance GN., 1979; Rudd et al., 2000). A diferencia de estos estudios, en el trabajo de Rapeli *et al.*, analizan un subconjunto de pacientes que realizaron IS que requirieron ingreso para tratamiento de las complicaciones médicas secundarias al intento. En este trabajo muestran que dentro de los ISMG, existen al menos tres subgrupos estadística y clínicamente diferentes (Rapeli, et al., 2005).

La identificación de distintos grupos de pacientes ingresados tras un IS, es un paso que va más allá de la noción simplista de que este grupo de pacientes representa una agrupación de casos similares a los suicidios consumados y que los individuos cercanos a los IS impulsivos, son dados de alta rápidamente de Urgencias. Los estudios prospectivos tendrían que tener en cuenta que en los IS graves existen grupos diferentes y que este hecho puede

tener implicaciones en el manejo específico y en los esfuerzos de prevención (Rapeli et al., 2005).

Giner *et al.*, estudian de forma retrospectiva una amplia muestra de IS, diferencian tres grupos: IS violentos, IS graves e IS no violentos y no graves, aunque los dos primeros grupos muchas veces se solapan.

Hallaron que los IS violentos y los IS graves eran significativamente de más edad respecto los IS no violentos y no graves. Solamente en los IS violentos, los hombres eran más frecuentes de forma significativa.

En cuanto al diagnóstico, los IS violentos fueron diagnosticados con menos frecuencia de trastorno depresivo mayor respecto los IS no graves y no violentos. El trastorno bipolar, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos por consumo de sustancias o alcohol estuvieron asociados de forma significativa a los IS graves. En cuanto a los rasgos de personalidad, sólo encontraron una diferencia significativa: los IS violentos tuvieron puntuaciones bajas en la subescala de ira de la STAXI, respecto los IS no violentos y no graves. Este dato difiere de la literatura, en la que evidencia puntuaciones altas o no evidencia diferencias. La letalidad de los intentos de suicidio no diferencia entre IS grave e IS violento, a pesar de que el uso de medios violentos está clásicamente visto como más letal. (Giner et al., 2014)

Es decir, mediante un modelo multivariante multinomial, identificaron que las siguientes variables estaban asociadas de forma independiente con los IS violentos: sexo masculino, puntuaciones bajas en la subescala de ira de la STAXI, historia familiar de conducta suicida (en concreto, intentos graves o violentos) y puntuaciones altas en la subescala de rescatabilidad de la RRRS. (Giner et al., 2014).

La asociación con diagnósticos psiquiátricos concretos, podría acercar los IS violentos y los IS graves con las características de los suicidios consumados. Mientras que la depresión es el trastorno mental más frecuente en suicidio consumado, otros trastornos mentales menos frecuentes pueden expresar un mayor riesgo de suicidio (Hawton K et al., 2009). En este estudio los IS violentos fueron diagnosticados con menos frecuencia de depresión, pero

presentaron, sin resultados significativos, mayores tasas de trastorno bipolar, esquizofrenia y consumo de tóxicos, respecto los IS no graves y los IS no violentos. Los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar, trastorno por uso de sustancias (concretamente cuando presentaban comorbilidad con otros trastornos mentales) o trastornos de la conducta alimentaria, estaban sobreexpresados en el grupo de IS graves. Sin embargo, ninguno de estos diagnósticos estaba asociado de forma significativa con los IS graves o IS violentos en el análisis multivariante. La explicación que dan los autores es que estos resultados pueden estar relacionados con el efecto de la historia familiar de conducta suicida en el análisis multivariante. De hecho, la presencia de historia familiar de conducta suicida, ha sido asociado con trastorno bipolar en sujetos con trastornos del estado de ánimo que realizan intentos de suicidio (Guillaume et al., 2010) y también es común en sujetos con trastornos por consumo de sustancias que realizan tentativas (Roy, 2003). El bajo número de pacientes con esquizofrenia en el estudio de Giner *et al.*, no permite asociar este diagnóstico con los IS violentos. Sin embargo, hay evidencia consistente de la asociación de la esquizofrenia con el suicidio, en particular, con los IS violentos y con los intentos de elevada letalidad (Haukka, Suominen, Partonen, & Lönnqvist, 1996). En otros estudios también se confirma dicha relación, en concreto con ISMG: Beautrais compara una amplia muestra de suicidas e ISMG, encontrando que el sexo masculino y las psicosis no afectivas estaban asociadas al grupo de fallecidos por suicidio (Beautrais, 2001).

Giner *et al.*, sugieren una escalada en la intencionalidad suicida: empezando por intentos no graves y no violentos, seguido por intentos de suicidio graves y finalmente por intentos de suicidio violentos, (Giner et al., 2014) los cuales podrían estar relacionados con un bajo soporte social (Beautrais, 2001) y dificultades de comunicación (Horesh et al., 2012).

Una de las conclusiones Giner *et al.*, es que los sujetos con IS violentos y aquéllos con IS graves presentan características diferenciales, próximas al fenotipo de los suicidios consumados, comparado con otro tipo de intentos de suicidio. Las características comunes con los suicidios consumados serían: historia familiar de conducta suicida, sexo masculino, y alta letalidad médica de los IS previos (Hawton et al., 2009). En cambio, los suicidios consumados están asociados con altos niveles de agresividad, impulsividad, desesperanza y varios diagnósticos psiquiátricos a lo largo de la vida, que no fueron asociados de forma significativa en la muestra de IS violentos o IS graves en este estudio (Giner et al., 2014).

Otras investigaciones se han basado en el estudio de pacientes con politraumatismos secundarios al ISMG. Pajonk *et al.*, a partir de una muestra de pacientes politraumáticos ingresados en UCI (Unidades de Cuidados Intensivos), identificaron 65 casos de IS (el 12% de los ingresados en UCI). La edad media fue 38 años y el 57% fueron varones. Los métodos suicidas fueron: precipitación de una gran altura: 49 casos (75%); precipitación a las vías del tren 14 (22%); y accidente de coche 2 casos (3%). Los pacientes tuvieron una estancia media en la UCI de 22/23 días. Precisarón una media de 2,6 intervenciones quirúrgicas. Mediante la *Injury Severity Score* (Baker, O'Neill, Haddon, & Long, 1974), que valora el daño médico total, la tasa de mortalidad fue del 32% (n=21).

Hallaron una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos que se muestran en la Tabla 4. La comorbilidad psiquiátrica estuvo presente en siete pacientes. Siete casos (10%) no tuvieron diagnóstico psiquiátrico. Los pacientes que fallecieron durante el ingreso, fueron de mayor edad y con mayor compromiso orgánico, respecto los supervivientes (Pajonk *et al.*, 2005).

Tabla 4. Prevalencia trastornos psiquiátricos (Pajonk *et al.*, 2005)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Trastornos afectivos: 35% (n=23)- Trastornos esquizofrénicos: 26% (n=17)- Abuso de sustancias psicótropas: 25% (n=16)- Trastornos adaptativos: 6% (n=4)- Trastornos de la personalidad: 6% (n=4)- Trastorno mental orgánico: 5% (n=3)- Trastornos por deficiencia intelectual: 3% (n=2) |
|---|

Muchos autores describen una buena adaptación psicosocial en la mayoría de supervivientes de politraumatismos graves. Esta adaptación es un 20% menor en los pacientes politraumáticos secundario al IS, respecto a la población general de pacientes politraumáticos. Sin embargo, Pajonk *et al.*, en la valoración prospectiva, encontraron una adecuada adaptación en la mitad de los casos, similar al de la población general. El 89% no precisó ingreso psiquiátrico y el 55% de los casos con menos de 60 años estaban activos laboralmente. Las variables predictivas de un precario funcionamiento psicosocial fueron: el diagnóstico de esquizofrenia previo al trauma, la presencia de un trastorno psiquiátrico

crónico que precisara tratamiento psiquiátrico y el estar desempleado. Otro hallazgo relevante es que ningún paciente realizó nuevos intentos de suicidio en los 6 años siguientes; resultado similar a otro estudio (Wirbel, Olinger, Karst, & Mutschler, 1998).

Centrado también en pacientes ingresados en UCI, Sverrisson *et al.*, partieron de una muestra de IS, de los que el 4%, precisaron ingreso en UCI. Estos pacientes ingresados en UCI, fueron mayoría mujeres (61%) y la edad media fue de 39 años. El 61% había realizado IS en el pasado. El método más prevalente fue la intoxicación medicamentosa (91%). Tras la estancia en UCI, el 36% precisó hospitalización en unidades de psiquiatría. El principal diagnóstico psiquiátrico fue el trastorno por uso de sustancias (43%). La mayoría de pacientes estaban divorciados o solteros y la tasa de desempleo fue elevada. Durante el seguimiento prospectivo el 10% falleció, la mayoría por suicidio (Sverrisson *et al.*, 2010).

En el continuum de la conducta suicida, la mayoría de investigaciones realizadas sobre ISMG asumen que son un grupo homogéneo. Aunque los ISMG se solapan con los fallecidos por suicidio, presentan características diferenciales no sólo con los suicidios consumados sino también con los IS de baja letalidad.

Algunos trabajos sí que se plantean la posibilidad de diferenciar subgrupos dentro de los ISMG como es el estudio de Rapeli *et al.*, que distingue tres tipos: los *impulsive-ambivalent*, los *marked intent* y el más grave: los "suicidios abortados" que los equipararían con los que fallecen por suicidio.

Otros estudios como el de Giner *et al.*, diferencian entre IS violentos e IS graves, encontrando que los IS violentos se asemejarían, en algunos aspectos a los fallecidos por suicidio como es el sexo masculino, historia familiar de conducta suicida y haber realizado IS en el pasado de mayor letalidad médica.

Por último, algunas investigaciones se han centrado en estudiar los pacientes ingresados en UCI por politraumatismos secundarios al IS (Pajonk *et al.*, 2005); otros, en pacientes ingresados en UCI, sin diferenciar el tipo de método (Sverrisson *et al.*, 2010), ambos con resultados controvertidos.

A continuación se muestra los estudios más relevantes sobre ISMG (Tabla 5).

Tabla 5. Estudios sobre ISMG

	Muestra	Lugar	Tipo de estudio	Variables estudiadas e instrumentos empleados
Rosen D.H., 1976	N=886 IS (n=186 IS Graves)	Reino Unido	Prospectivo a 5 años	1. Datos demográficos 2. Diagnóstico de enfermedad psiquiátrica y personalidad 3. Características del método suicida
Elliot et al., 1996	n ₁ =65 ISMG n ₂ = 32 ISNMG	EEUU	Caso -control	1. Datos sociodemográficos 2. <i>Mini-Mental Status Examination</i> (MMSE) 3. Características del IS 4. <i>Suicide Intent Scale</i> 5. Item 5 de la <i>Risk-Rescue Rating Scale</i> (RRRS) 6. Entrevista semi-estructurada con criterios DSM-IV: -Eje I -Eje II (T. personalidad límite y antisocial)
Beautrais et al., 1996	n ₁ = 302 ISMG n ₂ = 1028 controles sanos	Nueva Zelanda	Caso - control	1. Método suicida 2. Factores sociodemográficos 3. Factores de la infancia hasta los 16 años 4. Factores vitales estresantes el año previo a la conducta suicida: <i>Short list f Threatening Life Experiences</i> 5. Diagnósticos psiquiátricos según criterios DSM-III-R. a) Trastornos del estado de ánimo (Depresión mayor, Trastorno bipolar tipo I y II) b) Trastornos por consumo de sustancias (alcohol, cannabis o otras sustancias psicoactivas con criterios de abuso o dependencia) c) Trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, fobia simple y fobia social) d) Trastornos de la conducta alimentaria (Anorexia y
Beautrais, 2001	n ₁ = 275 ISMG n ₂ = 202 suicidios consumados n ₃ = 984 controles sanos			
Beautrais, 2002	n ₁ =22 ISMG n ₂ =31 suicidios consumados n ₃ =269 controles sanos *Población edad mínima 55 años			
Beautrais, 2003	n ₁ = 125 ISMG n ₂ = 60 suicidios consumados n ₃ = 151 controles sanos *Población joven (< 25 años)			

Beautrais, 2004	N=302 ISMG		Prospectivo a 5 años	<p>Bulimia nerviosa)</p> <p>e) Psicosis no afectivas (Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo, otros trastornos psicóticos no especificados)</p> <p>f) Trastorno antisocial (incluyeron el trastorno de conducta y el trastorno antisocial de la personalidad).</p> <p>6. Antecedentes en salud mental:</p> <p>a) antecedentes de IS previos</p> <p>b) ingreso en unidades psiquiátricas /desintoxicación el año previo a la conducta suicida</p> <p>c) antecedente de seguimiento ambulatorio psiquiátrico a lo largo de su vida.</p> <p>7. Interacción social: <i>The Interview Schedule for Social Interaction (ISSI)</i>.</p>	
Ikeda et al., 2001	n ₁ = 153 ISMG n ₂ = 513 controles sanos *Población joven (13-34 años)	EEUU	Caso - control	<p>1. Datos Demográficos</p> <p>2. Información médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recogieron si padecía algún tipo de enfermedad médica grave o discapacidad en el último año - Número de problemas médicos graves - Inicio del problema médico más reciente <p>3. <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)</i></p> <p>4. <i>Beck Hopelessness Scale (BHS)</i></p> <p>5. Consumo de alcohol: <i>Veterans Alcoholism Screening Test (VAST)</i></p> <p>6. Características del IS</p> <ul style="list-style-type: none"> - IS impulsivo (< 5 min) 	
Swahn et al., 2001	n ₁ = 153 ISMG n ₂ =47 ISMNG *Población joven (13- 34 años)				
Simon et al., 2001	n ₁ = 153 ISMG n ₂ =513 controles sanos *Población joven (13-34 años)				<p>❖ Registro de otras conductas impulsivas.</p> <p>❖ Consumo de alcohol previo al IS</p> <p>❖ Ítem 20 de la <i>Beck Hopelessness Scale</i></p>
Powell et al., 2001	n ₁ = 153 ISMG n ₂ = 513 controles sanos				Caso -control Retrospectivo

	*Población joven (13-34 años)			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Frecuencia consumo ❖ "Binge drinking" ❖ Alcoholismo ❖ Consumo de alcohol previo al IS
Douglas et al., 2004	n ₁ = 158 ISMG n ₂ = 1748 ISNMG	Reino Unido	Caso - control	1. <i>the Manchester and Salford Self-Harm-MASSH</i>
Brown et al., 2004	N= 180 IS Tres subgrupos en función de la letalidad	EEUU	Estudio comparativo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Datos sociodemográficos 2. <i>Suicide Intent Scale (SIS)</i> 3. <i>Lethality Scale (LS)</i> 4. <i>Hamilton Rating Scale of Depression</i> 5. <i>Scale of Suicidal Ideation</i> 6. <i>Beck Depression Inventory-II</i> 7. <i>Beck Hopelessness Scale</i> 8. <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i>
Rapeli et al., 2005	N= 121 ISMG Identificación 3 subgrupos ISMG	Brasil		<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>European Parasuicide Standardized Interview Schedule (EPIS)</i>. Consta de 16 secciones. Se seleccionaron: <ol style="list-style-type: none"> 1- Datos socio-demográficos: edad, género, estado marital y nivel educacional. 2- Caracterización del IS mediante la ICD-10, incorporando las circunstancias del intento. 3- Presencia de IS previos. 4- <i>Suicide Intent Scale (SIS)</i> 5- Valoración de la letalidad 6- <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)</i> 2. Hipótesis sindrómica diagnóstica. La información médica obtenida de la historia clínica, de miembros de la familia y del examen mental del paciente, fue integrada en una reunión diagnóstica que incluía a los dos autores del artículo. Lo expuesto, producía el mejor diagnóstico estimado en eje I según criterios ICD-10.

Sudhir Kumar et al., 2006.a	N= 203 ISMG (Edad: 16-65 años)	Sur de la India	Estudio comparativo varones – mujeres	<ol style="list-style-type: none"> 1. Datos sociodemográficos 2. Diagnóstico clínico mediante criterios CIE-10. 3. Información sobre las circunstancias del IS y del método utilizado. 4. <i>Suicide Intent Scale (SIS)</i> 5. <i>Risk Rescue Rating Scale (RRRS)</i> 6. <i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)</i>. 7. Escala de presuntos eventos estresantes (<i>Presumptive Stressful Life Events Scale (PSLE)</i>). Valora eventos estresantes el mes previo al intento.
Sudhir Kumar et al., 2006.b	N= 203 ISMG (Edad: 16-65 años) n ₁ =84 ↑ intencionalidad suicida n ₂ =119 ↓ intencionalidad suicida		Estudio comparativo	
Levi et al., 2008	n ₁ = 35 ISMG n ₂ =67 ISNMG n ₃ =71 controles sanos	Israel	Caso - control	<ol style="list-style-type: none"> 1- Datos sociodemográficos 2- <i>The Structured Clinical Interview for DSM IV (SCID-I)</i>. 3- <i>Lethality Rating Scale</i> 4- <i>The Suicide Intent Scale (SIS)</i> 5- Eventos vitales estresantes en los últimos 24 meses previos al IS: <i>The Schedule of Life Events (SLE)</i>. 6- Evaluación <u>dolor mental</u>: <ol style="list-style-type: none"> a. <i>The Orbach and Mikulincer Mental Pain Scales (OMMP)</i>. b. <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>. c. <i>Beck Hopelessness Scale (BHS)</i>. 7- Evaluación de las <u>dificultades de comunicación</u>: <ol style="list-style-type: none"> a. <i>The Jourard Self-Disclosure Questionnaire (SDQ)</i> b. <i>The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)</i>. c. La sección de siete ítems de la <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)</i> d. <i>The UCLA Loneliness Scale (ULS)</i>.
Levi-Belz et al., 2013	n ₁ = 35 ISMG n ₂ =67 ISNMG			
Levi-Belz et al., 2014	n ₁ = 78 ISMG n ₂ =116 ISNMG n ₃ = 47 controles psiquiátricos sin antecedente de IS n ₄ = 95 controles sanos			
Horesh et al., 2012	n ₁ = 35 ISMG n ₂ =67 ISNMG			

Gvion et al., 2014	n ₁ = 43 ISMG n ₂ =49 ISNMG n ₃ = 47 psiquiátricos sin antec IS (ingresados en Unidades psiquiátricas) n ₄ = 57 controles sanos		Caso -control Retrospectivo	❖ <i>The Impuls Control Scale (ICS)</i> ❖ Subescala objetiva (8 ítems) de la <i>SIS</i> .
Fowler et al., 2012	n ₁ =25 ISMG n ₂ =25 psiquiátricos no suicidas n ₃ =25 ambulatorios no suicidas	EEUU	Prospectivo 1 año (estudio psicodinámico)	1. Datos sociodemográficos 2. Diagnóstico psiquiátrico según criterios DSM-IV: a. trastorno depresivo mayor b. trastornos del espectro bipolar c. trastornos de ansiedad d. abuso de sustancias e. trastornos del espectro psicótico f. trastorno límite de la personalidad 3. <i>Global Assessment Functioning Scores (GAF)</i> 4. Conductas de alto riesgo reciente: a. intentos de suicidio b. ideación suicida c. autolesiones no suicidas d. deterioro funcional e. hospitalización reciente 5. <i>Implicit Risk for Suicide Index (IRSI)</i> . 6. <i>Escala Rorschach</i> muy cercana al modelo de Maltzberger.
Klimkiewicz et al., 2012	n ₁ =113 pacientes con IS graves y dependencia de OH n ₂ =79 IS con abuso/intoxicación de OH alcohol n ₃ = 34 IS sin abuso/ intoxicación de OH	Polonia	Retrospectivo Caso -control	1. <i>The University of Arkansas Substance Abuse Outcomes Module (SAOM)</i> . 2. Características de los IS previos y del más grave a partir de la información referida por el paciente 3. <i>Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)</i> .
Cooper-Kazaz, 2013	Pacientes ingresados en Unidades médicas: n ₁ = 49 ISMG n ₂ = 389 psiquiátricos, no ingresados por IS	Jerusalén (Israel)	Caso -control	1. Datos sociodemográficos: edad, género y religión. 2. Diagnósticos en eje I y II mediante criterios DSM-IV-TR 3. Método suicida 4. Derivación tras el alta hospitalaria por el ISMG

Zhao et al., 2010	N=617 ISMG Divididos en 4 grupos en función de la edad: n ₁ =78 (<20 años) n ₂ =208 (20-29 años) n ₃ =225 (30-44 años) n ₄ =107 (mínimo 45 años)	China (rural y urbana)	Caso-control	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Suicide Intent Scale (SIS)</i> 2. Escala de eventos vitales, desarrollada específicamente para investigación sobre suicidio en China 3. Escala de calidad de vida, desarrollada para utilizar en China 4. Escalas de adaptación y cohesión familiar (<i>Family Adaptability and Cohesion Scales –FACES II-CV-</i> . 5. <i>Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)</i> 6. Diagnóstico psiquiátrico mediante la <i>SCID (Structure Clinical Interview for DSM-IV)</i>.
Jiang et al., 2013	n ₁ = 297 ISMG n ₂ = 297 controles sanos	China (rural)	Caso - control	
Giner et al., 2014	n ₁ = 183 ISMG n ₂ =226 IS violentos n ₃ = 739 ISNMG, no violentos	Francia	Retrospectivo Caso - control	<ol style="list-style-type: none"> 1. Datos sociodemográficos 2. <i>Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)</i> 3. <i>Risk Rescue Rating Scale (RRRS)</i> 4. <i>Suicide Intent Scale (SIS)</i> 5. IS previos y características 6. <i>Barrat Impulsiveness Scale (BIS-10)</i> 7. <i>Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI)</i> 8. <i>Beck Hopelessness Scale</i> 9. <i>State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)</i>
Pajonk et al., 2005	N= 539 politraumas (UCI) (n=65 politraumas 2º a ISMG)	Alemania	Prospectivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Datos sociodemográficos 2. <i>Abbreviated Injury Scale (AIS)</i> 3. <i>Injury Severity Score (ISS)</i> 4. <i>The International Classification of Diseases (ICD-10)</i>
Sverrisson et al., 2010	N=251 IS (4% ingresados en UCI)	Islandia	Retrospectivo y prospectivo	Desconocido

IS: Intento de suicidio; ISG: Intento de suicidio grave; ISMG: intento de suicidio médicamente grave; ISMNG: intento de suicidio no médicamente grave; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; OH: alcohol

HIPÓTESIS

2. HIPÓTESIS.

2.1. Hipótesis principales.

1. El perfil clínico y socio-demográfico de los pacientes que llevan a cabo ISMG así como las características de dichos IS son similares a las observadas en estudios llevados a cabo en países similares al nuestro.
2. Los pacientes que realizan un ISMG no son una población homogénea. Existen subgrupos en la muestra de ISMG con características diferenciales sociodemográficas, clínicas y psicométricas según: la gravedad médica del intento, el método empleado y según presenten o no psicopatología diferente del trastorno adaptativo.

