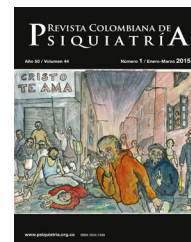




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Características Proximales de Intentos Autolíticos: Estudio en un Hospital Público de España

María Teresa Rosique-Sanz^{a,b,*}, Laura Broco-Villahoz^c, Rebeca Domínguez-Alhambra^d,
Cristina Fernández-Carpio^a, Carmen Aldara Carrajo-García^e y Cristina Polo-Usaola^a

^a Centro de Salud Mental de Hortaleza, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Facultad de Psicología, Universidad a Distancia de Madrid, Madrid, España

^c Hospital Dr. Rodríguez Lafora, Madrid, España

^d Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^e Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de septiembre de 2021

Aceptado el 7 de marzo de 2022

On-line el 12 de mayo de 2022

Palabras clave:

Intento autolítico

Intento de suicidio

Tentativa suicida

Características proximales

Tipología

R E S U M E N

Introducción: En el presente trabajo se describen distintos parámetros de las tentativas de suicidio atendidas desde la implementación del programa de Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC) en 2012 en el Hospital Ramón y Cajal de la Comunidad de Madrid, España.

Métodos: La muestra estuvo compuesta por 107 pacientes y la información se recogió a través de un cuestionario creado *ad hoc* con las siguientes variables: tipo de ideación suicida, consumo de tóxicos inmediatamente antes, método (en caso de sobreingesta medicamentosa: fármaco/s utilizado/s), ubicación, accesibilidad al rescate, planificación, intencionalidad, crítica y frenadores.

Resultados: Se obtuvieron estadísticos descriptivos y se realizó una comparación por sexo a través de las pruebas de χ^2 y coeficientes de contingencia. Los datos del estudio longitudinal retrospectivo mostraron como perfil más frecuente el de pacientes con ideas de muerte no estructuradas, sin consumo previo de tóxicos, que se realizan en el domicilio familiar de manera no planificada y con intención autolítica o evitativa del malestar de una sobreingesta medicamentosa, especialmente con benzodiazepinas. Los pacientes tienden a solicitar auxilio posterior y realizar crítica del intento, y los potenciales frenadores con frecuencia no se recogen en el informe clínico. Respecto a las disimilitudes en función del sexo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el consumo previo de alcohol, a favor de los hombres, y en el método sobreingesta, concretamente con benzodiazepinas, a favor de las mujeres.

Conclusiones: Profundizar en las tipologías de los intentos autolíticos resulta fundamental para mejorar la prevención, la comprensión y el abordaje sanitario.

© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.rosique@udima.es (M.T. Rosique-Sanz).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.03.004>

0034-7450/© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Proximal Characteristics of Suicide Attempts: a Study in a Public Hospital in Spain

A B S T R A C T

Keywords:

Attempt at self-harm
Suicide attempt
Proximal characteristics
Type

Introduction: Different parameters of suicide attempts treated since the implementation of the Attention to Suicide Risk Program (ARSUIC) in 2012 at the Hospital Ramón y Cajal in Madrid Region are described in this paper.

Method: The sample was composed of 107 patients and the information was collected through a questionnaire created *ad hoc* with the following variables: type of suicidal ideation; drug use immediately prior to the attempt; method (in case of drug overdosing: drug/s used); location; accessibility to rescue; planning; intentionality; criticism; and brakes.

Results: Descriptive statistics were obtained and a comparison by gender was made through the χ^2 and contingency coefficients tests. The data from the retrospective longitudinal study showed that the most common profile was of patients with unstructured ideas of death and no previous drug use who took an unplanned drug overdose in the family home, with the intention of self-harm or avoidance of discomfort, especially with benzodiazepines. Patients tend to ask for help afterwards and criticise the attempt, but potential restraints are often not recorded in the clinical report. Regarding the dissimilarities based on gender, statistically significant differences were found in prior alcohol consumption, in favour of men and in the overdose method, specifically with benzodiazepines, in favour of women.

Conclusions: Knowing the types of attempts at self-harm is essential for improving prevention, understanding and patient management.

© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Bajo el término conducta suicida se clasifican distintos fenómenos, entre los que destacan el suicidio consumado, la tentativa suicida y la ideación suicida¹. Considerando el suicidio consumado, desde el año 2008 y a lo largo de la siguiente década, el Instituto Nacional de Estadística mantiene que es la primera causa de muerte no natural, que alcanzó, según los últimos datos oficiales de 2018, las 3.539 defunciones². A ello habría que añadir que, por cada suicidio (según la Organización Mundial de la Salud, se producen cerca de 800.000 fallecimientos anuales), se producen muchas más tentativas de suicidio³, y se llega a alcanzar una proporción de 1 suicidio consumado por cada 20 intentos autolíticos fallidos⁴; sin embargo, respecto a estos últimos, carecemos de un registro oficial que cuantifique los datos, por lo que las cifras podrían ser todavía mayores.

En las últimas décadas han surgido distintas propuestas dentro de los ámbitos hospitalarios y clínicos para mejorar la respuesta institucional y, en definitiva, la cobertura sanitaria ofrecida a esta demanda creciente. Como medida en este contexto, en la Comunidad de Madrid se elaboró, dentro del Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014⁵, el programa de Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC), cuya particularidad reside en que los pacientes con ideación o intentos autolíticos que son dados de alta del servicio de urgencias y no disponen de un profesional de referencia en servicios especializados —es decir, no mantienen un seguimiento ambulatorio previo— dispondrán de una cita con un profesional de salud mental en un plazo menor de 1 semana. De este modo, una vez descartado

un riesgo inminente, se asegura una continuidad asistencial prioritaria, de calidad y especializada.

Desde hace décadas, diversas investigaciones han tratado de ofrecer distintos modelos predictivos del riesgo suicida, así como explorar posibles factores de riesgo y protección, con una finalidad eminentemente explicativa, predictiva y preventiva⁶⁻⁸. Una línea de investigación menos explorada es la que estudia los parámetros relacionados con los factores proximales asociados con el acto suicida fallido, como el tipo de ideación suicida, el consumo de tóxicos inmediatamente previo al intento, el método empleado, la accesibilidad al rescate, el grado de planificación del intento y su finalidad, la posible crítica del intento o aquellos aspectos que podrían detener, interrumpir o inhibir el propio intento. Una aproximación a las características o tipologías de los intentos autolíticos y a sus factores asociados resulta esencial si se tiene en cuenta que durante décadas se lleva manteniendo empíricamente que las tentativas previas son uno de los antecedentes más relacionados con el riesgo suicida posterior⁹⁻¹³.

El objetivo del presente trabajo es describir distintos parámetros relacionados con los intentos autolíticos atendidos desde la implementación del programa ARSUIC en diciembre de 2012 hasta agosto de 2018 y desde septiembre de 2019 hasta enero de 2021 (durante unos meses no se produjo recogida de datos debido a la implementación del nuevo sistema informático HCIS para la realización de la historia clínica) en el Hospital Universitario Ramón y Cajal y derivados al Centro de Salud Mental de Hortaleza y atendidos en al menos una ocasión, y estudiar si existían diferencias estadísticamente significativas en función del sexo. Con ello se pretendió profundizar en las características proximales de los intentos

autolíticos perpetrados por la población que estaba siendo atendida a través del programa.

Métodos

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 107 pacientes que fueron derivados tras realizar un intento autolítico desde el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal, a través del programa ARSUIIC, al Centro de Salud Mental del distrito de Hortaleza. Los participantes fueron 23 varones y 84 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 89 (media, $42,2 \pm 16,6$) años. La media de edad de los varones fue de $41,9 \pm 16$ años y la de las mujeres, $42,3 \pm 16,8$, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con el estadístico t de Student para muestras independientes ($p > 0,05$). En cuanto a las características psicosociales de la muestra, el estado civil de un 32,7% de los pacientes era casado/a, un 23,4% de los pacientes estaba soltero/a, un 15,9% tenía pareja y convivía con ella, un 11,2% tenía pareja pero no convivía con ella, un 11,2% estaba separado o divorciado, un 4,7% viudo y en un 0,9% (1 caso) no consta la información. Los pacientes que tenían hijos eran el 35,4%, frente al 64,6% que no. Centrándonos en la situación laboral, un 43,9% se encontraba activo laboralmente en el momento en que realizó el intento autolítico, frente a un 25,2% que se encontraba en paro, un 5,6% que estaba estudiando, un 5,6% que se dedicaba a las tareas del hogar, otro 5,6% que estaba jubilado, un 3,7% que tenía una incapacidad laboral y un 10,3% en el que no constan datos relativos a la actividad laboral. En cuanto a la profesión u ocupación, un 37,4% de los pacientes se dedicaba a trabajos no cualificados, un 17,8% a trabajos cualificados, y como ya se ha indicado, un 5,6% era estudiante, otro 5,6% se dedicaba a las tareas del hogar y en un 33,6% no consta