2.2. Hipótesis secundarias

- A. Los pacientes que requieren ser ingresados en UCI tras un ISMG presentan características socio-demográficas, clínicas y psicométricas diferentes del resto de pacientes con ISMG que no precisan ingreso en UCI.
- B. Existen subgrupos en los ISMG con características diferenciales en función del método suicida empleado (violento vs. no violento).
- C. Existen diferencias entre los pacientes con un ISMG que presentan un trastorno adaptativo y/o no padecen otro trastorno psiquiátrico y los que llevan a cabo ISMG y cumplen criterios para cualquier otro trastorno del Eje I y/o del Eje II.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS.

3.1. Objetivos principales.

1. Describir las características clínicas y socio-demográficas de una muestra de pacientes que han realizado un intento de suicidio de alta letalidad (ISMG).
2. Identificar subgrupos de ISMG en función de: la gravedad del intento, método empleado y presencia o no de psicopatología diferente del trastorno adaptativo.

3.2. Objetivos secundarios.

- A. Describir el perfil clínico y socio-demográfico de los sujetos que han llevado a cabo un ISMG por el que han permanecido en el hospital más de 48 horas así como las características de dicho IS.
- B. Estudiar las diferencias clínicas, socio-demográficas, clínicas y psicométricas entre los intentos de suicidio más graves de la muestra (los pacientes ingresados en UCI) respecto los ISMG ingresados en otras unidades médicas no psiquiátricas.
- C. Identificar las diferencias entre los sujetos que han llevado a cabo un ISMG según hayan usado o no un método de suicidio violento.
- D. Analizar las diferencias entre los sujetos que han llevado a cabo ISMG y sólo presentan un trastorno adaptativo y/o no padecen psicopatología psiquiátrica, y aquellos que presentan cualquier otro diagnóstico psiquiátrico.

MATERIAL Y MÉTODO

4. MATERIAL Y MÉTODO.

4.1. Diseño del estudio.

Se trata de un estudio observacional transversal.

4.2. Selección de la muestra.

En el presente estudio se definieron los ISMG según los criterios de Beautrais (Beautrais et al., 1996; 2001; 2003a; 2003b; 2004) pero ampliados a una estancia mínima de 48 horas de hospitalización en unidades no psiquiátricas.

Se incluyeron 168 pacientes que ingresaron en Unidades no psiquiátricas de dos hospitales generales por intento de suicidio médicamente grave (ISMG) de forma consecutiva. Se reclutaron 68 pacientes del *Hospital Universitari Vall d'Hebron* y 100 pacientes del *Hospital Clínic* de Barcelona, ambos ubicados en Barcelona. Los pacientes del Hospital Clínic Provincial fueron incluidos desde febrero de 2007 hasta agosto de 2010 (ambos meses incluidos). Los pacientes del *Hospital Universitari Vall d'Hebron* fueron incluidos desde febrero de 2010 hasta octubre de 2012 (ambos meses incluidos).

El *Hospital Universitari Vall d'Hebron* es el complejo hospitalario más grande de Cataluña y uno de los más grandes de España. Geográficamente, está ubicado en el norte de la ciudad de Barcelona y su área de influencia incluye una población aproximada de 400.000 habitantes.

El *Hospital Clínic* de Barcelona actúa como un hospital comunitario, siendo el principal proveedor público de su zona de referencia de la ciudad de Barcelona, con una población de 540.000 habitantes y, a la vez, como un hospital terciario y de alta complejidad, desarrollando líneas de actividad para pacientes no solamente de Cataluña sino también de toda España e, incluso, de otros países.

Se seleccionó a los pacientes que habían llevado a cabo un intento de suicidio y que, tras ser valorados en el Servicio de Urgencias de dichos hospitales, permanecían un mínimo de 48 horas ingresados. .

Los pacientes tenían que cumplir todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión (tal y como se muestra en la Tabla 6), además de aceptar participar en el estudio, previa firma de la hoja de consentimiento informado.

Tabla 6. Criterios de inclusión y exclusión en el estudio.

A. Criterios de inclusión:

- Tratamiento médico extenso (*lavado gástrico, carbón activado, antídotos o observación neurológica o otras pruebas complementarias*).
- Tratamientos en unidades especializadas (*incluyendo Unidades de Cuidados Intensivos, Unidades con cámara hiperbárica y de Quemados*)
- Tratamiento quirúrgico, excluyendo los cortes superficiales.
- Sujetos que realizan el intento con métodos de alto riesgo de fatalidad, *por ejemplo: ahorcamiento, disparo y que ingresan durante más de 24h*, pero que no cumplen los criterios de tratamiento previo.

B. Criterios de exclusión:

- Ingresos de menos de 48 h
- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes ingresados de forma electiva cuya causa no es el intento de suicidio
- Pacientes que no dan su consentimiento de entrada en el estudio por escrito.

4.3. Procedimiento.

4.3.1. Valoración de los ISMG.

Los pacientes fueron evaluados por médicos psiquiatras en la habitación una vez que su situación clínica permitió, tras el ingreso, su evaluación psicopatológica. En la primera entrevista, se explicó el estudio clínico y los pacientes que aceptaron participar en el mismo, firmaron el consentimiento informado.

En esa primera entrevista, se recogieron los datos socio-demográficos y clínicos. Después de esta primera entrevista, se explicó a los pacientes cómo contestar las escalas psicométricas auto-aplicadas: Escala de Desesperanza de Beck, BHS (Beck, & Steer, 1988) y Escala de Impulsividad de Barratt, BIS-11 (Barratt, & Standford, 1995).

Posteriormente, en una segunda visita, se realizó una evaluación diagnóstica según la según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000). En esta segunda visita se administraron las siguientes escalas: Escala de Funcionamiento Global (GAF) la semana previa al intento de suicidio (APA, 2000) y la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck, SIS (Beck, Morris, & Beck, 1974). Se realizó una tercera visita para recoger las escalas y finalizar la evaluación.

Durante el ingreso, también se supervisó el tratamiento psicofarmacológico y se realizó seguimiento de los casos que lo precisaron por parte de los psiquiatras de ambos hospitales.

4.3.2 Entrevista semi-estructurada durante el ingreso.

A diferencia de la historia clínica tradicional o no estructurada, la recogida de datos siguiendo protocolos de historia clínica estructurados permite no sólo el uso clínico de la misma, sino también su empleo para fines de investigación, manteniendo los criterios de fiabilidad y validez adecuados. Así, la recogida de información se lleva a cabo de forma objetiva, siguiendo unos cánones estandarizados y codificados que permiten luego la incorporación de la información en forma de variables asumidas por el ordenador.

En el presente estudio, se llevó a cabo una entrevista semi-estructurada puesto que algunas variables cualitativas, difíciles de sistematizar, no se codificaron en forma de escalas nominales/ ordinales *a priori*, sino que se preguntaron de forma abierta para, posteriormente, adecuarlas a sistemas de categorización preexistentes. De esta forma, no se perdía información, se evitaba inducir respuestas, se agilizaba al máximo la entrevista y se conseguía un mejor abordaje del caso, como suele ser aconsejable en la entrevista de pacientes con riesgo de suicidio (Hirschfeld, & Russell, 1997). Esta técnica de recogida de datos (método contextual) ha sido usada en otros estudios sobre tentativas de suicidio (De Vanna et al., 1990).

Se interrogó a los pacientes que habían llevado a cabo un ISMG según la definición expuesta en el punto 4.2. Se realizó un protocolo estructurado sobre aspectos relativos a: identificación del paciente, datos socio-demográficos, historia médico-quirúrgica y psiquiátrica del paciente y sus familiares, otras variables relacionadas con el estado de salud y la conducta suicida, problemas psicosociales y ambientales, valoración del intento de suicidio, juicio clínico y actitud terapéutica finalmente adoptada por el equipo de psiquiatras de guardia (ver Tabla 7).

Es relevante tener en cuenta el hecho de que los pacientes fueron valorados mientras estaban ingresados en el hospital, con importantes problemas médicos y de incomodidad como consecuencia de la gravedad del IS, por lo que la comunicación fue compleja (dificultades al hablar por reciente extubación, dolor a pesar de la analgesia, necesidad de mantener inmovilización, etc....). Dichas circunstancias fueron tenidas en cuenta a la hora de diseñar la entrevista, seleccionar las pruebas psicométricas que debían emplearse, procurando que dicha evaluación tuviera una duración razonable y fuera tolerada por el paciente.

Tabla 7. Entrevista semi-estructurada al ingreso

Identificación del paciente
Datos sociodemográficos Edad, sexo, nacionalidad, etnia, estado civil, número de hijos, convivencia, nivel educativo, profesión, estado laboral, orientación sexual.
Problemas psicosociales y ambientales Problemas legales actuales o en el pasado Ambiente familiar Historia de abuso sexual/físico en la infancia/ adolescencia (antes de los 16 años) Circunstancias adversas vitales en el último año: -Dificultades interpersonales (relacionales, conyugales, fallecimiento familiar/persona cercana) -Problemas económicos -Problemas relacionados con el sistema legal -Problemas relacionados con el ámbito laboral
Historia médico-quirúrgica y miscelánea de salud general
Antecedentes psiquiátricos personales: Diagnósticos psiquiátricos previos Ingresos en Psiquiatría Unidades de desintoxicación Seguimiento en dispositivos de salud mental
Antecedentes psiquiátricos familiares

4.3.3. Valoración de la conducta suicida durante el ingreso.

Se interrogó a los pacientes que habían llevado a cabo un intento de suicidio, de acuerdo con la definición de O'Carroll (O'Carroll et al., 1996), y que cumplían los criterios de ISMG de nuestro estudio. Se recogió información sobre antecedentes de conducta suicida personal y familiar y las características del ISMG (ver Tabla 8). También se definió el intento en función de si fue violento o no violento. Se definieron IS no violentos las intoxicaciones medicamentosas, el envenenamiento y el consumo de tóxicos. Se definieron IS violentos fueron: precipitación, ahorcamiento, cortes, lesión por arma de fuego, lesión por arma blanca y quemaduras.

Tabla 8. Características del ISMG e historia de conducta suicida

<p>Tipo de intento de suicidio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intoxicación medicamentosa. Se recogió el tipo/s de fármaco - Consumo concomitante de tóxicos. Se recogió el tipo/s de tóxicos - Envenenamiento (ingesta de cáusticos, sulfuman, otros) - Precipitación - Ahorcamiento - Cortes profundos - Lesión por arma de fuego - Lesión por arma blanca / apuñalamiento - Quemaduras
<p>Historia de conducta suicida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de IS previos - Gravedad de los IS (si precisaron ingreso en un hospital general) - Método y edad del IS más grave - Método y edad del primer IS
<p>Antecedentes de conducta suicida familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intentos de suicidio /tipo de familiar (1º, 2º grado) - Suicidio consumado / tipo de familiar (1º, 2º grado)

En el presente estudio, se utilizó la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (*Suicide Intent Scale*, SIS) (Beck, Morris, & Beck, 1974). Dicha escala fue creada con la finalidad de valorar la intencionalidad en los IS, con una evaluación lo más cerca posible a cuando fue llevado a cabo. Se compone de 15 ítems valorados de 0 a 2 (la puntuación total está entre el rango 0-30 puntos). En los trabajos realizados para la validación de la escala, la media de las puntuaciones para riesgo elevado es 16,3, 10,1 medio y 6,7 bajo. La escala consta de dos secciones: 1) la subescala objetiva, que engloba los ítems del 1 al 8, evalúa las circunstancias objetivas del intento, es decir, la planificación objetiva del intento (preparación, ejecución y el setting); y, 2) la subescala subjetiva, que engloba el resto de ítems, evalúa los pensamientos y sentimientos en el momento del intento (expectativas de morir y la posibilidad de intervención o de ser rescatado) (Beck, 1990; Hasley et al 2008).

La SIS valora el nivel de conciencia del paciente durante la entrevista psiquiátrica. Al margen de la parte puntuable (2 secciones), la escala recoge información relacionada con el método del intento y la posible crítica al mismo. Se considera también la fiabilidad de las respuestas proporcionadas por el paciente.

Varios grupos de investigación (Díaz, F.J. et al., 2003; Mieckzkowski et al., 1993) han descrito la existencia de dos factores en la SIS en los pacientes con intentos de suicidio: *letalidad esperada* (ítems 9 al 14) y *planificación* (ítems 1 al 7 y el 15). Este último factor proporciona, de algún modo, una descripción más precisa de lo que podría considerarse un intento impulsivo (el que fuera menos planificado).

Por otra parte, Misson *et al.*, con el fin de esclarecer pretendían la heterogeneidad de la conducta suicida describieron 4 factores en la SIS: *1) concepción* que refleja la intencionalidad consciente de morir (ítems 9-14); *b) preparación* (ítems 5-7 y 15); *c) precauciones* para evitar ser descubierto (ítems 1-3); y *d) comunicación* (ítems 4 y 8) (Misson et al., 2010).

En nuestro estudio utilizamos los resultados de ambos análisis factoriales a la hora de describir los resultados obtenidos en la SIS.

4.3.4. Evaluación de la impulsividad como rasgo de personalidad durante el ingreso.

Se evaluó la impulsividad como dimensión de la personalidad (impulsividad como rasgo), mediante la undécima versión de la escala de impulsividad de Barratt (*Barratt Impulsivity Scale*, BIS-11) (Barratt, & Standford, 1995), adaptada al español (Oquendo et al., 2001). Esta escala consta de treinta preguntas que pretenden evaluar la impulsividad considerada como una forma de actuar y pensar. A cada una de las preguntas se responde haciendo referencia a la frecuencia: raramente o nunca, ocasional, a menudo, siempre o casi siempre. Se puntúa de 0 a 4 por este orden. Se reconoció la existencia de tres factores independientes: *impulsividad cognitiva*, *impulsividad motora* y *ausencia de planificación* (Patton, Stanton, & Barratt, 1995). Finalmente, se consignó la puntuación total obtenida en la BIS-11 (Oquendo et al., 2001).

4.3.5. Evaluación de la desesperanza durante el ingreso.

La Escala de Desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale, BHS*) ha mostrado ser bastante útil como indicador indirecto del riesgo suicida de depresivos o en individuos que han realizado un IS (Beck, & Steer, 1988). Es un cuestionario auto-administrado que evalúa el factor afectivo (sentimientos de futuro), el motivacional (pérdida o no de motivación) y el cognitivo (expectativas de futuro).

La BHS se basa en una visión cognitiva de la desesperanza. Consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta: verdadero o falso. Los ítems siguientes que han sido contestados como “Verdaderos”, son calificados con 1 punto: 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. Los ítems siguientes, que han sido contestados como “Falsos” se puntúan con un 1: 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19. Por consiguiente, la puntuación máxima es 20 y la mínima 0.

Las puntuaciones propuestas por Beck y Steer (1988) son las siguientes: rango normal o asintomático: 0-3; leve: 4-8; moderado 9-14 y severo: 15-20. Una puntuación mayor a 9 es un buen predictor de conducta suicida.

4.3.6. Valoración diagnóstica y terapéutica durante el ingreso.

En el presente estudio se realizó la valoración diagnóstica y la existencia de trastornos psiquiátricos en el Eje I y en el Eje II, según criterios clínicos DSM-IV-TR (APA, 2000).

Al terminar la valoración del intento, se registró la decisión terapéutica recomendada al final de la valoración (ingreso, alta a su domicilio, tratamiento ambulatorio, etc.). Tal orientación terapéutica trataba de tener en cuenta aspectos fundamentales como la persistencia del riesgo suicida y la existencia y calidad de los apoyos externos (familia, amigos, etc.), consignándose, finalmente, la decisión teóricamente más adecuada, con independencia de los recursos asistenciales disponibles.

4.4. Fundamentos éticos del estudio.

4.4.1. Implicaciones éticas de la investigación de los ISMG.

La investigación acerca de la conducta suicida tiene implicaciones éticas que es preciso tener en cuenta, en especial por lo que respecta al estudio de la vulnerabilidad individual para este tipo de conducta. En la actualidad, puede afirmarse que no existe ninguna variable o combinación de variables (biológicas y/o psicosociales) con la especificidad suficiente para predecir qué pacientes realizarán una tentativa o llegarán a consumir el suicidio (Pokorni, et al., 1983). Sin embargo, el conocimiento de aquellos pacientes que realizan los intentos de suicidio más graves (los ISMG) y que, en el espectro de la conducta suicida, son los que están más próximos al suicidio consumado, permitiría identificar aquellos sujetos con mayor riesgo de suicidio consumado y, por consiguiente, desarrollar estrategias preventivas para disminuir la frecuencia de la conducta más grave: el suicidio.

Así, el propósito de la investigación en este campo debe orientarse con vistas a mejorar la intervención con el paciente suicida desde el punto de vista clínico abordando: a) el adecuado diagnóstico y tratamiento de las distintas enfermedades psiquiátricas; b) la valoración del riesgo suicida; y, c) las medidas encaminadas a dificultar el acceso a medios potencialmente letales, así como el tratamiento dirigido a atenuar los factores que incrementan la vulnerabilidad del paciente para llevar a cabo este tipo de conductas (Mann, 2002).

4.4.2. Consentimiento informado.

El consentimiento informado es un requisito y una garantía de los derechos del paciente y, como consecuencia, de la actuación médica. En el terreno de la investigación, se trata de un documento en el que se informa al usuario de manera completa, simple y accesible al mismo de que toda o parte de la información que el usuario aporta, va a ser tratada con fines y maneras exclusivamente científicos, garantizándose la confidencialidad de los datos que se obtienen en el curso de la misma. En la valoración del presente estudio, se administró el

consentimiento informado por escrito y se cumplieron los tres requisitos que precisa el mismo (Barcia, & Pozo, 1998):

- Voluntariedad: los pacientes podían decidir libremente su participación sin ningún tipo de presión externa por parte del equipo investigador.
- Información: se les facilitaba una breve descripción de la investigación y sus objetivos y se resolvían las dudas que podían surgir.
- Competencia: los individuos debían tener la capacidad suficiente para tomar la decisión sobre la participación en este proyecto y las cuestiones que les afectaban al participar (confidencialidad de los datos y recepción de información sobre los resultados).

El procedimiento, en su totalidad, contó con la aprobación de los Comités de Ética del *Hospital Universitari Vall d'Hebron* y del *Hospital Clínic Provincial* ambos ubicados en Barcelona.

4.4.3. Protección de los datos personales.

Los protocolos fueron manejados exclusivamente por los psiquiatras investigadores del *Hospital Vall d'Hebron* y los psiquiatras y enfermera de la Unidad de Psiquiatría de Enlace del *Hospital Clínic*. La base de datos fue manejada exclusivamente por los psiquiatras investigadores que han participado en el estudio. Los pacientes fueron identificados con un código, evitando usar sus nombres en los procedimientos estadísticos. Los datos recogidos fueron introducidos en un archivo informático protegido con un código de seguridad al que sólo tuvieron acceso los investigadores del estudio. Los participantes en el estudio que así lo desearan podían solicitar un informe con los datos obtenidos durante la investigación.

4.5. Análisis estadístico.

La muestra fue descrita con un análisis univariante. La distribución de las variables categóricas se expresó en frecuencias absolutas y frecuencia relativas mientras que la de las variables cuantitativas se hizo en media y desviación estándar.

Para el análisis del resto de hipótesis, se usó primero el análisis bivariante. Para comparar las variables cuantitativas, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado convencional y la prueba exacta de Fisher cuando la frecuencia esperada fue menor de 5. Para la comparación de las variables cuantitativas con distribución simétrica se utilizó la prueba de t de Student. Cuando las variables cuantitativas seguían una distribución asimétrica, se utilizaron pruebas no paramétricas (prueba de la U de Mann-Whitney).

Inicialmente, se tomó como significación estadística un valor de p inferior a 0,05. Pero, posteriormente, se realizó la corrección de Bonferroni para evitar falsos positivos e identificar las variables que permanecían significativas.

Para el análisis multivariante, se empleó la regresión logística según método de entrada condicional, definiendo como:

A) Variables dependientes:

- Primera hipótesis: ingreso en UCI (variable binaria).
- Segunda hipótesis: método de suicidio violento (variable binaria).
- Tercera hipótesis: diagnóstico adaptativo y/o ausencia de psicopatología (variable binaria).

B) Variables independientes:

Se seleccionaron las variables cuyas diferencias entre grupos permanecieron estadísticamente significativas tras el análisis bivariante, una vez aplicada la corrección de Bonferroni. En alguna de las hipótesis, se incluyeron en el análisis multivariante las

variables clínicamente relevantes pese a no encontrarse, desde el punto de vista estadístico, diferencias estadísticamente significativas entre los grupos analizados con el análisis bivariante.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 20 (SPSS, Inc.Chicago, IL).

RESULTADOS

5. RESULTADOS.

5.1. Descripción de la muestra.

5.1.1. Datos socio-demográficos.

La muestra total tenía una media de edad de 45 años (DT= 17,214). El rango de edades era de 18-88 años. El grupo de edad más frecuente fue el de (35-50 años), con una frecuencia del 34,5% (58 sujetos). En cuanto al sexo, había 52,4% (n=88) mujeres frente a 47,6% (n=80) hombres.

Un 13,3% de la muestra era inmigrante, el 86,3% de la muestra total tenía la nacionalidad española. La etnia caucásica fue la mayoritaria: 154 (91,7%).

El 36,3% estaba soltero, el 31,5 % casado/en pareja, el 25,0% separado/divorciado y el 7,1% era viudo. La mayoría convivía con la familia propia (41,1%) o con la familia de origen (28,0%), y el 52,4% no tenía hijos. El 20,2% vivía solo.

En cuanto al nivel educativo, el 38,1% tenía estudios primarios, el 15,5% había estudiado FP, el 8,9% BUP y el 8,3% COU. Un 26,8% había cursado estudios universitarios. Un 28,6% estaba en activo, un 23,8% estaba desempleado y sin cobrar ningún tipo de subsidio, el 12,5%, un 25% tenían una invalidez temporal o permanente y el 17,3% estaba jubilado. Por lo que respecta a la orientación sexual, el 92,6% se reconocía heterosexual.

5.1.2. Problemas psicosociales y ambientales.

5.1.2.1. Problemas psicosociales y ambientales en la infancia y/o adolescencia.

La mayoría de los sujetos (56%) describían un ambiente familiar normal. Un 19,0% separación/ divorcio de los padres y el 19,6% relataban una relación parental pobre. Un 12,5 % referían problemas económicos graves durante la infancia.

En cuanto a la presencia de maltrato en la infancia /adolescencia (antes de los 16 años), la mayoría de sujetos, el 75,0% no hacían referencia a ello. El 17,3% (n=29) referían haber padecido maltrato, siendo el físico el más frecuente (13,7%), seguido del abuso sexual (7,1%)

5.1.2.2. Problemas psicosociales y ambientales en la edad adulta.

En relación a la presencia de antecedentes o problemas legales. La mayoría de casos, el 65,5% no tenían en el momento actual ni en el pasado, problemas legales. Un 21,5% reconocía haber tenido problemas legales en el pasado y el 15,5% tenían problemas legales actuales.

Por lo que respecta a la presencia de adversidad/ estresores en el último año. El 91,7% reconocía haber tenido al menos un estresor en el último año. El 43,5% identificaban un estresor, el 26,8% dos estresores y el 21,5% 3 ó más estresores. Los más frecuentes fueron los estresores interpersonales -problemas conyugales, fallecimiento familiar / pareja- (73,8%), seguido de problemas en el ámbito laboral (32,1%), problemas económicos (31,5%), problemas de salud (15,5%) y problemas relacionados con el sistema legal en el último año (14,3%).

5.1.3. Antecedentes personales.

5.1.3.1. Historia médico-quirúrgica.

En cuanto a los antecedentes médico-quirúrgicos, el 43,5% de la muestra (73 pacientes) no refirió ningún tipo de antecedente médico-quirúrgico. Un 26,2% (n=44) aseguró presentar una sola enfermedad, dos enfermedades el 12,5% (n=21), tres el 11,9% (n=20), cuatro el 3,6% (n=6), cinco el 1,8% (n=3) y seis enfermedades el 0.6% (n=1).

En la Tabla 8 se hace referencia a los grupos de patologías somáticas por orden de frecuencia.

Dentro del grupo de enfermedades infecciosas, el 3% de la muestra (n=5) padecía el VIH. Dentro del grupo de enfermedades genitourinarias, el 0,6% (una paciente) estaba embarazada.

El 10,1% de la muestra (n=17), presentaban patología somática aguda no relacionada con el intento de suicidio actual y el 53% (n=89) tenían patología somática crónica.

Tabla 8. Antecedentes médico-quirúrgicos

Variable	Categoría	n	%
Enfermedades cardiovasculares	Sí	38	22,6
Enfermedades respiratorias	Sí	25	14,9
Enfermedades endocrinológicas	Sí	25	14,9
Enfermedades Traumatológicas	Sí	24	14,4
Enfermedades neurológicas	Sí	23	13,7
Enfermedades digestivas	Sí	15	8,9
Enfermedades infecciosas	Sí	11	6,5
Enfermedades reumatológicas-autoinmunes	Sí	11	6,5
Enfermedades genitourinarias	Sí	9	5,4
Enfermedades oncológicas	Sí	7	4,2
Quemaduras	Sí	1	0,6

Cuando nos centramos en la población de la muestra más joven (18-35 años), la prevalencia de enfermedades médicas fue del 33,3%, siendo las más frecuentes las siguientes: enfermedades respiratorias y traumatológicas (9.8%, respectivamente), endocrinológicas (7,8%) seguidas en tercer lugar por las cardiovasculares y neurológicas (5,9% respectivamente).

5.1.3.2. Antecedentes psiquiátricos personales.

Se interrogó a los pacientes acerca de la presencia de un diagnóstico psiquiátrico previo. El 90,5% de los casos tenía antecedentes psiquiátricos ya sea en Eje I y/o eje II. El 13,1% (n=22) manifestó no tener ningún diagnóstico en Eje I. El 46,4% (n=78) refirió un

antecedente psiquiátrico en Eje I; el 22,6% (n=38) dos; el 11,3% (n=19) tres; el 4,8% (n=8) cuatro; y el 1,8% (n=3) cinco diagnósticos en Eje I.

En relación al Eje II, el 1,8% (n=3) tenía un retraso mental. En cuanto a diagnósticos de Trastorno de la personalidad, el 28,6% (n=48) aseguraba haber tenido un diagnóstico de Trastorno de la personalidad. En el 28,8% de los casos (n=42) presentaban comorbilidad en Eje I y Eje II (Trastorno de la personalidad).

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos personales, al realizar grupos diagnósticos, los más frecuentes fueron: los que se muestran en la Tabla 9.

Tabla 9. Antecedentes psiquiátricos personales por grupos diagnósticos

Grupo diagnóstico	n (muestra total= 168)	%
Trastornos del estado de ánimo	66	39,3
Trastornos por uso de sustancias	66	39,3
Trastornos de la personalidad	48	28,6
Trastornos psicóticos	26	15,5
Trastornos adaptativos	19	11,3
Trastornos de ansiedad	10	6
Trastornos de la conducta alimentaria	9	5,4
Trastornos del control de los impulsos	7	4,2

Añadir, en cuanto al antecedente Trastorno por consumo de sustancias: el 23,8%, tenía como antecedente haber consumido una sustancia, el 8,3% (n=14) dos; el 3,6% (n=6) tres, el 3% (n=5) cuatro; y el 0,6% (un paciente) cinco sustancias.

El 27,4% de la muestra (n=46) había precisado ingreso psiquiátrico y/o unidades de desintoxicación. El 68,5% (n=115) refirió estar en seguimiento psiquiátrico y/o psicológico.

5.1.3.3. Antecedentes personales de conducta suicida.

El 62,5 % (n=105) refirió haber realizado intentos de suicidio en el pasado. El 21,4% (n=36) aseguró haber realizado un intento; el 12,5% dos; el 10,1% tres; el 6,5% cuatro; y el 12% restante, más de cuatro. Añadir que un 1,8% (n=3), afirmó haber realizado 10 intentos de suicidio previos. En cuanto a los pacientes que refirieron intentos de suicidio en el pasado, el 42,3% (n=71) afirmaron que precisaron ingreso en un hospital general (no se contó el ingreso /estancia en Urgencias de Psiquiatría) por problemas médicos secundarios al IS.

En 62 sujetos, la realización del primer IS coincide con el actual. En 101 sujetos, la realización del primer IS no coincide con el IS actual.

La edad media del primer IS fue 38,63 años (DT= 19,25). La edad mínima fue de 8 años y la edad máxima de 87 años. La edad media del IS más grave fue 44,60 años (DT= 17,91). La edad mínima fue de 15 años y la edad máxima de 88 años.

5.1.4. Antecedentes familiares.

5.1.4.1. Antecedentes psiquiátricos familiares.

El 60,7% de la muestra (n=102) afirmó tener antecedentes psiquiátricos familiares, tanto en Eje I, como en Eje II. En la Tabla 10 se muestran los antecedentes psiquiátricos familiares por grupos diagnósticos. En cuanto al consumo de tóxicos, la sustancia más frecuente fue el alcohol 21,4% (n=36).

Tabla 10. Antecedentes psiquiátricos familiares por grupos diagnósticos

Grupo diagnóstico	n (muestra total= 168)	%
Trastornos del estado de ánimo	44	26,2
Trastornos por uso de sustancias	43	25,6
Trastornos psicóticos	27	16,1
Trastornos de la personalidad	6	3,6
Trastornos del control de los impulsos	6	3,6

5.1.4.2. Antecedentes familiares de conducta suicida.

En cuanto a los antecedentes familiares de intentos de suicidio 17,9 % (n=30) presentaban antecedentes en cualquier familiar, 10,1% (n=17) en familiares de primer grado y 7,7% (n=13) en familiares de segundo grado. En cuanto al suicidio consumado, 13,7% (n=23) tenían antecedentes familiares en este sentido, 4,2% (n=7) en familiares de primer grado y 9,5% (n=16) en familiares de segundo grado.

5.1.5. Psicopatología actual.

Se valoró la presencia de diagnóstico psiquiátrico en el eje I y II, según criterios DSM IV-TR (APA, 2000). El 98,8% de la muestra (n=166) tenía un diagnóstico psiquiátrico en el momento de la valoración ya sea en Eje I y/o Eje II.

En cuanto a los diagnósticos en Eje I, el 94,6% (n=159) de la muestra estaba diagnosticado de al menos un trastorno del Eje I: el 51,8% (n=87) cumplía criterios de un diagnóstico; el 23,8% (n=40) tenía dos diagnósticos; el 13,7% (n=23) tres diagnósticos; el 4,2% (n=7) cuatro; y el 1,2% (n=2) cinco diagnósticos en Eje I.

En relación al Eje II, el 1,2% (n=2) tenía un retraso mental. En cuanto a diagnósticos de Trastorno de la personalidad, el 42,9% (n=72), cumplía criterios de trastorno de la personalidad, siendo el más frecuente los del cluster B: 34,5% (n=58).

Los grupos diagnósticos más frecuentes fueron: los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de la personalidad, representando cada uno el 41,9% (n=69); seguidos por los trastornos por uso de sustancias (36,9%, n=62); los trastornos adaptativos (28%, n=47); los trastornos psicóticos (15,5%, n=26); trastornos del control de los impulsos (5,4%, n=9); y los trastornos de la conducta alimentaria (2,4%, n=4).

El 40,9% de los casos (n=65) presentaba comorbilidad en Eje I y Eje II. En cuanto al diagnóstico de trastorno por uso de sustancias, el más frecuente fue el trastorno por consumo de alcohol (25,6%, n=43). El 20,2% (n=34) tenía el diagnóstico de trastorno por uso de una sustancia, el 12,5% (n=21) de dos sustancias y el 4,2% (n=7) de tres o más sustancias.

En la tabla 11 se exponen los diagnósticos psiquiátricos detallados de la muestra.

Por último, en la Escala de Actividad Global (EEAG), más de la mitad de la muestra, el 56,9% (n= 95), presentó 50 o menos puntos.

Tabla 11. Diagnóstico psiquiátrico actual.

Variable	n	%
F05.0-F06.9 Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos	12	7,1
F10.2-F10.1 Trastornos por consumo de alcohol	43	25,6
F14.2-F14.1 Trastorno por consumo de cocaína	18	10,7
F12.2-F12.1 Trastorno por consumo de cannabis	16	9,5
F11.2-F11.1 Trastorno por consumo de opiáceos	2	1,2
F13.2-F13.1 Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos	17	10,1
Trastorno por consumo de otras sustancias (dependencia /abuso)	3	1,8
F29 Trastorno psicótico no especificado	3	1,8
F20 Esquizofrenia	13	7,7
F20.8-F24 Otros trastornos psicóticos	10	6,0
F32, F33 Trastornos depresivos	42	25,0
F34.1 Trastorno distímico	18	10,7
F30-F39 Trastornos bipolares	13	7,7
F41.0-F41.9 Trastornos de ansiedad (excepto F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo)	1	0,6
F42.8 -Trastorno obsesivo-compulsivo	2	1,2
F45.0-F45.9 Trastornos somatomorfos	1	0,6
F50 Trastornos de la conducta alimentaria	4	2,4
F63 Trastorno del control de los impulsos	9	5,4
F43 Trastornos adaptativos	47	28,0
F70.9-F79.9 Retraso mental	2	1,2
F60 Trastornos de la personalidad	72	42,9

5.1.6. Características del intento de suicidio actual.

La estancia media hospitalaria por complicaciones médicas secundarias al intento de suicidio fue de 23,68 días (DT= 41,14), desde su llegada al hospital.

El 69,6% de los casos (n=117) fueron atendidos en las Urgencias Médicas y el 30'4% (n=51) en las Urgencias Quirúrgicas. Tras la estancia en el Servicio de Urgencias, 56,0% (n=94) fueron derivados a UCI, 28% (n=47) a Medicina Interna, 10,7% (n=12) a Traumatología, 1,8% (n=3) a Cirugía, 0,6% (n=1) a Psiquiatría, y 3% (n=5) a Unidad de Quemados.

Tras el alta hospitalaria, 61,9% (n=104) de los pacientes fueron derivados a domicilio, 29,8% (n=50) requirieron ingreso en Psiquiatría, 6% (n=10) en Centros Socio-Sanitarios, 1,2% (n=2) se dieron a la fuga, un 0,6% falleció (n=1) y de otro 0,6% (n=1) no constaba el destino al alta.

En la Tabla 12 se describen los métodos suicidas empleados. El 36,3% de la muestra (n=61) realizaron un IS violento, mientras que el 63,7% (n=107) realizaron un IS no violento. En cuanto a la intoxicación medicamentosa, el 25,6% (n=43) ingirió un tipo de fármaco; el 21,4% (n=36) dos; el 10,7% (n=18) tres; y el 8,4% (n=14) cuatro o más tipos de fármacos (en la Tabla 13 se muestra los tipos de fármacos ingeridos). En cuanto al consumo de tóxicos, el más frecuente fue el alcohol (26,2%, n=44). El 25,6% de la muestra (n=43) ingirió un tipo de tóxico; y el 5,4% (n=9) ingirió dos o más tipos de tóxicos.

El 62,5% (n=105) utilizó un tipo de método; el 31% (n=52) dos; el 6% (n=10) tres; y el 0,6% (n=1) cuatro métodos. La combinación más frecuente fue la intoxicación medicamentosa con consumo de tóxicos: el 38,1% de los pacientes que escogieron como método la intoxicación medicamentosa, consumieron tóxicos previo al IS.

Tabla 12. Método de suicidio del intento actual.

MÉTODO SUICIDA	n	%
Intoxicación medicamentosa	113	67,3
Precipitación	39	23,2
Envenenamiento	14	8,3
Cortes	14	8,3
Quemaduras	5	3
Lesiones por arma blanca	4	2,4
Ahorcamiento	2	1,2
Consumo de tóxicos	52	31

Cuando se preguntó a los pacientes si el intento lo consideraron premeditado o no, el 43,5% (N=73) contestó afirmativamente. Sin embargo al administrar la Escala de Intencionalidad Suicida, en el ítem 15 un 40,5% (n=68), contestó que contempló el suicidio más de 3 horas antes del intento.

Tabla 13. Tipo de fármacos ingerido en la intoxicación medicamentosa

SOBREINGESTA MEDICAMENTOSA Fármacos PSICOTRÓPOS	n	%
Sedantes /hipnóticos	77	54,2
Opiáceos	7	4,2
Antiepilépticos	22	13,1
Antidepresivos no tricíclicos	24	14,3
Antidepresivos tricíclicos	14	8,3
Antipsicóticos atípicos	21	12,5
Antipsicóticos típicos (neurolépticos)	14	8,3
Litio	3	1,8
SOBREINGESTA MEDICAMENTOSA Fármacos NO PSICOTRÓPOS	n	%
Paracetamol	14	8,3
AINES /otros analgésicos (no paracetamol)	7	4,2
AAS (ácido acetilsalicílico)	2	1,2
Insulina	5	3
Antidiabéticos orales	4	2,4
Antihipertensivos	7	4,2
Otros	9	5,4

5.1.6.1. Escala de intencionalidad suicida de Beck (SIS)

Los resultados obtenidos en cada una de las cuestiones de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS) vienen reflejados en la Tabla 14.

La escala SIS se interesa también por otros aspectos relacionados con el intento de suicidio. Así, en el presente estudio se observó que, a pesar de la gravedad del intento, sólo el 14 % lamentaba haber fracasado en el intento, el 67,4% se mostraba arrepentido o avergonzado, mientras que el 18,6% aceptaba el intento y su fracaso. En cuanto a las ideas acerca de la vida después de la muerte, el 32,7% creía en una vida después de la muerte, el 33,6% no tenía ninguna concepción acerca de dicho aspecto y el 33,6 % creía que era un sueño o el final del que nunca se despierta.

La muestra total presentó un riesgo alto de intencionalidad suicida, tal y como muestra la puntuación total de la SIS en la Tabla 14.

Tabla 14. Puntuaciones de cada ítem de la SIS.

Categoría	Variable	n	%	
Parte I: Circunstancias objetivas relacionadas con el intento de suicidio	1. Aislamiento	Alguien presente	19	11,7
		Alguien cercano, o contacto auditivo o visual	71	43,6
		Nadie presente	73	44,8
		Total	163	100
	2. Tiempo	Intervención probable	60	37,3
		Intervención improbable	48	29,8
		Intervención casi imposible	53	31,5
		Total	161	100
	3. Precauciones contra el descubrimiento /intervención	Sin precauciones	65	40,1
		Precauciones pasivas	60	37,0
		Precauciones activas	37	22,8
		Total	162	100
	4. Actos para obtener ayuda durante y después del intento	Pedir ayuda a una persona potencialmente colaboradora hablándole del intento	33	20,5
		Contactar con alguien sin pedir específicamente ayuda	20	12,4
		No contactar o pedir ayuda	108	67,1
		Total	161	100
	5. Actos finales anticipando la muerte	Ninguno	135	82,8
		Pensar sobre ello o hacer algunos arreglos	16	9,8
		Hacer planes definitivos, completar los arreglos	12	7,4
		Total	163	100
	6. Preparación activa para el intento	Ninguna	84	51,5
		Mínima a moderada	51	31,3
		Intensiva	28	17,2
		Total	163	100
	7. Nota de suicidio	Ausencia	123	75,5
		Nota escrita aunque destruida, pensar en la nota	4	2,5
		Presencia de la nota	36	22,1
		Total	163	100
8. Comunicación de la intención antes del intento	Ninguna	114	69,9	
	Comunicación equívoca	37	22,7	
	Comunicación inequívoca	12	7,4	
	Total	163	100	

Categoría	Variable	n	%	
Parte II: Autoinforme	9. Propósito del intento	Manipular el entorno, llamar la atención, venganza	20	12,3
		Entre la anterior y la siguiente	15	9,3
		Escapar, resolver problemas	127	78,4
		Total	162	100
	10. Expectativas sobre el resultado mortal	Piensa que la muerte es imposible	11	6,9
		Piensa que la muerte es posible pero improbable	41	25,8
		Piensa que la muerte es probable o segura	107	67,3
		Total	159	100
	11. Conocimiento de la letalidad del método	Está seguro que el procedimiento no es letal	15	9,4
		No está seguro de que el procedimiento podría ser letal	51	32,1
		Está seguro de que el procedimiento podría ser letal	93	58,5
		Total	159	100
	12. Seriedad del intento	No es un intento serio de acabar con su vida	23	14,2
		Incertidumbre sobre la seriedad de acabar con su vida	34	21,0
		Intento serio de acabar con su vida	105	64,8
		Total	162	100
	13. Actitud ante la vida/muerte	No quería morir	32	19,8
		Entre la anterior y la siguiente	31	19,1
		Quería morir	99	61,1
		Total	162	100
	14. Concepción de la intervención médica	Pensó que la muerte sería improbable si recibiera atención médica	21	13,4
		Pensó que era incierto que la atención médica pudiera salvarle la vida	55	35,0
		Pensó que la muerte sería segura incluso si recibiera atención médica	81	51,6
		Total	157	100
	15. Grado de premeditación	Ninguno, impulsivo	78	47,9
		Pensó en el suicidio en las tres horas previas	17	10,4
		Pensó en el suicidio con más de tres horas de anterioridad	68	41,7
		Total	163	100

Categoría	Variable	n	%	
Parte III: Circunstancias subjetivas	16. Reacción al intento	Arrepentimiento por haberlo hecho, culpa, sentimiento de imprudencia, avergonzado	87	67,4
		Acepta el intento y su fracaso	24	18,6
		Lamenta el fracaso del intento	18	14,0
		Total	129	100
	17. Visión de la muerte	Vida después de la muerte, reunión con sus antepasados	36	32,7
		Sueño del que nunca se despierta, oscuridad, fin de las cosas	37	33,6
		Ninguna concepción o pensamiento acerca de la muerte	37	33,6
		Total	110	100
	18. Número de intentos previos	Ninguno	51	37,5
		1 ó 2	45	33,1
		3 ó más	40	29,4
		Total	136	100
	19. Relación entre el consumo de alcohol y el intento	Consumo previo al intento pero no relacionado con el intento, descrito como insuficiente para alterar el juicio	97	74,0
		Consumo de alcohol suficiente para alterar el juicio, noción de realidad y responsabilidad disminuida.	29	22,1
		Consumo intencional de alcohol para facilitar la puesta en acción del intento	5	3,8
		No consumo de alcohol antes del intento		
		Total	131	100
	20. Relación entre el consumo de drogas y el intento cuando no es el método para el suicidio	Consumo previo al intento pero no relacionado con el intento, descrito como insuficiente para alterar el juicio	112	84,8
		Consumo de drogas suficiente para alterar el juicio; noción de realidad y responsabilidad disminuida.	15	11,4
		Consumo intencional de drogas para facilitar la puesta en acción del intento.	5	3,8
No consumo de alcohol antes del intento				
Total		132	100	

En la Tabla 15 se muestran los resultados del análisis descriptivo de la SIS y de la BIS. Se analizan los factores *letalidad esperada* y *planificación* de la SIS (Mieczkowski et al., 1993; Díaz et al., 2003) de la muestra total. También los factores *concepción*, *preparación*, *precaución* y *comunicación* (Misson et al., 2010) de la muestra total (Tabla).

Tabla 15. Puntuaciones de la SIS y de la BIS.

Suicide Intent Scale (SIS)	n	M (DT)
Puntuación total SIS	153	16,35 (6,54)
Factor letalidad esperada	155	10,44 (3,71)
Factor planificación	159	5,94 (3,74)
Factor concepción	155	9,10 (3,45)
Factor preparación	163	2,31 (2,36)
Factor precaución	160	3,10 (1,76)
Factor comunicación	161	1,84 (0,95)
Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11)	n	M (DT)
Puntuación total BIS-11	111	26,52 (11,90)
Impulsividad motora	128	6,97 (3,71)
Impulsividad cognitiva	133	14,11 (8,45)
Ausencia de planificación	120	5,77 (3,84)

5.1.6.2 Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11)

Los resultados de la Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11), se recogen también en la Tabla 15.

5.1.6.3 Escala de desesperanza de Beck

Las puntuación media de la BHS, recogidos para una muestra de 119 sujetos, fueron una media de 15,60 y una desviación típica de 8,72.

5.2. Análisis de las hipótesis.

A. Los pacientes que requieren ser ingresados en UCI tras un ISMG presentan características socio-demográficas, clínicas y psicométricas diferentes del resto de pacientes con ISMG que no precisan ingreso en UCI.

De la muestra total (n= 168), 99 pacientes ingresaron en la UCI y 69 en otras unidades médico-quirúrgicas tras el IS. Los pacientes ingresados en Unidades de Quemados se consideraron como pacientes UCI.

Se compararon ambos grupos (UCI versus no UCI) a partir de variables sociodemográficas y clínicas, tal y como se muestra en las Tablas 16 y 17. También se compararon variables relacionadas con la conducta suicida personal y familiar y características del IS actual entre ambos grupos (UCI versus no UCI) (Tabla 18). Por último, se compararon las puntuaciones de las escalas psicométricas (BIS-11, SIS y BHS) entre ambos grupos (UCI versus no UCI) tal y como se muestra en la Tabla 19.

Tabla 16. Variables sociodemográficas en el comparativo UCI vs no UCI

Variables sociodemográficas	UCI (n=99)	No UCI (n=69)	Test estadístico
VARIABLES CUALITATIVAS	n (%)	n (%)	Chi cuadrado (χ^2)
Sexo (varón)	48 (48,5%)	32 (46,4%)	$\chi^2=0,07$ $p=0,788$
Inmigrante	13 (13,3%)	9 (13,2%)	$\chi^2=0,00$ $p=0,996$
Convivencia (solo)	19 (19,2%)	15 (21,7%)	$\chi^2=0,16$ $p=0,686$
Nivel educativo			$\chi^2=4,10$ $p=0,043$
- primarios /sin estudios	33 (33,7%)	34 (49,3%)	
- medios /superiores	65 (66,3%)	35 (50,7%)	
Situación laboral			$\chi^2=1,33$ $p=0,721$
- Activo	27 (28,7%)	21 (30,9%)	
- Paro	26 (27,7%)	14 (20,6%)	
- Incapacidad /baja	26 (27,7%)	19 (27,9%)	
- Jubilado	15 (16%)	14 (20,6%)	
Sin ingresos económicos	15 (16,0%)	6 (8,8%)	$\chi^2=1,78$ $p=0,182$
Problemas legales actuales	17 (17,7%)	9 (13,4%)	$\chi^2=0,53$ $p=0,463$
Ambiente familiar normal	56 (61,5%)	38 (55,9%)	$\chi^2=0,51$ $p=0,473$
Abuso físico/ sexual en la infancia / adolescencia (hasta 16 años)	19 (21,1%)	10 (15,4%)	$\chi^2=0,81$ $p=0,367$
Eventos estresantes en el último año:			
<i>dificultades interpersonales</i>	74 (74,7%)	50 (72,5%)	$\chi^2=0,11$ $p=0,740$
<i>problemas económicos</i>	37 (37,4%)	16 (23,2%)	$\chi^2=3,78$ $p=0,05$
<i>problemas legales</i>	16 (16,2%)	8 (11,6%)	$\chi^2=0,69$ $p=0,405$
<i>problemas laborales</i>	34 (34,3%)	20 (29%)	$\chi^2=0,53$ $p=0,464$
<i>problemas de salud</i>	13 (13,1%)	13 (18,3%)	$\chi^2=1,01$ $p=0,31$
VARIABLES CUANTITATIVAS	M (DT)	M (DT)	t-Student
Edad (años)	44,42(16,9)	47,80 (17,59)	t=-1,25 $p=0,212$

Aunque los pacientes ingresados en UCI tenían con más frecuencia, en una primera comparación, estudios medios-superiores comparados con los que ingresaban en otras unidades, al realizar la corrección de Bonferroni ($k=15$; $p<0,0033$ estadísticamente significativos), estas diferencias no se mantuvieron estadísticamente significativas.

Tabla 17. Variables clínicas en el comparativo UCI vs no UCI

VARIABLES CLÍNICAS	UCI (n=99)	No UCI (n=69)	Test estadístico
VARIABLES CUALITATIVAS	n (%)	n (%)	Chi cuadrado (χ^2)
Antecedentes psiquiátricos personales	95 (96%)	55 (79,7%)	$\chi^2=11,22$ p=0,001
Antecedentes psiquiátricos familiares	59 (62,8%)	39 (59,1%)	$\chi^2=0,22$ p=0,639
Diagnóstico actual			
<i>Trastornos por uso de sustancias</i>	35 (35,4%)	27 (39,1%)	$\chi^2=0,24$ p=0,618
<i>Trastornos cognitivos</i>	10 (10,1%)	2 (2,9%)	Fisher exact test p=0,125
<i>Trastornos psicóticos</i>	13 (13,1%)	13 (18,8%)	$\chi^2=1,01$ p=0,314
<i>Trastornos afectivos</i>	38 (38,4%)	31 (44,9%)	$\chi^2=0,71$ p=0,396
<i>Trastornos de la personalidad</i>	44 (44,4%)	26 (37,7%)	$\chi^2=0,55$ p=0,456
<i>Trastorno adaptativo + pacientes sin diagnóstico psiquiátrico</i>	29 (29,3%)	20 (29%)	$\chi^2=0,00$ p=0,966
Enfermedad somática	51 (51,5%)	44 (63,8%)	$\chi^2=2,25$ p=0,134
<i>Enfermedad somática aguda</i>	8 (8,1%)	9 (13%)	$\chi^2=1,10$ p=0,294
<i>Enfermedad somática crónica</i>	48 (48,5%)	41 (59,4%)	$\chi^2=1,95$ p=0,162
Derivación post-alta:			$\chi^2=0,30$ p=0,580
-Domicilio	63 (63,6%)	41 (59,4%)	
- No domicilio (ingreso, otros,...)	36 (36,4%)	28 (40,6%)	
Ingresos en Psiquiatría el año previo	30 (30,3%)	16 (23,2%)	$\chi^2=1,03$ p=0,309
Seguimiento psiquiátrico / psicológico	72 (72,7%)	43 (62,3%)	$\chi^2=2,04$ p=0,153
VARIABLES CUANTITATIVAS	M (DT)	M (DT)	t-Student
Estancia media hospitalaria (días)	27,57 (32,39)	18,10 (50,9)	t=147, p=0,143

Dada la presencia de múltiples comparaciones (k=15), se realizó la corrección de Bonferroni (α/k), considerándose significativas aquellas diferencias observadas con una $p < 0.0033$. Tras aplicar dicha corrección, las variables que permanecieron significativas fueron: antecedentes psiquiátricos personales.

Tabla 18. Conducta suicida personal y familiar y características del IS actual en el comparativo UCI vs no UCI

Variables relacionadas con la conducta suicida	UCI (n=99)	No UCI (n=69)	Test estadístico
VARIABLES CUALITATIVAS	n (%)	n (%)	Chi cuadrado (χ^2)
Antecedentes de conducta suicida familiar	26 (25,5%)	20 (32,8%)	$\chi^2=1$ $p=0,317$
IS previos	69 (69,7%)	37 (53,6%)	$\chi^2=4,51$ $p=0,034$
IS actual			
Métodos violentos	39 (39,4%)	22 (31,9%)	$\chi^2=0,99$ $p=0,319$
Intoxicación medicamentosa	70 (70,7%)	43 (62,3%)	$\chi^2=1,30$ $p=0,25$
Envenenamiento	2 (2%)	12 (17,4%)	$\chi^2=12,58$ $p<0,0005$
Precipitación	28 (28,3%)	11 (15,9%)	$\chi^2=3,47$ $p=0,062$
Ahorcamiento	2 (2%)	0 (0%)	Fisher exact test $p=0,513$
Venosección	3 (3%)	11 (15,9%)	$\chi^2=8,8$ $p=0,003$
Lesión por arma blanca	2 (2%)	2 (2,9%)	Fisher exact test $p=1$
Quemaduras	5 (5,1%)	0 (0%)	Fisher exact test $p=0,079$
Consumo de tóxicos	32 (32,3%)	20 (29%)	$\chi^2=0,21$ $p=0,645$

En una primera comparación, los pacientes que ingresaron en UCI, habían realizado con más frecuencia intentos previos y habían usado el envenenamiento frente a los que ingresaban en otras unidades médico-quirúrgicas. Estos, en cambio, usaban con más frecuencia la venosección.

Dada la presencia de múltiples comparaciones ($k=11$), se realizó la corrección de Bonferroni (α/k), considerándose significativas aquellas diferencias observadas con una $p<0,0045$. Tras aplicar dicha corrección, las variables que permanecieron significativas fueron: envenenamiento y venosección.

Tabla 19. Puntuaciones de las variables psicométricas en el comparativo UCI vs no UCI

Variables psicométricas	UCI (n=99)	No UCI (n=69)	Test estadístico
VARIABLES CUANTITATIVAS	M (DT)	M (DT)	t-student
Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)			
Total BIS-11	27,15 (12,15)	25,36 (11,5)	t=0,76 p=0,451
Impulsividad motora	6,91 (3,66)	7,06 (3,82)	t=-0,221 p=0,825
Impulsividad cognitiva	14,35 (8,33)	13,74 (8,68)	t=0,41 p=0,683
Ausencia de planificación	6,07 (3,89)	5,25 (3,74)	t=1,12 p=0,264
Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS)			
Total SIS	16,33 (6,23)	16,39 (7,02)	t=-0,053 p=0,958
Factor concepción	9,32 (3,39)	8,77 (3,55)	t=0,97 p=0,335
Factor preparación	2,19 (2,33)	2,48 (2,42)	t=-0,77 p=0,443
Factor precaución	3,04 (1,67)	3,18 (1,89)	t=-0,49 p=0,623
Factor comunicación	1,80 (0,96)	1,91 (0,95)	t=-0,74 p=0,461
Factor letalidad esperada	10,58 (3,6)	10,23 (3,89)	t=0,58 p=0,561
Factor planificación	5,81 (3,67)	6,14 (3,85)	t=-0,55 p=0,561
Escala de Desesperanza de Beck			
Puntuación total	14,28 (9,1)	15,91 (8,14)	t=-1,005 p=0,317

Al comparar el grupo que precisó ingreso en UCI respecto al que ingresó en otras unidades médico-quirúrgicas, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de las distintas variables psicométricas..

Los resultados del análisis de regresión logística un análisis de regresión logística con las variables que se mantuvieron significativas tras la corrección de Bonferroni se muestran en la Tabla 20.

También se incluyó la variable IS previos, a pesar de que tras la corrección de Bonferroni no se mantuvo la significación estadística, puesto que se consideró clínicamente relevante su inclusión.

Tras llevar a cabo una regresión logística, se mantuvieron significativas las variables: envenenamiento y venosección como métodos, así como la presencia de antecedentes psiquiátricos personales (ver Tabla 20).

Tabla 20. Análisis de regresión logística en el comparativo UCI vs no UCI

Variables	Exp(B)	Wald	Sig.	Exp(B) (IC 95%)
Envenenamiento	8,403	6,965	0,008	(1,73-40,83)
Venosección	5,893	6,555	0,010	(1,52-22,91)
Antecedentes psiquiátricos personales	0,274	4,097	0,043	(0,08-0,96)
Constante	1,665	0,671	0,413	

Model $\chi^2= 27,18$; $p < 0,0005$

B. Existen subgrupos en los ISMG con características diferenciales en función del método suicida empleado (violento vs. no violento).

Se consideraron no violentos los intentos de suicidio llevados a cabo por intoxicación medicamentosa y/o envenenamiento mientras que los violentos abarcaban el resto de métodos suicidas. De la muestra total (n= 168), 61 pacientes realizaron IS violentos y 107 IS no violentos.

Se compararon ambos grupos (IS violentos vs IS no violentos) por lo que respecta a las variables socio-demográficas y clínicas, tal y como se muestra en las Tablas 21 y 22. También se compararon las variables asociadas a la historia de conducta suicida personal y familiar y al IS actual (Tabla 23). Por último, se compararon las puntuaciones medias de las escalas psicométricas (BIS-11, SIS y BHS) entre ambos grupos tal y como se muestra en la Tabla 24.

Tabla 21. Variables socio-demográficas en el comparativo IS violentos vs no violentos.

Variables sociodemográficas	IS violentos (n= 61)	IS no violentos (n=107)	Test estadístico
VARIABLES CUALITATIVAS	n (%)	n (%)	Chi cuadrado (χ^2)
Sexo (varón)	30 (49,2%)	50 (46,7%)	$\chi^2=0,09$ $p=0,760$
Inmigrante	6 (9,8%)	16 (15,2%)	$\chi^2=0,97$ $p=0,322$
Convivencia (solo)	10 (16,4%)	24 (22,4%)	$\chi^2=0,87$ $p=0,349$
Nivel educativo			$\chi^2=0,12$ $p=0,724$
- primarios /sin estudios	23 (38,3%)	44 (41,1%)	
- medios /superiores	37 (31,7%)	63 (58,9%)	
Situación laboral			$\chi^2=3,72$ $p=0,293$
- Activo	18 (31,6%)	30 (28,6%)	
- Paro	17 (29,8%)	23 (21,9%)	
- Incapacidad /baja	16 (28,1%)	29 (27,6%)	
- Jubilado	6 (10,5%)	23 (21,9%)	
Sin ingresos económicos	8 (14%)	13 (12,4%)	$\chi^2=0,09$ $p=0,765$
Problemas legales actuales	8 (13,6%)	18 (17,3%)	$\chi^2=0,39$ $p=0,530$
Ambiente familiar normal	37 (63,8%)	57 (56,4%)	$\chi^2=0,83$ $p=0,365$
Abuso físico y sexual en la infancia / adolescencia (hasta 16 años)	7 (12,3%)	22 (22,4%)	$\chi^2=2,45$ $p=0,118$
Eventos estresantes en el último año:			
<i>dificultades interpersonales</i>	42 (68,9%)	82 (76,6%)	$\chi^2=1,21$ $p=0,270$
<i>problemas económicos</i>	18 (29,5%)	35 (32,7%)	$\chi^2=0,18$ $p=0,668$
<i>problemas legales</i>	7 (11,5%)	17 (15,9%)	$\chi^2=0,61$ $p=0,432$
<i>problemas laborales</i>	20 (32,8%)	34 (31,8%)	$\chi^2=0,01$ $p=0,893$
<i>problemas de salud</i>	12 (19,7%)	14 (13,1%)	$\chi^2=1,28$ $p=0,256$
VARIABLES CUANTITATIVAS	M (DT)	M (DT)	t-Student
Edad (años)	42,30 (15,80)	47,81 (17,73)	$t=-2,02$ $p=0,045$

Los pacientes que realizaron un IS violento tenían una edad media de 42,30 años, mientras que la edad media de aquéllos que realizaron un IS no violento fue de 47,81 años ($p=0,045$).

Dada la presencia de múltiples comparaciones ($k=15$), se realizó la corrección de Bonferroni (α/k), considerándose significativas aquellas diferencias observadas con una $p<0.0033$. Tras aplicar dicha corrección, ninguna diferencia se podía considerar estadísticamente significativa.

Tabla 22. Variables clínicas en el comparativo IS violentos vs no violentos

Variables clínicas	IS violentos (n=61)	IS no violentos (n=107)	Test estadístico
VARIABLES CUALITATIVAS	n (%)	n (%)	Chi cuadrado (χ^2)
Antecedentes psiquiátricos personales	53 (86,9%)	97 (90,7%)	$\chi^2=0,58$ $p=0,448$
Antecedentes psiquiátricos familiares	40 (67,8%)	58 (57,4%)	$\chi^2=1,69$ $p=0,194$
Diagnóstico actual			
<i>Trastorno por uso de sustancias</i>	22 (36,1%)	40 (37,4%)	$\chi^2=0,03$ $p=0,865$
<i>Trastornos cognitivos</i>	5 (8,2%)	7 (6,5%)	Fisher exact test $p=0,759$
<i>Trastornos psicóticos</i>	9 (14,8%)	17 (15,9%)	$\chi^2=0,04$ $p=0,845$
<i>Trastornos afectivos</i>	22 (36,1%)	47 (43,9%)	$\chi^2=0,99$ $p=0,319$
<i>Trastorno de la personalidad</i>	24 (39,3%)	46 (43%)	$\chi^2=0,21$ $p=0,645$
<i>Trastorno adaptativo + pacientes sin diagnóstico psiquiátrico</i>	18 (29,5%)	31 (29%)	$\chi^2=0,01$ $p=0,941$
Enfermedad somática	28 (45,9%)	67 (62,6%)	$\chi^2=4,42$ $p=0,036$
<i>Enfermedad somática aguda</i>	7 (11,5%)	10 (9,3%)	$\chi^2=0,19$ $p=0,660$
<i>Enfermedad somática crónica</i>	25 (41%)	64 (59,8%)	$\chi^2=5,53$ $p=0,019$
Derivación post-alta -domicilio - otros	33 (54,1%) 28 (45,9%)	71 (66,4%) 36 (33,6%)	$\chi^2=2,48$ $p=0,116$
Ingresos en Psiquiatría el año previo	15 (24,6%)	31 (29%)	$\chi^2=0,375$ $p=0,540$
Seguimiento psiquiátrico / psicológico	44 (72,1%)	71 (66,4%)	$\chi^2=0,600$ $p=0,438$
VARIABLES CUANTITATIVAS	M (DT)	M (DT)	t-Student
Estancia media hospitalaria (días)	45,93 (59,4)	10,88 (14,87)	$t=4,51$ $p<0,0005$

Dada la presencia de múltiples comparaciones ($k=15$), se realizó la corrección de Bonferroni (α/k), considerándose significativas aquellas diferencias observadas con una $p<0.0033$. Tras

aplicar dicha corrección, sólo la estancia media hospitalaria era diferente entre ambos grupos.

Tabla 23. Conducta suicida personal y familiar y características del IS actual en el comparativo IS violentos versus no violentos

Variables relacionadas con la conducta suicida	IS violentos (n=61)	IS no violentos (n=107)	Test estadístico
VARIABLES CUALITATIVAS	n (%)	n (%)	Chi cuadrado (χ^2)
Antecedentes de conducta suicida familiar	18 (30%)	28 (27,2%)	$\chi^2=0,15$ $p=0,700$
IS previos	27 (44,3%)	79 (73,8%)	$\chi^2=14,58$ $p<0,0005$
IS actual			
Consumo de tóxicos	17 (27,9%)	35 (32,7%)	$\chi^2=0,43$ $p=0,514$

En una primera comparación, los pacientes que realizaron un intento de suicidio violento, padecían con menor frecuencia enfermedades somáticas agudas o crónicas, también tenían menor frecuencia de intentos previos y permanecían hospitalizados durante más tiempo que los que realizaron intentos violentos.

No obstante, tras las correcciones de Bonferroni realizadas, sólo las diferencias en los IS previos y la estancia media hospitalaria permanecieron como estadísticamente significativas.

Tabla 24. Puntuaciones de las variables psicométricas en el comparativo IS violentos vs no violentos

Variables psicométricas	IS violentos (n=61)	IS no violentos (n=107)	Test estadístico
VARIABLES CUANTITATIVAS	M (DT)	M (DT)	t-Student
Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)			
Total BIS-11	24,53 (11,87)	27,56 (11,87)	t=-1,28 p= 0,204
Impulsividad motora	6,26 (3,09)	7,37 (3,97)	t=-1,75 p=0,084
Impulsividad cognitiva	12,32 (8,77)	15,08 (8,15)	t=-1,82 p=0,071
Ausencia de planificación	5,95 (3,96)	5,67 (3,79)	t=0,39 p=0,699
Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS)			
Total SIS	15,31 (6,11)	16,87 (6,71)	t=-1,39 p=0,165
Factor concepción	8,92 (3,27)	9,20 (3,56)	t=-0,46 p=0,644
Factor preparación	1,60 (2,01)	2,72 (2,47)	t=-2,98 p=0,003
Factor precaución	2,89 (1,79)	3,21 (1,73)	t=-1,10 p=0,273
Factor comunicación	2,03 (0,89)	1,74 (0,97)	t=1,91 p=0,058
Factor letalidad esperada	10,13 (3,54)	10,60 (3,81)	t=-0,74 p=0,460
Factor planificación	5,34 (3,47)	6,27 (3,85)	t=-1,52 p=0,133
Escala de desesperanza de Beck			
Puntuación total	16,09 (8,02)	14,35 (9,05)	t=1,034 p=0,303

Los pacientes que realizaron un IS no violento presentaron mayor puntuación en el factor preparación de la SIS, diferencias que se mantuvieron al aplicar la corrección de Bonferroni ($k=12$; $p<0.0042$). Los resultados del análisis de regresión logística con las variables que se mantuvieron significativas tras la corrección de Bonferroni se reflejan en la Tabla 24. También se incluyó la variable enfermedad somática crónica, a pesar de que tras la corrección de Bonferroni no se mantuvo la significación estadística, al considerar clínicamente relevante su inclusión.

Tras realizar el análisis de regresión logística, se mantuvieron significativas las siguientes variables: enfermedad somática crónica, IS previos y el factor preparación de la SIS (ver Tabla 25).

Tabla 25. Análisis de regresión logística en el comparativo IS violentos vs IS no violentos

Variables	Exp(B)	Wald	Sig.	Exp(B) (IC 95%)
Enfermedad somática crónica	2,055	4,041	0,044	(1,02-4,15)
IS previos	3,794	13,287	<0,0005	(1,85- 7,77)
Factor preparación de la SIS	1,255	8,197	0,004	(1,07-1,46)
Constante	0,326	9,002	0,003	

Model $\chi^2= 29,43$

$p < 0,0005$

C. Existen diferencias clínicas y de características del IS entre los pacientes con un ISMG que presentan un trastorno adaptativo y/o no padecen otro trastorno psiquiátrico y los que llevan a cabo ISMG y cumplen criterios para cualquier otro diagnóstico psiquiátrico.

Se dividió la muestra total (n= 168) en dos grupos: el grupo 1 (pacientes sin diagnóstico psiquiátrico o diagnóstico de trastorno adaptativo) contaba con 15 sujetos y el grupo 2 (pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos diferentes al trastorno adaptativo) con 153.

Se compararon las variables socio-demográficas y clínicas de ambos grupos, tal y como se muestra en las Tablas 26 y 27. También se compararon variables relativas a la historia de conducta suicida personal y familiar y del IS actual (Tabla 28). Por último, se compararon las puntuaciones de las escalas psicométricas (BIS-11, SIS y BHS) entre ambos grupos, tal y como se muestra en la Tabla 29.

Tabla 26. Variables sociodemográficas en el comparativo grupo 1 (trastorno adaptivo y pacientes sin diagnóstico psiquiátrico vs grupo 2 (pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos)

Variables sociodemográficas	GRUPO 1 (T.adaptivo + pacientes sin diagnóstico. psiquiátrico) (n=15)	GRUPO 2 (Otros diagnósticos psiquiátricos) (n=153)	Test estadístico
VARIABLES CUALITATIVAS	n (%)	n (%)	Chi cuadrado (χ^2)
Sexo (varón)	6 (40%)	74 (48,4%)	$\chi^2=0,38$ $p=0,536$
Inmigrante	4 (26,7%)	18 (11,9%)	Fisher exact test $p=0,117$
Convivencia (solo)	3 (20%)	31 (20,3%)	Fisher exact test $p=1,000$
Nivel educativo			$\chi^2=2,71$ $p=0,1$
- primarios /sin estudios	9 (60%)	58 (38,2%)	
- medios /superiores	6 (40%)	94 (61,8%)	
Situación laboral			$\chi^2=6,55$ $p=0,088$
- Activo	6 (46,2%)	42 (28,2%)	
- Paro	3 (23,1%)	37 (24,8%)	
- Incapacidad /baja	0 (0%)	45 (30,2%)	
- Jubilado	4 (30,8%)	25 (16,8%)	
Sin ingresos económicos	2 (15,4%)	19 (12,8%)	$\chi^2=0,073$ $p=0,786$
Problemas legales actuales	1 (6,7%)	25 (16,9%)	Fisher exact test $p= 0,270$
Ambiente familiar normal	10 (66,7%)	84 (58,3%)	$\chi^2=0,390$ $p=0,532$
Abuso físico /sexual en la infancia / adolescencia (hasta 16 años)	2 (13,3%)	27 (19,3%)	Fisher exact test $p= 0,738$
Eventos estresantes en el último año:			
<i>dificultades interpersonales</i>	10 (66,7%)	114 (74,5%)	Fisher exact test $p= 0,543$
<i>problemas económicos</i>	6 (40%)	47 (30,7%)	Fisher exact test $p= 0,561$
<i>problemas legales</i>	0 (0%)	24 (15,7%)	Fisher exact test $p= 0,132$
<i>problemas laborales</i>	5 (33,3%)	49 (32%)	Fisher exact test $p= 1$
<i>problemas de salud</i>	4 (26,7%)	22 (14,4%)	Fisher exact test $p= 0,255$
VARIABLES CUANTITATIVAS	M (DT)	M (DT)	U Mann-Whitney
Edad (años)	49,40 (20,89)	45,46 (16,85)	$p=0,501$

Al comparar el grupo con trastorno adaptativo o sin ningún trastorno psiquiátrico, respecto al grupo con diagnósticos psiquiátricos, no se obtuvo ninguna variable socio-demográfica significativa.

Tabla 27. Diferencias clínicas entre grupo 1 (trastorno adaptivo y pacientes sin diagnóstico psiquiátrico vs grupo 2 (pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos).

Variables clínicas	GRUPO 1 (T.adaptivo + pacientes sin diagnóstico psiquiátrico) (n=15)	GRUPO 2 (Otros diagnósticos psiquiátricos) (n=153)	Test estadístico
VARIABLES CUALITATIVAS	n (%)	n (%)	Chi cuadrado (χ^2)
Enfermedad somática	11 (73,3%)	84 (54,9%)	$\chi^2=1,89$ $p=0,169$
<i>Enfermedad somática aguda</i>	5 (33,3%)	12 (7,8%)	Fisher exact test p=0,009
<i>Enfermedad somática crónica</i>	11 (73,3%)	78 (51%)	$\chi^2=2,74$ $p=0,098$
Derivación post-alta -domicilio - otros	13 (86,7%) 2 (13,3%)	91 (59,5%) 62 (40,5%)	$\chi^2=4,28$ p=0,039
Unidad de ingreso: -UCI -Otras unidades médico-quirúrgicas	6 (40%) 9 (60%)	93 (60,8%) 60 (39,2%)	$\chi^2=2,44$ $p=0,118$

Dada la presencia de múltiples comparaciones ($k=5$), se realizó la corrección de Bonferroni (α/k), considerándose significativas aquellas diferencias observadas con una $p<0.01$. Tras aplicar dicha corrección, sólo la diferencias entre la prevalencia de enfermedad somática aguda permanecieron como estadísticamente significativas.

Tabla 28. Variables relacionadas con la conducta suicida en el comparativo grupo 1 (trastorno adaptativo y pacientes sin diagnóstico psiquiátrico vs grupo 2 (pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos).

Variables relacionadas con la conducta suicida	GRUPO 1 (T.adaptativo + pacientes sin diagnóstico. psiquiátrico) (n=15)	GRUPO 2 (Otros diagnósticos psiquiátricos) (n=153)	Test estadístico
VARIABLES CUALITATIVAS	n (%)	n (%)	Chi cuadrado (χ^2)
Antecedentes de conducta suicida familiar	3 (20%)	43 (29,1%)	Fisher exact test $p=0,560$
IS previos	4 (26,7%)	102 (66,7%)	$\chi^2=9,39$ $p=0,002$
IS actual: - Métodos violentos	7 (46,7%)	54 (35,3%)	$\chi^2=7,64$ $p=0,382$
IS actual			
Intoxicación medicamentosa	10 (66,7%)	103 (67,3%)	Fisher exact test $p=1$
Envenenamiento	2 (13,3%)	12 (7,8%)	Fisher exact test $p=0,362$
Precipitación	2 (13,3%)	37 (24,2%)	Fisher exact test $p=0,524$
Ahorcamiento	0 (0%)	2 (1,3%)	Fisher exact test $p=1$
Venosección	4 (26,7%)	10 (6,5%)	Fisher exact test $p=0,024$
Lesión por arma blanca	1 (6,7%)	3 (2%)	Fisher exact test $p=0,315$
Quemaduras	0 (0%)	5 (3,3%)	Fisher exact test $p=1$
Consumo de tóxicos	1 (6,7%)	51 (33,3%)	Fisher exact test $p=0,039$

Las diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos fue la presencia de IS previos, más frecuente entre los pacientes con diagnósticos psiquiátricos distintos del trastorno adaptativo. En cambio, la venosección era más frecuente entre los que presentaban o bien un trastorno adaptativo o ningún diagnóstico psiquiátrico.

De los pacientes con sólo un trastorno adaptativo o ningún diagnóstico psiquiátrico, el 6.7% consumieron tóxicos en el contexto del IS, mientras que de los pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos, el 33.3% consumieron tóxicos en el contexto del IS ($p=0,039$).

Dada la presencia de múltiples comparaciones ($k=11$), se realizó la corrección de Bonferroni (α/k), considerándose significativas aquellas diferencias observadas con una $p < 0,0045$. Tras aplicar dicha corrección, sólo se mantuvieron significativas las diferencias entre grupos por lo que respecta a la presencia o no de IS previos.

Las diferencias en la distribución de las variables psicométricas se recogen en la Tabla 29.

Tabla 29. Variables psicométricas en el comparativo grupo 1 (trastorno adaptivo y pacientes sin diagnóstico psiquiátrico vs grupo 2 (pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos)).

Variables psicométricas	GRUPO 1 (T.adaptivo + pacientes sin diagnóstico. psiquiátrico) (n=15)	GRUPO 2 (Otros diagnósticos psiquiátricos) (n=153)	Test estadístico
VARIABLES CUANTITATIVAS	M (DT)	M (DT)	U Mann Whitney
Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)			
Total BIS-11	22,33 (11,09)	26,89 (11,96)	$p=0,265$
Impulsividad motora	5,18 (2,86)	7,14 (3,74)	$p=0,083$
Impulsividad cognitiva	12,69 (8,26)	14,26 (8,49)	$p=0,652$
Ausencia de planificación	3,18 (2,52)	6,03 (3,86)	$p=0,015$
Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS)			
Total SIS	15,17 (6,06)	16,45 (6,59)	$p=0,345$
Factor concepción	8,83 (2,62)	9,13 (3,52)	$p=0,397$
Factor preparación	2,13 (2,33)	2,32 (2,38)	$p=0,786$
Factor precaución	2,29 (2,13)	3,18 (1,71)	$p=0,055$
Factor comunicación	1,73 (1,10)	1,86 (0,94)	$p=0,497$
Factor letalidad esperada	10 (2,80)	10,48 (3,78)	$p=0,336$
Factor planificación	4,93 (3,81)	6,04 (3,73)	$p=0,222$
Escala de desesperanza de Beck			
Puntuación total	15,25 (8,56)	14,35 (9,12)	$p=0,603$

Los pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos que el trastorno adaptativo sólo se diferenciaron en la mayor puntuación en la subescala ausencia de planificación de la BIS-11. No obstante, dada la presencia de múltiples comparaciones ($k=12$), se realizó la corrección de Bonferroni (α/k), considerándose significativas aquellas diferencias observadas con una $p < 0,0042$. Tras aplicar dicha corrección, ninguna variable se mantuvo significativa.

Tras realizar el análisis de regresión logística, se mantuvieron significativas las siguientes variables: enfermedad somática aguda y presencia de IS previos, tal y como se muestra en la Tabla 30.

Tabla 30. Análisis de regresión logística en el comparativo comparativo grupo 1 (trastorno adaptivo y pacientes sin diagnóstico psiquiátrico vs grupo 2 (pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos).

Variables	Exp(B)	Wald	Sig.	Exp(B) (IC 95%)
Enfermedad somática aguda	5,635	6,827	0,009	(1,54-20,61)
IS previos	0,187	7,244	0,007	(0,05-0,63)
Constante	0,155	23,713	<0,0005	

Model $\chi^2= 15,17$; $p < 0,001$

DISCUSSION

6. DISCUSIÓN

6.1. Consideraciones generales.

El presente estudio forma parte de un proyecto iniciado en el *Hospital Clínic* de Barcelona, en el que, desde el Servicio de Psiquiatría de Enlace, se empezaron a identificar y estudiar pacientes ingresados en unidades médico-quirúrgicas tras un intento de suicidio grave. Posteriormente, este proyecto se continuó en el *Hospital Universitari Vall d'Hebron*. Se trata de un estudio novedoso pues recoge información sobre pacientes hospitalizados tras un ISMG en un área urbana definida y se plantea la hipótesis de que dichos IS no sean una población homogénea desde el punto de vista clínico.

Para clasificar los ISMG, se utilizaron criterios clínicos, tal y como se ha decidido en otras investigaciones (Beautrais, 2001, 2002, 2003a, 2003b, 2004, 2005; Beautrais et al., 1996, 1999). A pesar de la diversidad de criterios a la hora de definir los ISMG, en nuestro medio (*Hospital Universitari Vall d'Hebron* y *Hospital Clínic*) había una alta probabilidad de que la indicación de ingreso o el requerimiento de una estancia hospitalaria más prolongada (mínimo establecido en nuestro estudio: 48 horas) se realizara en los casos más graves. En nuestro contexto, en el que hay una evidente falta de recursos de hospitalización, se reserva la opción de ingreso psiquiátrico o la estancia de un mínimo de 48 horas en el hospital, a aquellos casos en los que puede haber un compromiso orgánico. De ahí el interés del presente estudio, pues, de algún modo, podía considerarse la población estudiada como una muestra de “suicidios frustrados”.

6.2. Representatividad de la muestra.

La descripción de las características de la muestra era el objetivo principal de nuestro estudio.

6.2.1. Aspectos sociodemográficos.

En nuestra muestra había un ligero predominio de mujeres (52,4%). Esta prevalencia es ligeramente inferior a la observada en otros estudios, como los de Beautrais, en el que la prevalencia era del 53,6% (Beautrais, 1996) y del 54,9% (Beautrais 2001), y ligeramente superior a estudios más recientes en los que los porcentajes de mujeres son 43,6% (Levi-Belz, 2014). También la edad media de nuestra muestra, 45 años, es superior a la de otros estudios, edades que suelen ubicarse en la franja de los 30-40 años (Beautrais, 2001, 1996; Levi-Belz et al., 2014).

El 20,2% de nuestra muestra vivía solo, porcentaje inferior al de estudios recientes donde se obtuvieron porcentajes del 26% (Douglas et al., 2004), 23,3% (Gvion et al., 2014), 31,4% (Horesh et al., 2013) o 26,9% (Levi-Belz et al., 2014). El 38% tenía estudios primarios porcentaje inferior al de otros estudios como el de Beautrais (2001) que registraba una frecuencia relativa del 53,8%.

El 13,7% de nuestra muestra refirió haber sufrido algún tipo de abuso físico en la infancia y adolescencia y el 7,1%, abuso sexual en ese período. Las tasas de abuso sexual en la infancia y adolescencia de estudios centrados en ISMG son superiores: 32% en una muestra de pacientes jóvenes (Beautrais, 2003b); 57 % (Elliott et al., 1996); 26,3%, en una muestra de pacientes mayores de 55 años (Beautrais, 2002). Los estudios citados no encontraron diferencias significativas en relación al abuso sexual u otras experiencias adversas en la infancia respecto a otros tipos de conducta suicida. El hecho de que el grupo de conducta suicida (ISMG y suicidios consumados) tuviera mayor número de experiencias adversas en la infancia sugiere que los individuos con exposiciones tempranas a circunstancias adversas, pueden tener un aumento de la vulnerabilidad para desarrollar trastornos del estado de ánimo y conducta suicida a lo largo de su vida (Beautrais, 2002). El hecho de que la prevalencia de abusos en la infancia recogida en nuestro estudio fuera inferior a la observada en otros estudios, se podría atribuir a la estigmatización, haciendo que el paciente fuera más reacio a registrar haber sido víctimas de ese tipo de conductas.

La presencia de estresores ambientales en el último año fue del 91,7%, muy superior al de otras series como la de Beautrais (2001), que era del 74,9%. Los más frecuentes fueron los estresores de tipo interpersonal (73,8%), seguidos por los laborales (32,1%). En otros estudios, en cambio, los estresores ambientales más frecuentes fueron los laborales (38,2%) (Beautrais, 2001).

El 56,5% de los pacientes de nuestro estudio tenían una enfermedad médica independiente de las secuelas del IS, siendo las más frecuentes las enfermedades cardiovasculares. A pesar de que hay muchos estudios que evalúan la relación entre enfermedad médica y conducta suicida, no son muchos los estudios sobre ISMG que lo valoran específicamente. Ikeda, *et al.*, valoran este factor de riesgo en población joven, en la que el 16,4% refirió tener problemas médicos (siendo los más frecuentes, por orden, el asma, los problemas de espalda y el VIH). En dicho estudio, el riesgo de IS grave se incrementaba a medida que lo hacía el número de problemas médicos referidos y se encontró también una correlación positiva entre la presencia de un problema médico y el ISMG en varones, pero no en las mujeres (Ikeda *et al.*, 2001). En nuestra muestra de pacientes jóvenes (18-35 años), la prevalencia de problemas médicos fue del 33,3%, el doble que la observada en el estudio de Ikeda, diferencia que podría atribuirse a que la franja de edad en el estudio de Ikeda fue de los 13-34 años, diferente de la de nuestro estudio (18-88). Los problemas médicos en nuestra serie de casos en población joven (18-35) fueron: problemas respiratorios y traumatológicos (9,8% respectivamente), seguidos por los problemas endocrinológicos. Otro estudio centrado en población de edad avanzada, en la que el punto de corte era los 55 años, no se observó que las condiciones médicas de los pacientes permitieran distinguir a los sujetos que realizaron un ISMG respecto los fallecidos por suicidio y respecto al grupo control, es decir, la presencia de enfermedades médicas (que fue elevada en toda la muestra) no distinguía el grupo de conducta suicida respecto al grupo control (Beautrais, 2002).

6.2.2. Aspectos psicopatológicos.

El 98,8% de la muestra tenía un diagnóstico psiquiátrico en el momento del IS, porcentaje similar al de estudios realizados en medios socioculturales equiparables al nuestro

(Arsenault-Lapierre et al., 2004; Beautrais, 1996, 2001, 2002, 2003a, 2003b, 2004; Cavanagh et al., 2003; Elliott et al., 1996).

Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de la personalidad (41,1% respectivamente), seguidos por los trastornos por uso de sustancias (36,9%). Un 8,9% eran pacientes sin ningún diagnóstico psiquiátrico o sólo con un trastorno adaptativo. Es ampliamente conocido el rol de los trastornos afectivos (depresión) en la conducta suicida (Levi et al., 2008).

Beautrais *et al.*, encontraron que los trastornos más frecuentes en los ISMG eran: los trastornos afectivos (76,8%) -depresión (61,9%)-, seguidos por los trastornos por uso de sustancias (38,7%). Además, los trastornos afectivos fueron los que más contribuyeron a aumentar el riesgo de ISMG (Beautrais et al., 1996). En otros estudios del mismo grupo, la prevalencia de trastornos del estado del ánimo fue del 78,2% (Beautrais, 2001), 86,4% (Beautrais, 2002) y 71,2% (Beautrais, 2003). En otros estudios la prevalencia de depresión en los ISMG fue: 58% (Douglas et al. 2004); 33,8% (Elliott et al., 1996); 67,8% en los IS graves y 67% en los IS violentos (Giner et al., 2014); y 85,6% (Swahn et al., 2001). La prevalencia de trastornos del estado de ánimo fue: 78,2% (Beautrais, 2001), 86,4% (Beautrais, 2002); y 71,2% (Beautrais, 2003). Otro estudio en el que se comparaban ISMG con IS leves, los primeros presentaron puntuaciones más altas en el Inventario de Depresión de Beck que los segundos (Levi et al., 2008).

En el estudio de Elliott *et al.*, la prevalencia de depresión en la muestra fue mucho más baja (34% ISMG y 19% en IS no graves), respecto al estudio de Swahn *et al.*, que tenía una prevalencia del 86% en ISMG y del 98% en los IS no graves. Estas diferencias podrían ser por los diferentes criterios a la hora de valorar la depresión. Elliott *et al.* valoraron la presencia de trastorno depresivo según criterios DSM-IV. En cambio Swahn *et al.* valoraron la presencia de estado de ánimo depresivo según los criterios del *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scales* (Radloff, 1977) (Swahn et al., 2001).

Estas diferencias entre las prevalencias observadas en los diversos trabajos podrían atribuirse a que las muestras de los estudios comparativos no son equiparables y a que no todos utilizan los mismos criterios para definir la depresión (Swahn et al., 2001). En algunos

estudios de Beautrais, se incluye sólo depresión mayor y trastorno bipolar tipo I y tipo II. Otros estudios hacen referencia a los trastornos depresivos sin especificar otras alteraciones del estado de ánimo y otros no hacen referencia a los diagnósticos incluidos en los trastornos del estado de ánimo. Por último, otros se basan en las puntuaciones obtenidas en las escalas psicométricas que valoran la depresión (Horesh et al., 2008).

A pesar de la gran evidencia del rol de la depresión, la desesperanza y el dolor mental en la conducta suicida en general y en las autolesiones deliberadas, en particular, la implicación de estos factores específicamente en la gravedad del intento suicida apenas ha sido investigada y los pocos estudios al respecto arrojan resultados contradictorios (Levi et al., 2008). Por ejemplo, mientras que en un estudio los ISMG tenían depresión menos grave que la de los IS no graves (Swahn et al., 2001), otros autores han observado lo contrario (Beautrais, 2003b).

Otros trabajos señalan que la vulnerabilidad del estado de ánimo causado por el abuso de sustancias podría llevar a IS más graves (Elliott et al., 1996).

A pesar de que la mayoría de investigaciones apuntan a que los trastornos afectivos, en concreto la depresión, es el diagnóstico más prevalente en pacientes con ISMG más en un trabajo reciente se observó así la mitad de la muestra (49%) no tenía diagnóstico en eje I y sólo tenían diagnóstico en el Eje II (Cooper-Kazaz, 2013). Sin embargo, es difícil extrapolar los resultados de este estudio a los obtenidos en el nuestro, entre otros motivos porque en las características de dicha muestra pueden jugar un papel importante los aspectos culturales. Así, el trabajo de Cooper-Kazaz se realizó con una muestra de Jerusalén, que ni se podría equiparar con estudios realizados en otras partes de Israel, y, además, la muestra de ISMG era muy pequeña (n=49).

Los pacientes de nuestro estudio tuvieron una estancia media en el hospital de 23,68 días, mayor que la observada en otros trabajos en los que la estancia media fue de 22,7 días (Cooper-Kazaz, 2013) y de 19 días (Levi et al., 2008; Levi-Belz, 2013, 2014). Este dato refuerza el hecho que los pacientes de nuestro estudio tenían un compromiso orgánico importante y, por lo tanto, podrían considerarse muy próximos a los sujetos que fallecen por suicidio.

Pocos estudios hacen referencia al destino de los pacientes que cometen un ISMG tras su salida del hospital. En nuestro estudio, el 61,9% fueron derivados a domicilio, el 29,8% ingresaron en Psiquiatría, un 6% precisó ingreso en centro socio-sanitario para recuperación de las secuelas físicas secundarias al IS y un paciente (0,6%) falleció durante su estancia en el hospital. En cambio, en el único estudio que hace referencia a este aspecto, el porcentaje de pacientes que era derivado al domicilio era inferior (47%) al nuestro mientras que había un mayor porcentaje precisó ingreso en una unidad psiquiátrica (37,7%) (Cooper-Kazaz, 2013). Los pacientes que ingresaron en una institución equivalente a un centro socio-sanitario en nuestro medio, fue del 6,1% (Cooper-Kazaz, 2013), datos similares a los obtenidos en nuestro estudio. Las diferencias se podrían justificar por el tamaño muestral de este estudio (n=49), tal y como se ha mencionado previamente.

6.2.3. Método suicida.

No todos los estudios sobre ISMG, detallan los métodos suicidas utilizados. En nuestra muestra la intoxicación medicamentosa (67,3%) fue el más empleado. En la mayoría de estudios realizados en países equiparables socio-económicamente al nuestro, la intoxicación medicamentosa también fue el método más frecuente, aunque con diversidad en los porcentajes: 77% (Beautrais, 2002, 2003), 78% (Beautrais, 1996, 2001), 74% (Douglas et al., 2004), 72,3% (Elliott et al., 1996), 60,4% (Gvion et al., 2014), 57% (Horesh et al., 2012) y 60,2% (Levi-Belz et al., 2014).

El segundo método más frecuente en nuestra muestra fue la precipitación (23,2%), al igual que en otros estudios en los que la precipitación también está en segundo lugar en frecuencia si bien con porcentajes más bajos: 18,6% (Gvion et al., 2014), 14% (Horesh et al., 2012) y 16,7% (Levi-Belz, et al., 2014). En un estudio realizado en el área de Jerusalén la frecuencia de la precipitación fue mayor (26,5%) (Cooper-Kazaz, 2013). En cambio, en otros trabajos, el segundo método más frecuente fue la inhalación de monóxido de carbono (Beautrais et al., 1996; Beautrais, 2001, 2002), el apuñalamiento (Elliott et al., 1996), o las laceraciones o cortes (Douglas et al., 2004).

En nuestro estudio, el tercer método más frecuente fue el envenenamiento y los cortes o venosección (8,3% respectivamente). En cuarto lugar se encontraba la inmolación (3%), seguida por lesiones por arma blanca o apuñalamiento (2,4%) y, en último lugar, el ahorcamiento (1,2%). Sólo en un estudio de los publicados hasta la fecha, los cortes eran el tercer método en frecuencia (11,5%) (Levi-Belz et al., 2014). No obstante, es difícil comparar los resultados en este sentido ya que muchos estudios consideran los cortes y el apuñalamiento como un mismo método (Beautrais et al., 1996; Gvion et al., 2014). Lo mismo ocurre con el envenenamiento, que algunos estudios incluyen en el mismo grupo que la intoxicación medicamentosa (Rapeli et al., 2005).

En el presente estudio no hubo ningún intento por arma de fuego. Este método sí que se ha registrado en países como EEUU (Elliott et al., 1996; Powell et al., 2001) y Nueva Zelanda (Beautrais et al., 1996; Beautrais, 2003). Estos resultados se podrían atribuir a las diferencias en las legislaciones sobre permisos de armas y su accesibilidad entre esos países y el nuestro.

En otros estudios realizados en países socioculturalmente diferentes al nuestro, la ingesta de pesticidas fue el método más frecuente, como es el caso de las áreas rurales de China (Jiang et al., 2013; Zhao et al., 2010), Brasil (Rapeli et al., 2005) y la India (Sudhir Kumar et al., 2006a). Sólo en China, la ingesta de pesticidas fue más frecuente en mujeres (Jiang et al., 2013; Zhao et al., 2010).

Pocos estudios hacen referencia a la inmolación como método suicida. Aún así en nuestra muestra registramos 5 casos (3%). En la mayoría de estudios no es un método frecuente y los porcentajes también son variables. En estudios equiparables al nuestro, la inmolación supuso 1,5% de los casos (Elliott et al., 1996), el 2,6% (Levi-Belz et al., 2014) o el 9,4% (Gvion et al., 2014). En un estudio llevado a cabo en la India., la mayoría de casos de inmolación se dieron en mujeres (Sudhir Kumar et al., 2006a).

Cuando agrupamos los métodos en violentos y no violentos, en nuestro estudio el 63,3% fueron no violentos y el 36,3% violentos. La comparativa con otros trabajos es compleja, ya que en algunos estudios se consideraron sólo como no violentos (dentro de los ISMG) las intoxicaciones medicamentosas que precisaron ingreso en UCI (Giner et al., 2014). En otros,

incluyeron el envenenamiento como IS violento (Cooper-Kazaz, 2013). En nuestro estudio consideramos como intentos de suicidio violentos cualquiera que no incluyera ingesta de sustancias, ya fueran fármacos u otras sustancias.

Por último, en la literatura se ha hecho referencia al importante papel que juega el consumo de alcohol y de otras sustancias previo al intento (Powell et al., 2001), si bien pocos estudios abordan este tema específicamente en los ISMG. En nuestra muestra, el 31% ingirió algún tipo de tóxico previo al intento. El consumo de alcohol previo al intento fue el tóxico más frecuente (26,2%), dato que coincide con el observado por Powell *et al.* (2001) otros estudios. . En otro trabajo que hace referencia al consumo de sustancias previo al IS, el porcentaje de consumo de alcohol fue del 15,4%, muy inferior al de nuestra muestra, en cambio el consumo de otras sustancias diferentes al alcohol fue del 41,5%, bastante más elevado (Elliott et al., 1996). Hay estudios que han encontrado que el consumo agudo de alcohol incrementa la letalidad del intento (Powell et al., 2001; Sher et al., 2009), en cambio otros no han encontrado esta asociación (Elliott et al., 1996).

Otro aspecto importante a destacar es la combinación de varios métodos suicidas. En nuestra muestra, la combinación más frecuente fue la intoxicación medicamentosa junto con consumo de tóxicos. Así, el 38% de los pacientes que escogieron como método la intoxicación medicamentosa, consumieron tóxicos antes del IS. No hay estudios que hagan referencia a la combinación de métodos suicidas, salvo uno que, centrado en sujetos de 13-34 años de edad, encontró que el 5% de la muestra había combinado dos métodos: ingesta (no especifica si sólo medicamentosa o también de tóxicos), cortes/ venosección y ahorcamiento (Powell et al., 2001).

6.2.4. Intencionalidad suicida.

En nuestra muestra la media de la puntuación total de la SIS fue 16,35. Similar a otros estudios con puntuaciones medias de 17 (Rapeli et al., 2005) y superior a otros trabajos con puntuaciones medias de 12,6 (Elliott et al., 1996). Este dato sugiere que la muestra de nuestro estudio, no sólo era grave desde el punto de vista médico, sino que también la intencionalidad suicida fue elevada.

En nuestra muestra, la puntuación media de los factores letalidad esperada y planificación fueron 10,44 y 5,94 respectivamente. Ambas puntuaciones ligeramente inferiores a las referidas en IS graves e IS violentos de otros estudios que fueron: 11 para el factor letalidad esperada y entre 6,6 y 7,3 para el factor planificación (Giner et al., 2014).

6.2.5. Intentos de suicidio en el pasado.

El haber realizado un IS en el pasado es un factor de riesgo suicida ampliamente conocido (Shaffer et al., 1996). Sin embargo, cuando se estudia este factor de riesgo en los ISMG, los resultados son controvertidos.

En nuestro estudio, el 62,5% habían realizado un IS en el pasado y el 12% había realizado más de cuatro intentos. En otros estudios, el porcentaje de pacientes que presentaba IS en el pasado fue de 51,7% (IS graves) y de 37,7% (IS violentos) (Giner et al., 2014), datos inferiores a los observados en nuestro estudio, en el que el porcentaje de pacientes que realizaron más de dos IS en el pasado fue el 28,6%. En otros estudios las prevalencias observadas fueron: 23,6% (Beautrais, 2001); 16,8% (Beautrais, 2003), en pacientes menores de 25 años; 72,2% (Beautrais, 2002), en pacientes de 55 años o más; 47,4% (Swahn et al., 2001) en pacientes entre 13-34 años; y 75% (Douglas et al., 2004).

Estudios comparativos dentro de la misma muestra de ISMG arrojan diversidad de resultados. En un estudio comparativo entre ISMG e IS de baja letalidad, los primeros habían realizado menos IS previos (Elliott et al., 1996; Horesh et al., 2012; Levi et al., 2008; Swahn et al., 2001) mientras que otros estudios hallaron lo contrario (Beautrais et al., 1996; Douglas et al., 2004; Giner et al., 2014).

El único estudio centrado en pacientes ingresados en UCI apunta a que un 61% tenía intentos previos, siendo el método más frecuente la intoxicación medicamentosa (Sverrisson et al., 2010).

La edad del primer IS en nuestro estudio fue de 38,63 años, mayor respecto otros estudios que se sitúa en los 30,6 años (IS graves) y en los 32,1 años (IS violentos) (Giner et al., 2014).

6.2.6. Impulsividad y desesperanza.

En nuestro trabajo, el 47,9% de los IS fueron impulsivos, según el ítem 15 de la SIS. En otros estudios, los IS impulsivos fueron el 24% de la muestra (Swahn et al., 2001; Simon et al., 2001). Sin embargo, en estos trabajos, se consideró que el IS era impulsivo si habían pasado menos de cinco minutos desde que se decidió cometer el intento hasta que se ejecutó. En cambio, en la SIS se considera que el IS ha sido impulsivo si han transcurrido menos de tres horas desde su planificación. Otros estudios aportan porcentajes del 60% (Douglas et al., 2004).

Otros trabajos han encontrado que la impulsividad rasgo, podría estar asociada a futuros intentos de suicidio, aunque sin obtener resultados significativos (Beautrais, 2001).

En nuestra muestra, la puntuación media total en la BIS fue 26,52, muy inferior a la referida por otros estudios (Giner et al., 2014). En el estudio de Giner *et al.*, las puntuaciones medias fueron superiores (entre 62,5 y 63,3), pero similares en los tres grupos comparativos: IS de baja letalidad, IS graves e IS violentos (Giner et al., 2014).

En nuestra muestra, la puntuación en desesperanza fue mayor que la obtenida en otros estudios (Levi-Belz et al., 2014; Gvion et al., 2014; Levi et al., 2008). Estudios prospectivos han identificado que altos niveles de desesperanza aumentan el riesgo de futuros intentos de suicidio (Beautrais, 2001). También otros trabajos han encontrado que individuos que han cometido ISMG y que además tienen un problema médico, tenían mayor desesperanza (Ikeda et al., 2001). En cambio otros estudios han encontrado que los sujetos con menos desesperanza habían cometido un ISMG y los que presentaban mayor desesperanza fueron los que realizaron un IS de baja letalidad (Swahn et al., 2001). En otros trabajos en los que comparan IS de baja letalidad, IS graves e IS violentos, no encontraron diferencias en las puntuaciones en la escala de desesperanza, aunque la puntuación media fue similar a la de nuestro estudio (Giner et al., 2014).

6.3. Principales hallazgos.

Además de la importancia clínica de describir el perfil clínico de los ISMG ingresados y comparar sus características con las observadas en estudios llevados a cabo en otros países, el presente estudio pretendía plantear la hipótesis de que los ISMG, a pesar de ser un subgrupo dentro del amplio espectro de la conducta suicida, no sólo presentan características diferenciales respecto de otras conductas suicidas sino que existen subgrupos dentro de los ISMG.

Así decidimos analizar si existían diferencias en los ISMG según: a) la gravedad del intento; b) el método; y, c) la presencia o ausencia de psicopatología diferente del trastorno adaptativo. Por lo que respecta a la última hipótesis, aunque el trastorno adaptativo es un diagnóstico psiquiátrico, cabría considerarlo como un diagnóstico más cercano a la conducta normal que a los trastornos psiquiátricos denominados “mayores” ya que cualquier persona, a lo largo de su ciclo vital, puede presentarlo al estar expuesto a una adversidad. Por consiguiente, en este estudio se planteó dividir la muestra entre sujetos con sólo un trastorno adaptativo o sin ningún trastorno psiquiátrico y pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos diferentes al trastorno adaptativo. De hecho, se suele plantear que en el 10% de las conductas suicidas (IS o suicidio consumado) no se obtiene el diagnóstico de un trastorno mental (Mann, 2003). En nuestra muestra, el 8,9% no tenía ningún diagnóstico psiquiátrico o sólo presentaba un trastorno adaptativo.

6.3.1. Subgrupos de ISMG según gravedad del intento.

Al comparar los pacientes que ingresaron en UCI con los que ingresaron en otras unidades médico-quirúrgicas, en el análisis bivariante encontramos las siguientes diferencias estadísticamente significativas:

- Contrariamente a lo esperado, los pacientes con mayor nivel educativo fueron los que cometieron los IS más graves, es decir, precisaron ingreso en UCI. Muchas investigaciones han encontrado un nivel educativo más bajo en los ISMG respecto a

grupos controles (Beautrais, 2003; Gvion et al., 2014; Levi-Belz et al., 2014; Swahn et al., 2001). Otros no han encontrado diferencias al comparar con otro tipo de conductas suicidas y grupos controles (Beautrais, 2002; Gvion et al., 2014; Horesh et al., 2012). En un estudio prospectivo a cinco años de una muestra de ISMG, hallaron que las tasas de suicidio durante el seguimiento fueron más altas en los sujetos que tenían un nivel educativo más alto (Beautrais, 2004).

- Un mayor porcentaje de pacientes ingresados en UCI tuvieron una estancia media hospitalaria mayor tal y como se esperaba, ya que los pacientes ingresados en estas unidades presentan mayor gravedad y complicaciones médicas que alargan la estancia en el hospital.
- Los pacientes ingresados en UCI presentaron mayor presencia de antecedentes psiquiátricos previos respecto a los ingresados en otras unidades médico-quirúrgicas. En estudios comparativos con ISMG, suicidio consumado y controles, se encontró que los sujetos que realizaron ISMG presentaban un porcentaje de antecedentes de trastornos afectivos en el pasado superior al del grupo control y también del de los fallecidos por suicidio (Beautrais, 2002; 2003)
- También un mayor número de pacientes ingresados en UCI había realizado IS en el pasado (69,7%), porcentaje ligeramente superior al de otros estudios, como el de Sverrisson *et al.*, (2010) centrado también en pacientes ingresados en UCI, en el que el 61% tenían IS previos.) En cambio, Rapeli *et al.* encontraron que en los tres subgrupos de ISMG identificados, los IS en el pasado fueron más frecuentes en los dos grupos de menor letalidad. En el grupo de mayor letalidad, denominados "suicidios abortados", sólo el 41% había realizado previamente un IS (Rapeli et al., 2005).
- En cuanto al método, los que utilizaron el envenenamiento y la venosección tuvieron menor probabilidad de ingresar en UCI de forma estadísticamente significativa. No se encontraron diferencias en el resto de métodos. En el estudio de Sverrisson *et al.* (2010), el 90% de los pacientes ingresados en UCI escogieron la intoxicación medicamentosa. A pesar de que el envenenamiento (en nuestro medio, el más frecuente es la ingesta de

cáusticos) conlleva importantes y graves secuelas médicas a medio y largo plazo, no es frecuente que este tipo de pacientes ingrese en UCI.

Tras aplicar la corrección de Bonferroni, las variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas fueron: la presencia de antecedentes psiquiátricos personales, la estancia media hospitalaria, el envenenamiento y la venosección. Sin embargo, hemos querido reflejar los factores que fueron significativos sin la corrección de Bonferroni, ya que sugerimos que, con un mayor tamaño muestral, se hubiera alcanzado una significación estadística suficiente tras la corrección de Bonferroni.

También es preciso tener en cuenta el interés clínico, pese a no obtener diferencias estadísticamente significativas, de los siguientes resultados. Se observó, en los pacientes ingresados en UCI respecto de los ingresados en otras unidades: a) mayor porcentaje de falta de ingresos económicos (16% vs. 8,8%); b) mayor prevalencia de trastornos de la personalidad (44,4% vs. 37,7%); c) menor prevalencia de trastornos afectivos (38,8% vs. 44,9%).

Estos resultados difieren, en mayor o menor medida, de los porcentajes observados en otros estudios. Así, Panjok *et al.* (2005), en un estudio con 65 pacientes poli-traumatizados ingresados en UCI, observaron que los trastornos afectivos eran los más frecuentes y que los trastornos de la personalidad estaban en cuarto lugar (Pajonk *et al.*, 2005).

En otro trabajo centrado en pacientes ingresados en UCI, el diagnóstico más frecuente no fueron los trastornos afectivos sino los trastornos por uso de sustancias (Sverrisson *et al.*, 2010).

En otro trabajo centrado en pacientes ingresados en UCI, el diagnóstico más frecuente no fueron los trastornos afectivos sino los trastornos por uso de sustancias (Sverrisson *et al.*, 2010).

En cambio, el grupo de Rapeli encontró mayor prevalencia de trastorno depresivo grave en el subgrupo de ISMG que realizaron IS de mayor gravedad (Rapeli *et al.*, 2005), pero

desconocemos si la gravedad médica de este subgrupo fue equiparable a los que precisaron ingreso en UCI.

A pesar de los pocos estudios centrados en estudiar subgrupos de ISMG, los trabajos que consideran los ISMG como una población homogénea y los comparan con otros tipos de conducta suicida y con controles sanos, arrojan resultados contradictorios. Tal y como se ha mencionado en el apartado anterior, algunos encuentran tasas de depresión menos graves en los ISMG (Swahn et al., 2001) y otros lo contrario (Beautrais, 2003b). En un estudio encontraron que casi la mitad de la muestra (49%) no tenía diagnóstico en eje I y fueron diagnosticados sólo de trastorno de la personalidad (Cooper-Kazaz, 2013).

También se observó que los pacientes ingresados en UCI, aunque no fue un resultado significativo, tenían menos problemas médicos con independencia de las secuelas del propio IS. En un estudio centrado en pacientes de edad avanzada y, por consiguiente, con importantes problemas médicos, no se encontró que este factor permitiera distinguir a los individuos que habían realizado un ISMG o fallecido por suicidio respecto a los del grupo control (Beautrais, 2002). En cambio, en otro estudio, centrado en población joven, se observó que los pacientes que habían realizado un ISMG tenían mayor probabilidad de tener un problema médico (Ikeda et al., 2001). Estas diferencias se pueden atribuir a que cada estudio se focaliza en unas determinadas franjas de edad.

En nuestro estudio, tras el análisis de regresión logística, observamos que la elección del envenenamiento y la venosección como método de suicidio se asociaron a una menor probabilidad de ingreso en UCI y la presencia de antecedentes psiquiátricos personales se asoció a un mayor riesgo de ingreso en UCI.

A diferencia de lo esperado, tanto los pacientes que ingresaron en UCI como los que ingresaron en otras unidades médico-quirúrgicas, presentaron puntuaciones similares en la SIS. En cambio el grupo de Rapeli, encontró mayores puntuaciones en la subescala de intencionalidad suicida en los IS de mayor letalidad (Rapeli et al., 2005), aunque, como ya se ha mencionado previamente, no podemos asumir que este subgrupo de mayor letalidad tuviera la gravedad médica suficiente como para precisar un ingreso en UCI. Las diferencias observadas, en este caso, podrían deberse a la relación entre letalidad e intencionalidad;

algunos estudios encuentran relación entre ellas (Díaz et al., 2003; Sudhir Kumar et al., 2006b) mientras que otros no han encontrado relación (Hjelmeland et al., 2005). Otros autores hacen referencia a que algunas variables modulan la relación entre intencionalidad y letalidad, como es el caso del conocimiento preciso de la letalidad del método utilizado (Brown et al., 2004). Aunque las expectativas y los deseos de morir son factores de riesgo importantes, algunos autores apuntan a su bajo valor predictivo (Mann, 2002).

6.3.2. Subgrupos de ISMG según el método.

Al comparar los pacientes que realizaron IS violentos con los que utilizaron métodos no violentos, en el análisis bivariante encontramos las siguientes diferencias estadísticamente significativas:

- Contrariamente a lo esperado, los pacientes que escogieron métodos no violentos fueron de mayor edad. Este resultado difiere del observado en otros estudios (Giner et al., 2014; Rapeli et al., 2005). En algunos estudios en los que se comparan IS de alta letalidad con IS de baja letalidad, los primeros son de mayor edad (Douglas et al., 2004; Horesh et al., 2012). Sin embargo, en otros estudios no se observaron diferencias (Elliott et al., 1996; Gvion et al., 2014; Levi-Belz et al., 2014) y en otro estudio, los sujetos con ISMG eran más jóvenes que al grupo control (Beautrais et al., 1996). La explicación que da el grupo de Beautrais es que la contribución de los trastornos mentales en el riesgo de llevar a cabo un IS puede variar en función de la edad: la asociación entre trastornos afectivos e IS fue más fuerte en sujetos mayores de 30 años (Beautrais et al., 1996). Aunque en la mayoría de ocasiones, los IS violentos son también los más graves, a veces minimizamos las consecuencias de la letalidad de los métodos no violentos, pudiendo tener consecuencias médicas mucho más graves respecto a las de los supervivientes de IS violentos. En un estudio centrado en IS violentos e IS graves, observaron que no todos los sujetos que pertenecían al grupo de IS violentos habían realizado un intento médicamente grave. De hecho, no encontraron que la letalidad del intento diferenciase a los IS violentos de los IS graves, a pesar de que, clásicamente, el uso de métodos violentos está asociado a mayor letalidad (Giner et al., 2014).

- También los pacientes con enfermedades médicas, sobre todo crónicas, llevaron a cabo con más frecuencia un ISMG no violento. A pesar de que la comorbilidad orgánica es un factor de riesgo de conducta suicida, no encontramos que este factor fuera más frecuente en los pacientes más graves (ingresados en UCI o en pacientes que escogieron IS violentos), a diferencia de lo observado en otros trabajos (Ikeda et al., 2001). En otros estudios con ISMG no se observó que la comorbilidad médica fuera un factor de riesgo de IS de alta letalidad (Beautrais, 2002).
- La estancia media fue mayor en los individuos que realizaron IS violentos (46 días) respecto los que realizaron IS no violentos (11 días), coincidiendo con lo obtenido en otros trabajos (Cooper-Kazaz, 2013).
- La presencia de IS previos fue más frecuente en los pacientes que escogieron métodos no violentos. Este resultado es similar al de otro estudio en el que los IS más violentos presentaban con menos frecuencia antecedentes de IS (Rapeli et al., 2005). No obstante, los estudios que analizan la relación entre conducta suicida previa e ISMG arrojan resultados contradictorios. Así, algunos estudios apuntan a que los IS en el pasado fueron más frecuentes en los individuos que realizaron un IS violento o un IS grave, respecto a los que realizaron un IS leve (Giner et al., 2014; Beautrais et al., 1996; Douglas et al., 2004). En cambio, otros estudios hallaron lo contrario (Elliott et al., 1996; Horesh et al., 2012; Levi et al., 2008; Swahn et al., 2001). En el caso de nuestra muestra, la observación de que los IS previos eran más frecuentes en los pacientes ingresados en UCI y en los que habían utilizado métodos no violentos, se podría atribuir a que los pacientes que presentaban mayor gravedad médica, tenían como método principal la intoxicación medicamentosa (IS no violento). Es preciso hacer notar también, según lo apuntado por Giner *et al.*, que los IS violentos no siempre son los de mayor letalidad médica (Giner et al., 2014).
- Un resultado contrario al esperado fue que los pacientes que realizaron IS no violentos presentaron mayor puntuación en el factor preparación de la SIS. El hecho de que los sujetos que realizaron IS violentos tuvieran menor puntuación en el factor preparación, podría deberse a que los IS violentos tienen mayor probabilidad de ser consecuencia de

un déficit en el control de los impulsos (impulsividad como estado) que a un proceso consciente planificado como el que reflejan las subescalas del SIS asociadas a la preparación, la precaución y la comunicación de intento (Misson et al., 2010).

Tras aplicar la corrección de Bonferroni, las variables que se mantuvieron significativas fueron: la estancia media, la presencia de IS previos y el factor preparación de la SIS. Sin embargo, hemos querido reflejar los factores que fueron significativos sin la corrección de Bonferroni, ya que sugerimos que con un mayor tamaño muestral, se hubiera alcanzado la significación estadística suficiente tras la corrección de Bonferroni.

Tras realizar el análisis de regresión logística, observamos que el haber empleado un método no violento, se asoció a una mayor probabilidad de padecer una enfermedad médica crónica. También, los pacientes que escogieron métodos suicidas no violentos tenían mayor probabilidad de obtener mayor puntuación en el factor preparación de la SIS.

6.3.3. Subgrupos de ISMG según la presencia o no de diagnóstico psiquiátrico diferente del trastorno adaptativo.

Al comparar los pacientes con trastorno adaptativo o sin ningún diagnóstico psiquiátrico con los que tenían otros diagnósticos psiquiátricos, en el análisis bivariante encontramos algunas diferencias estadísticamente significativas. Así, igual que en los sujetos que realizaron IS no violentos, la presencia de enfermedad médica aguda fue significativamente más frecuente en el grupo sin patología psiquiátrica o con un trastorno adaptativo. También la mayoría de pacientes sin diagnóstico psiquiátrico o sólo con un trastorno adaptativo no tenían antecedentes de IS previos y fueron derivados a domicilio tras el alta hospitalaria. En cuanto al método, la venosección y el consumo concomitante de tóxicos fue más frecuente en este grupo respecto a los sujetos con diagnóstico psiquiátrico.

Tras aplicar la corrección de Bonferroni, las variables que se mantuvieron significativas fueron: enfermedad somática aguda y la presencia de IS previos. Sin embargo, hemos querido reflejar los factores que fueron significativos sin la corrección de Bonferroni, ya que

sugerimos que, con un mayor tamaño muestral, se hubiera alcanzado la significación estadística suficiente tras la corrección de Bonferroni.

Tras realizar el análisis de regresión logística, observamos que sólo la presencia de una enfermedad médica aguda permitía diferenciar al grupo sin psicopatología “mayor” del grupo con diagnóstico psiquiátrico diferente del trastorno adaptativo.

Esta observación puede relacionarse que cualquier individuo, con un adecuado nivel funcional previo y sin ningún antecedente psiquiátrico ni de conducta suicida, puede presentar un proceso adaptivo en el contexto de la exposición a un estresor. Éste puede ser una enfermedad médica aguda por la que, finalmente, acabar llevando a cabo un intento de suicidio, utilizando, en ese caso, con más frecuencia la venosección y el consumo de tóxicos para ello. Éste podría ser el perfil clínico de pacientes que han llevado un ISMG y no tienen patología psiquiátrica actual y previa diferente del trastorno adaptativo o de la ausencia de psicopatología.

Sin embargo, hay que ser prudentes en el análisis de estos resultados, ya que partimos de una submuestra de pacientes sin psicopatología o sólo con un proceso adaptativo muy pequeña (n=15).

6.4. Limitaciones metodológicas.

A la limitación inherente al propio diseño del estudio (observacional y transversal) cabe añadir las secundarias al tamaño de la muestra, especialmente en el análisis de alguna de las hipótesis. El tamaño muestral menor del deseable se puede poner en relación con: la dificultad de valorar a este tipo de pacientes tras el intento de suicidio debido a su estado clínico, y el hecho de que los ISMG son un evento menos frecuente que los IS leves.

El estado clínico de estos pacientes puede condicionar la fiabilidad de la información recogida en un momento tan estresante (Rapeli et al., 2005) además de dificultar la realización de entrevistas clínicas estructuradas en las que pudieran administrarse una con

mayor batería de test psicométricos, puesto que estas pruebas podrían acabar agotando al paciente en esas especiales circunstancias. A pesar de esta limitación, los pacientes que se valoraron tenían una gravedad médica importante. Precisamente, se ampliaron los criterios de estancia media a 48 horas para identificar a este tipo de pacientes y su estancia media en el hospital fue de 24 días, superior incluso a la referida por otras investigaciones.

6.5. Trascendencia.

Los sujetos que realizan ISMG y los fallecidos por suicidio, aunque tienen características diferenciales, son dos poblaciones que se solapan y comparten factores comunes (Beautrais, 2001). El poder evaluar directamente, y no a través de la autopsia psicológica, una población tan próxima al suicidio tiene una gran trascendencia clínica de cara a conocer las variables relacionados la conducta suicida más grave con la finalidad, en el futuro, de poder prevenir este tipo de conductas.

En la amplia literatura existente sobre conducta suicida, llama la atención que no existen muchos estudios centrados en ISMG y la gran mayoría de estos asume que este tipo de pacientes son un grupo homogéneo. Pocas investigaciones se han planteado estudiar subtipos de ISMG; sólo el grupo de Rapeli identificó tres subgrupos (Rapeli et al., 2005) como ya se mencionó anteriormente, y el grupo de Giner diferenciaron entre IS graves e IS violentos (Giner et al., 2014), aunque no todos los IS violentos tienen la suficiente gravedad médica para cumplir criterios de ISMG. Algunos estudios se plantean analizar si existen diferencias en función de las secuelas físicas, como politraumatismos (Pajonk et al., 2004) o de la unidad de ingreso, como es el caso de la UCI (Sverrisson et al., 2010). Otros se centran en determinadas franjas de edad: población joven (Beautrais, 2003; Ikeda et al., 2001; Powell et al., 2001; Simon et al., 2001; Swahn et al., 2001) y población avanzada (Beautrais, 2002).

El presente estudio describe con detalle las características de una muestra de ISMG en medio urbano en España y se plantea, además, la existencia de subgrupos según la gravedad, el método y la presencia o no de psicopatología diferente del trastorno adaptativo.

6.6. Sugerencias para el futuro.

Uno de las principales objetivos de cara al futuro, con el fin de superar las limitaciones antes señaladas, sería poder ampliar el tamaño muestral así como diseñar un estudio prospectivo que permita conocer qué factores de riesgo se mantienen en el tiempo, valorar la repetición de las conductas suicidas en el tiempo y poder realizar análisis de supervivencia.

La hipótesis principal de que los ISMG no constituyen una población homogénea a nivel clínico debería ser puesta a prueba en nuevos estudios. La incorporación de estrategias de análisis cualitativo de los pacientes con este tipo de conductas así como la adopción de nuevas técnicas estadísticas de análisis cuantitativo que permitan la delimitación de subgrupos dentro de los ISMG podría ser de utilidad en el futuro.

En cuanto al estudio del grupo sin diagnóstico psiquiátrico o con un proceso adaptativo sin otra psicopatología acompañante, es una línea de investigación que debería poder tenerse en cuenta dentro de un diseño prospectivo. Dado que aproximadamente el 10% de los sujetos que realizan alguna conducta suicida no tiene ningún diagnóstico psiquiátrico (Mann, 2003), hallazgo que se corrobora en nuestra muestra, la identificación de factores de riesgo específicos para esta población puede orientar nuevos esfuerzos preventivos para disminuir la incidencia de conductas suicidas graves en individuos en los que no resulta evidente la presencia de un diagnóstico psiquiátrico.

Todo ello con la esperanza de conocer mejor el por qué de la conducta suicida con el fin de prevenirla, en la medida de lo posible.

CONCLUSIONES

7. Conclusiones

1. Descripción de nuestra muestra de ISMG:

- a. Se asemeja en algunos aspectos a las descritas en estudios realizados en otros países equiparables al nuestro: porcentaje similar de hombres y mujeres, con un ligero predominio de las últimas; alta prevalencia de trastorno mental, principalmente trastornos del estado de ánimo, aunque en nuestro estudio los trastornos de la personalidad eran igual de frecuentes que los trastornos del estado de ánimo; método más frecuente la intoxicación medicamentosa, aunque en nuestra muestra el 38% de los que escogieron este método, presentaron consumo concomitante de tóxicos;
- b. Se diferencia en una mayor estancia media hospitalaria, que se traduciría a una comorbilidad médica secundaria al IS; mayor prevalencia de eventos estresantes, principalmente relacionados con la salud; mayor prevalencia de IS en el pasado; y por último un mayor porcentaje de IS impulsivos respecto a otras series de casos.

2. Respecto a los posibles subgrupos dentro de los ISMG: :

- a. Aquellos sujetos que escogen el envenenamiento o la venosección como método suicida, o no tienen antecedentes psiquiátricos previos tienen menor probabilidad de ingresar en UCI.
- b. Los pacientes que llevan a cabo ISMG con un método violento tienen menor probabilidad de padecer una enfermedad médica crónica y con menos frecuencia preparan activamente el intento.
- c. Los pacientes con ISMG que presentan sólo un trastorno adaptativo o no tienen psicopatología no se diferencian del resto de pacientes con diagnósticos o

antecedentes psiquiátricos salvo en lo que respecta a la presencia de una enfermedad médica aguda y antecedentes de intentos de suicidio previos.

- d. El escoger un método no violento se asoció a una mayor probabilidad de padecer una enfermedad médica crónica.
- e. Los pacientes que escogieron métodos no violentos realizaron una mayor preparación del intento.
- f. Los pacientes sin ningún trastorno psiquiátrico o sólo con un trastorno adaptativo tenían mayor probabilidad de padecer una enfermedad médica aguda en el momento del IS.

BIBLIOGRAFÍA

8. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Anestis, M.D., Selby, E.A., & Joiner, T.E. (2007). The role of urgency in maladaptive behaviors. *Behavior Research and Therapy*, 45, 3018-29.
- Appleby, L. (1992). Suicide and psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 161, 749-758.
- Apter, A., Gothef, D., Orbach, I., Weizman, R., Ratzoni, G., Har-Even, D., & Tyano, S. (1995). Correlation of suicidal and violent behavior in different diagnostic categories in hospitalized adolescents patients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 912-918.
- Apter, A., Kotler, M., Sevy, S., Plutchik, R., Brown, S. L., Foster, H., ... Van Praag H.M: (1991). Correlates of risk of suicide in violent and non violent psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 883-887.
- Apter, A., Plutchik, R., & van Praag, H.M. (1993). Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(1), 1-5.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4,37.
- Asberg, M., Träskman, L., & Thorén, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor? *Archives of General Psychiatry*, 33(10): 1193-97.
- Astruc, B., Torres, S., Jollant, F., Jean-Baptiste, S., Castelnaud, D., Malafosse, A., Courtet, P. (2004). A history of major depressive disorder influences intent to die in violent suicide attempters. *The journal of clinical psychiatry*, 65(5), 690-695).
- Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Basurte, E., Prieto, R., Ceyerino, A., Saiz-Ruiz, J., & De Leon, J. (2001). A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(7), 560-565.

- Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Garcia-Resa, E., Blasco, H., Braquehais-Conesa, D., Oquendo, M.A., ..., de Leon J.(2005). Suicide attempts and impulsivity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(2), 152-156.
- Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Resa, E.G., Blasco, H., Conesa, D.B., Saiz-Ruiz, J., & de Leon, J. (2004). Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt. *Psychiatric Services*, 55, 792-797.
- Bagge, C.L., & Sher, K.J. (2008). Adolescent alcohol involvement and suicide attempts: toward the development of a conceptual framework. *Clinical psychology review*, 28, 1283-96.
- Baker, S.P., O'Neill, B., Haddon, W., & Long, W. (1974). The Injury Severity Score. *The journal of trauma*, 14, 187-96.
- Barcia, D., & Pozo, P. (1998). Confidencialidad y consentimiento informado. In Barcia, D. (Ed), *Confidencialidad y consentimiento informado en Psiquiatría* (pp. 44-89). Madrid: You &Us, S.A.
- Barratt, E.S., Stanford, M.S. (1995). Impulsiveness. In: Costello, C.G. (Eds), *Personality characteristics of the personality disordered* (pp. 91-119). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Batra, A.K. (2003). Burn mortality: recent trends and sociocultural determinants in rural India. *Burns*, 29, 270-75.
- Beautrais, A.L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychological Medicine*, 31, 837-45.
- Beautrais, A.L. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(1), 1-9.
- Beautrais, A.L. (2003a). Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a five year follow-up. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 37(5), 595-9.
- Beautrais, A.L. (2003b). Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1093-99.
- Beautrais, A.L. (2004). Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 1-11.

- Beautrais, A.L. (2005). National strategies for the reduction and prevention of suicide. *Crisis*, 26 (1), 1-3.
- Beautrais, A.L., Joyce, P.R., & Mulder, R.T. (1999). Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 37-47.
- Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T., Fergusson, D. M., Deavoll, B.J., & Nightingale, S.K. (1996). *The American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1009-14.
- Beck, A., & Steer, R. (1989). Clinical predictors of eventual suicide. *Journal of Affective Disorders*, 17, 203-209.
- Beck, A.T., Beck, R., & Kovacs, M. (1975). Classification of suicidal behaviors: quantifying intent and medical lethality. *The American Journal of Psychiatry*, 132, 285-7.
- Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L., & Steer, R.A. (1989) Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.
- Beck, A.T., Brown, G., & Steer, R.A. (1989). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 309-310.
- Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343-352.
- Beck, R.W., Morris, J.B., & Beck, A.T. (1974). Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychological reports*, 34(2), 445-446.
- Beck, A.T., Schuyler, D., & Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scales. In A.T., Beck, H:L:P: Resnik, & D.J. Lettieri (Eds.), *The prediction of suicide* (pp. 45-56). Bowie, MD: Charles Press.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Carbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychological Review*, 8, 77-100.

- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10 year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861-865.
- Berman, A.L., Shepherd, G., & Silverman, M.M. (2003). The LSARS-II: Lethality of Suicide Attempt Rating Scale-updated. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 261-276.
- Borges, G., & Loera, C.R. (2010). Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Current opinion in Psychiatry*, 23(3), 195-204. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283386322.
- Brent, D.A. (1987). Correlates of the medical lethality of suicide attempts in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 87-89.
- Brown, E.J., & Heimberg, R. (2001). Effects of writing about rape: evaluating Pennebaker's paradigm with a severe trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 861-865.
- Brown, G.K., Henriques, G.R., Sosdjan, D., & Beck, A.T. (2004). Suicide intent and accurate expectations of lethality: predictors of medical lethality of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1170-1174.
- Brown, L.K., Overholser, J., Spirito, A., & Fritz, G.K. (1991). The correlates of planning in adolescent suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 95-99.
- Buss, A.H., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of consulting psychology*, 21(4), 343-349.
- Caces, F., & Hardford, T. (1998). Time series analysis of alcohol consumption and suicide mortality in the United States, 1934-1987. *Journal of Studies in Alcohol*, 59, 455-461.
- Carballo, J.J., Oquendo, M.A., Giner, L., Zalsman, G., Roche, A.M., & Sher, L. (2006). Impulsive-aggressive traits and suicidal adolescents and young adults with alcoholism. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18(1), 15-9.

- Cavanagh, J.T., Carson, A., Sharpe, M., & Lawrie, S. (2003). Psychological autopsy of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Conner, K.R., Meldrum, S., Wiczorek, W.F., Duberstein, P.R., & Welte, J.W. (2004). The association of irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15 to 20 years old males. *Suicide and Life-Threatening behavior*, 34(4), 363-374.
- Cooper-Kazaz, R. (2013). Psychiatric consultation of all suicide-attempt patients during a one year period in a tertiary hospital. *The Israel Medical Association Journal*, 15(8), 424-9.
- Cheng, A.T.A. (1995). Mental illness and suicide. *Archives of General Psychiatry*, 52, 594-603.
- Cherpitel, C.J., Borges, G.L., & Wilcox, H.C. (2004). Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcoholism, clinical and experimental Research*, 28(5 Suppl), 18S-28S.
- Daniel, A., & Fleming, J. (2005). Serious suicide attempts in a state correctional system and strategies to prevent suicide. *The Journal Psychiatry and Law*, 33, 227-47.
- De Leo, D. (2013). Pesticides availability and medically serious suicide attempts in China. *Shangai Archives of Psychiatry*, 25(2), 116-8. doi:10.3969/j.issn.1002-0829.2013.02.008
- De Vanna, M., Paterniti, S., Milievich, C., Rigamonti, R., Sulich, A., & Faravelli, C. (1990). Recent life events and attempted suicide. *Journal of affective disorders*, 18, 51-58.
- Diaz, F.J., Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Garcia Resa, E., Blasco, H., Braquehais Conesa, D., Saiz-Ruiz, J., De Leon, M.J. (2003). Dimensions of suicidal behavior according to patient reports. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 197-202.
- Douglas, J., Cooper, J., Amos, T., Webb, R., Guthrie, E., & Appleby, L. (2004). "Near-fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. *The Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 263-8.
- Dumais, A., Lesage, A.D., Lalovi, A., Séguin, M., Tousignant, M., Chawky, N., Turecki, G. (2005). Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? *American Journal of Psychiatry*, 162(7), 1375-8.

- Eaton, P., & Reynolds, P. (1985). Suicide attempters presenting at an emergency department. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 582-585.
- Elliott, A.J., Pages, K.P., Russo, J., Wilson, L.G., & Roy-Byrne, P.P. (1996). A profile of medically serious suicide attempts. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 57(12), 567-71.
- Engstrom, G., Alling, C., Gustavsson, P., Oreland, L., & Traskman-Bendz, L. (1997). Clinical characteristics and biological parameters in temperamental clusters of suicide attempters. *The Journal of Affective Disorders*, 44(1), 45-55.
- Evenden, J. (1999). Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings. *Journal of psychopharmacology*, 13, 180-92.
- Fowler, J.C., Hilsenroth, M.J., Groat, M., Biel, S., Biedermann, C., & Ackerman, S. (2012). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 60(3): 555-76. doi: 10.1177/0003065112442240
- Fagan, J. (1989). Intoxication and aggression. In J.Q. Wilson & M. Tonry (Eds), *Crime and justice: An annual review of research: Vol 13. Drugs and crime*. Chicago: University of Chicago Press
- Fowler, J.C., Hilsenroth, M.J., & Piers, C. (2001). An empirical study of seriously disturbed suicidal patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 161-186.
- Fredenthal, S. (2007). Challenges in assessing intent to die: can suicide attempters be trusted? *Omega (Westport)*, 55(1): 57-70.
- Giancola, P.R. (2002). Irritability, acute alcohol consumption and aggressive behavior in men and women. *Drug and alcohol dependence*, 68, 263-74.
- Giegling, I., Olgiati, P., Hartmann, A.M., Calati, R., Moller, H.J., Rujescu, D., Serretti, A. (2009). Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *Journal of Psychiatry Research*, 43, 1262-1271.
- Giner, L., Jaussent, I., Olié, E., Béziat, S., Guillaume, S., Baca-Garcia, ... Courtet, P. (2014). Violent and serious suicide attempters: one step closer to suicide? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(3), e191-e197. doi:10.4088/JCP.13m08524.
- Glanz, L.M., Haas, G.L., & Sweeney, J.A. (1995). Assessment of hopelessness in suicidal patients. *Clinical Psychology Review*, 15, 49-64.

- Goldney, R.D. (1981). Attempted suicide in young women: correlates of lethality. *British Journal of Psychiatry*, 139, 382-390.
- Goldstein, R.B., Black, D.W., Nasrallah, A., & Winokur, G. (1991). The prediction of suicide. *Archives of General Psychiatry*, 48, 418-422.
- Gould, M.S., & Kramer, R.A. Youth suicide prevention. (2001). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 6-31.
- Grabbe, L., Demi, A., Camann, M.A., & Potter, L. (1997). The health status of elderly persons in the last year of life: a comparison of death by suicide, injury, and natural causes. *American journal of public health*, 87, 434-437.
- Grant, B.F., Harford, T.C., Dawson, D.A., Chau, P., Dufour, M., & Pickering, R. (1994). Prevalence of DSM-IV alcohol abuse and dependence, United States, 1992. *Alcohol Health & Resource World*, 18, 243-248.
- Guillaume, S., Jaussent, I., Jollant, F., Rihmer, Z., Malafosse, A., & Courtet P. (2010). Suicide attempt characteristics may orientate toward a bipolar disorder in attempters with recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 122(1-2), 53-59. doi:10.1016/j.jad.2009.06.006
- Gvion, Y., & Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity and suicide behavior: a review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 15, 93-112. doi:10.1080/13811118.2011.565265
- Gvion, Y., Horesh, N., Levi-Belz, Y., Fischel, T., Treves, I., Weiser, M., ... Apter, A. (2014). Aggression-impulsivity, mental pain, and communication difficulties in medically serious and medically non-serious suicide attempters. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 40-50. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.09.003
- Hankoff, L.D. (1976). Categories of attempted suicide: a longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 66(6), 558-563.
- Harris, L., & Hawton, K. (2005). Suicidal intent in deliberate self-harm and the risk of suicide: the predictive power of the suicide intent scale. *Journal of Affective Disorders*, 86, 225-233.

- Harris, L., Hawton, K., & Zhal, D. (2005). Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 60-66.
- Haukka, J., Suominen, K., Partonen, T., & Lönnqvist, J. (2008). Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *American Journal of Epidemiology*, 167(10), 1155-63. doi: 10.1093/aje/kwn017
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2003). Correlates of relative lethality and suicidal intent among deliberate self-harm patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 353-364.
- Hawton, K. (1986). *Suicidal behavior in children and adolescents*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hawton, K. (2001). Studying survivors of nearly lethal suicide attempts: an important strategy in suicide research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 76-84.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373(9672), 1372-1381. doi:10.1016/S0140-6736(09)60372-X.
- Henderson, S., & Lance, G.N. (1979). Types of attempted suicide (parasuicide). *Acta Psiquiatrica Scandinavica*, 59(1), 31-9.
- Henriksson, M.M., Aro, H.M., Marttunen, M.J., Heikkinen, M.E., Isometsä, E.T., Kuoppasalmi, K.I., & Lönnqvist, J.K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150, 935-40.
- Hirschfeld, R.M.A., & Russell, J.M.(1997). Assessment and treatment of suicidal patients. *The new england journal of medicine*, 337(13), 910-915.
- Hjelmeland, H., & Groholt, B. (2005). A comparative study of young and adult deliberate self-harm patients. *Crisis*, 26, 64-72.
- Hoberman, H., & Garfinkel, B. (1988). Completed suicide in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27,689-695.
- Horesh, N., Gothelf, D., Ofek, H., Weizman, T., & Apter, A. (1999). Impulsivity as a correlate of suicidal behavior in adolescent psychiatric patients. *Crisis*, 20, 8-14.

- Horesh, N., Levi, Y., & Apter, A. (2012). Medically serious versus non-serious suicide attempts: relationships of lethality and intent to clinical and interpersonal characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 286-93. doi: 10.1016/j.jad.2011.11.035
- Horesh, N., Rolmick, T., Iancu, I., Dannon, P., Lepkifker, E., Apter, A., & Kotler, M. (1997). Anger, impulsivity and suicide risk. *Psychotherapy and psychosomatics*, 66, 92-6.
- Hufford, M.R. (2001). Alcohol and suicidal behavior. *Clinical Psychology Review*, 21, 797-811.
- Hughes, D.H. (1995). Can the clinician predict suicide? *Psychiatric Services*, 46, 449-451.
- Ikeda, R.M., Kresnow, M.J., Mercy, J.A., Powell, K.E., Simon, T.R., & Potter, L.B., Durant, T.M., Swahn, M.H. Medical condicions and nearly lethal suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32 (1Suppl), 60-7.
- Ilgen, M.A., Bohnert, A.S., Ignacio, R.V., McCarthy, J.F., Valenstein, M.M., Kim, H.M., Blow, F.C. (2010). *Archives of General Psychiatry*, 67(11):1152-1158. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.129.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2015). Recuperado de <http://www.ine.es>
- Jian, C., Li, X., Phillips, M.R., & Xu Y. (2013). Matched case-control study of medically serious attempted suicides in rural China. *Shangai Archives of Psychiatry*, 25 (1), 22-31. doi: 10.3969/j.issn.1002-0829.2013.01.006.
- Kendall, R. (1983). Alcohol and suicide. *Substance and Alcohol Actions/Misuse*, 4, 121-127.
- Khantzian, E. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Klimkiewicz, A., Ilgen, M.A., Bohnert, A.S., Jakubczyk, A., Wojnar, M., & Brower, K.J. (2012). Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Polonia. *Alcohol and alcoholism*, 47(5), 571-6. doi: 10.1093/alcalc/ags069
- Kresnow, M.J., Ikeda, R.M., Mercy, J.A., Powell, K.E., Potter, L.B., Simon, T.R., ... Frankowski R.F. (2001). An unmatched case-control study of nearly lethal suicide

- attempts in Houston, Texas: research methods and measurements. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32 (1Suppl), 7-20.
- Kuwabara, H., Shioiri, T., Nishimura, A., Abe, R., Nushida, H., Ueno, Y., ... Someya, T. (2006). Differences in characteristics between suicide victims who left notes or not. *Journal of Affective Disorders*, 94, 145-149.
- Lejoyeux, M., Huet, F., Claudon, M., Fichelle, A., Casalino, E., & Lequen, V. (2008). Characteristics of suicide attempts preceded by alcohol consumption. *Archives of Suicide Research*, 12(1), 30-38. doi: 10.1080/13811110701800699.
- Levi, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., & Apter, A. (2008). Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: an "impossible situation". *Journal of Affective Disorders*, 111(2-3), 244-50. doi: 10.1016/j.jad.2008.02.022
- Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Horesh, N., & Apter, A. (2013). Attachment patterns in medically serious suicide attempts: the mediating role of self-disclosure and loneliness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43 (5), 511-22. doi: 10.1111/sltb.12035
- Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., ... Apter, A. (2014). Mental pain, communication difficulties, and medically serious suicide attempts: a case-control study. *Archives of Suicide Research*, 18(1), 74-87. doi:10.1080/13811118.2013.809041
- Li, X.Y., Philips, M.R., Wang, Y.P., Yang, R.S., Zhang, C., Ji, H.Y., ... Ma, Z.W. (2003). The comparison of impulsive and non-impulsive suicide attempts. *Chinese Journal of Nervous and Mental Diseases*, 29, 27-31.
- Liang, Y., Jiang, C.L., Wang, Z.Q., Wang, X.Q., & Phillips, M.R. (2006). Survey of suicidal ideation and suicide attempts in outpatients at 50 general hospitals in Beijing. *Chinese Journal of Epidemiology*, 27(1), 19-24.
- Lopez-Castroman, J., Perez-Rodriguez, M. de L., Jausent, I., Alegria, A.A., Artes-Rodriguez, A., Freed, P., ... Courtet, P. (2011). Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempts. *Journal of psychiatric research*, 45(5), 619-625. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.09.017.
- Lubin, G., Glasser, S., Boyko, V., & Barell, V. (2001). Epidemiology of suicide in Israel: a nationwide population study. *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 3, 123-7.

- Mann, J.J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of Internal Medicine*, 136, 302-311.
- Mann, J.J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature reviews. Neuroscience*, 4(10), 819-828.
- Mann, J.J., & Malone, K.M. (1997). Cerebrospinal fluid amines and higher lethality suicide attempts in depressed inpatients. *Biological Psychiatry*, 41(2), 162-71.
- Mann, J.J., Wateraux, C., Haas, G.L., & Malone, K.M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- Maser, J.D., Akiskal, H.S., Schettler, P., Scheftner, W., Mueller, T., Endicott, J., ... Clayton, P. (2002). Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(1), 10-32.
- Matthew, H., & Lawson, A.A.H. (1972). *Treatment of common acute poisonings*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Mieczkowski, T.A., Sweeney, J.A., Haas, G.L., Junker, B.W., Brown, R.P., Mann J.J. (1993). Factor composition of the suicide intent scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 37-45.
- Misson, H., Flavie, M., Jollant, F., You, L., Guillaume, S., Parmentier, S., ... Courtet, P. (2010). Factor analyses of the Suicidal Intent Scale (SIS) and the Risk-Rescue Rating Scale (RRRS): toward the identification of homogeneous subgroups of suicidal behaviors. *Journal of affective disorders*, 121 (80-87). doi: 10.1016/j.jad.2009.05.012
- Morad, M., Merrick, E., Schwarz, A., & Merrick, J. (2005). A review of suicide behavior among Arab adolescents. *The Scientific World Journal*, 5, 674-9.
- Moscicki, E.K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *The Psychiatric clinics of North America*, 20, 499-517.
- Murphy, G.E., & Wetzel, R.D. (1990). The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 47, 383-392.
- Nakagawa, A., Grunebaum, M.F., Oquendo, M.A., Burke, A.K., Kashima, H., & Mann, J.J. (2009). Clinical correlates of planned, more lethal suicide attempts in major depressive

- disorder. *Journal of affective disorders*, 112(1-3), 237-242. doi:10.1016/j.jad.2008.03.021.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angemeyer, M., Beautrais, A., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113
- O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L., Silverman, M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-235.
- O'Donnell, I., Farmer, R., & Catalan, J. (1996). Explaining suicide: the views of survivors of serious suicide attempts. *British Journal of Psychiatry*, 168, 780-786.
- Oquendo, M., Baca-Garcia, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V., & Mann, J.J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *European Journal of Psychiatry*, 15(3), 147-155.
- Pajonk, F.G., Ruchholtz, S., Waydhas, C., & Schneider-Axmann, T. (2005). Long-term follow-up after severe suicide attempt by multiple blunt trauma. *European Psychiatry*, 20, 115-20.
- Patton, J.H., Stanton, N.W., Barratt, E.S. (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Biological Psychiatry*, 13, 23-24.
- Paykel, E.S., Rassaby, E. (1978). Classification of suicide attempters by cluster analysis. *British Journal of Psychiatry*, 133, 45-52.
- Peterson, L., Peterson, M., O'Shanick, G., & Swann, A. (1985). Self-inflicted gunshot wounds: lethality of method versus intent. *American Journal of Psychiatry*, 142, 228-231.
- Phillips, M.R., Li, X.Y., & Zhang, Y.P. (2002). Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet*, 359, 835-840.
- Phillips, M.R., & Yang, G.H. (2004). Suicide and attempted suicide in China. *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 53, 481-484.

- Phillips, M.R., Yang, G.H., Zhang, Y.P., Wang, L.J., Ji, H.Y., & Zhao, M.G. (2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*, 360, 1728-1736.
- Pirkola, S.P., Isometsä, E.T., Heikkinen, M.E., Lönnqvist, J.K. (2000). *Alcohol Alcohol*, 35(1), 70-75.
- Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerdhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T., & Crepet P et al, ... Michel, K. (1992). Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(2), 97-104.
- Plutchik, R., Van Pragg, H., Picard, S., Conte, S., & Korn, M. (1989). Is there a relationship between the seriousness of suicidal intent and lethality of the suicide attempt? *Psychiatric Research*, 27, 71-79.
- Pokorny, A. (1983). Prediction of suicide in psychiatric patients: report of a prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 40, 249-257.
- Potter, L.B., Kresnow, M.J., Powell, K.E., O'Carroll, P.W., Lee, R.K., Frankowski, R.F., ... Bayer, T.L. Identification of nearly fatal suicide attempts: Self-Inflicted Injury Severity Form. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32 (1Suppl), 30-41.
- Power, K.G., Cooke, D.J., & Brooks, D.N. (1985). Life stress, medical lethality and suicide intent. *British Journal of Psychiatry*, 147, 655-659.
- Powell, K.E., Kresnow, M.J., Mercy, J.A., Potter, L.B., Swann, A.C., Frankowski, R.F., ... Bayer, T.L. (2001). Alcohol consumption and nearly lethal suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32 (1Suppl), 30-41.
- Qin, P. (2005). Suicide risk in relation to level of urbanicity -a population-based linkage study. *International Journal of Epidemiology*, 34, 846-852.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rapeli, C.B., & Botega, N.J. (2005). Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 285-9.

- Rich, C.L., Ricketts, J.E., Fowler, R.C., & Young, D. (1988). Some differences between men and women who commit suicide. *American Journal of Psychiatry*, 145, 718-722.
- Rivlin, A., Hawton, K., Marzano, L., & Fazel, S. (2010). Psychiatric disorders in male prisoners who made near-lethal suicide attempts: case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 197, 313-19.
- Rosen, D.H. (1970). The serious suicide attempt: Epidemiological and follow-up study of 886 patients. *American Journal of Psychiatry*, 127(6), 764-70.
- Rosen, D.H., David, H. (1976). The serious suicide attempt. Five-year follow-up study of 886 patients. *JAMA*, 235(19), 2105-9.
- Roy, A. (2003). Characteristics of drug addicts who attempt suicide. (2003). *Psychiatry Research*, 121(1), 99-103.
- Rudd, M.D., Ellis, T.E., Rajab, M.H., & Wehrly, T. (2000). Personality types and suicidal behavior: an exploratory study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(3), 199-212.
- Rutz, W., Walinder, J., Rhimer, Z., & Pestality, P. (1999). Male depression: stress reaction combined with serotonin deficiency? *Lakartidningen*, 96, 1177-78.
- Salib, E., El-Nmir, G., & Yacoub, M. (2002). Their last words: a review of suicide notes in the elderly. *Medicine, Science, and the Law*, 42(4), 334-8.
- Shah, A., & De, T. (1998). Suicide and the elderly. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 2, 3-18.
- Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339-348.
- Sher, L. (2006). Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 13-22.
- Sher, L., Oquendo M.A., Richardson-Vejlgaard, R., Makhija N.M., Posner, K., Mann, J.J., & Stanley, B.H. (2009). Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders. *Journal of Psychiatry Research*, 43(10), 901-905. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.01.005.

- Shmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., ... Sampaio-Faria, J.G. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. *Acta Psiquiatrica Scandinavica*, 93, 327-338.
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as Psychache: a clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale, N.J: Jason Aronson
- Simon, O.R., Swann, A.C., Powell, K.E., Potter, L.B., Kresnow, M.J., & O'Carroll, P.W. (2001). Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32 (1Suppl), 49-59.
- Sisask, M., Kolves, K., & Varnik, A. (2009). Severity of the attempted suicide as measured by the Pierce suicidal intent scale. *Crisis*, 30,136-143.
- Smith, K., & Crawford, S. (1986). Suicidal behavior among "normal" high school students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16, 313-325.
- Sudhir Kumar, C.T., Mohan, R., Ranjith, G., & Chandrasekaran, R. (2006a). Gender differences in medically serious suicide attempts: a study from south India. *Psychiatry research*, 144, 79-86.
- Sudhir Kumar, C.T., Mohan, R., Ranjith, G., & Chandrasekaran, R. (2006b). Characteristics of high intent suicide attempters admitted to a general hospital. *Journal of Affective Disorders*,91, 77-81.
- Suominen, K., Henriksson, M., Soukas, J., Isometsä, E.T., Ostamo, A., & Lönnqvist, J. (1996). Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psiquiatrica Scandinavica*, 94, 234-40.
- Suominen K, Isometsa E, Henriksson M, Ostamo A, & Lonqvist J. (1997). Hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence, or both. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(2), 142-149.
- Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo A., & Lönnqvist, J. (2004). Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry*, 4, 11-18.

- Sverrisson, K.O., Palsson, S.P., Sigvaldason, K., & Kárason, S. (2010). Clinical aspects and follow up of suicide attempts treated in a general intensive care unit at Landspítali University Hospital in Iceland 2000-2004 [Abstract]. *Laeknabladid*, 96(2), 101-107.
- Swahn, M.H., & Potter, L.B. (2001). Factors associated with the medical severity of suicide attempts in youth and young adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32 (1Suppl), 21-29.
- Swann, A.C., Dougherty, D.M., Pazzaglia, P.J., Pham, M., Steinberg, J.L., & Moeller, F.G. (2005). Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1680-1688.
- Szerman, N. (2002). Nosología. Clínica de los trastornos por impulsividad. *Psiquiatría Biológica*, 9 (Supl 2), 1-9.
- Taylor, C., Cooper, J. & Appleby, L. (1999). Is suicide risk taken seriously in heavy drinkers who harm themselves? *Acta Psiquiatrica Scandinavica*, 100, 309-311.
- Van Aalst, J.A., Shotts, S.D., Vitsky, J.L., Bass, S.M., Miller, R.S., Meador, K.G., & Morris, J.A. (1992). Long-term follow-up on unsuccessful violent suicide attempts: risk factors for subsequent attempt. *The journal of trauma*, 33, 457-64.
- Voros, V., Osvath, P., & Fekete, S. (2004). Gender differences in suicidal behaviour. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 6, 65-71.
- Van Orden, K.A., Witte, T.K., Cukrowicz, K.C., Braithwaite, S.R., Selby, E.A., & Joiner, T.E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117, 575-600.
- Wang, S.Y., Li, Y.H., Chi, G.B., Xiao, S.Y., Ozanne-Smith, J., Stevenson, M., & Phillips, M.R. (2008). Injury-related fatalities in China: an under-recognized public-health problem. *Lancet*, 372, 1765-73.
- Weisman, A.D., & Worden, J.W. (1972). Risk-rescue rating in suicide assessment. *Archives of General Psychiatry*, 26, 553-560.
- Whiteside, S.P., & Lynam, D.R. (2003). Understanding the role of impulsivity and externalizing psychopathology in alcohol abuse: application of the UPPS impulsive behavior scale. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 11(3), 210-7.

- Williams, C.L., Davidson, J.A., & Montgomery, I. (1980). Impulsive suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 90-94.
- Wirbel, R., Olinger, A., Karst, M., & Mutschler, W.E. (1998). Treatment of severe injuries caused by attempted suicide: pattern of injury and influence of the psychiatric disorder on the postoperative course. *The European Journal of Surgery*, 164, 109-113.
- Witte, T.K., Merrill, K.A., Stellrecht, N.E., Bernert, R.A., Hollar, D.L., Schatschneider, C., & Joiner, T.E. (2008). Impulsive youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 107-116.
- World Health Organization. (1999). *The world health report*. Geneva: WHO, 104-9.
- Wu, C.S., Liao, C.S., Lin, K.M., Tseng, M.M., Wu, E.C., & Liu, S.K. (2009). Multidimensional assessments of impulsivity in subjects with history of suicidal attempts. *Comprehensive Psychiatry*, 50(4), 315-321. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.09.006
- Yip, P.S., Liu, K.Y., Hu, J., & Song, X.M. (2005). Suicide rates in China during a decade of rapid social changes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 792-98.
- Zhao, P., Yang, R., & Phillips, M.R. (2010). Age-specific characteristics of serious attempters in China. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40 (4), 383-93. doi: 10.1521/suli.2010.40.4.383.
- Zouk, H., Tousignant, M., Seguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2006). Characterization of impulsivity in suicide completers: a clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *Journal of Affective Disorders*, 92(2-3), 195-204.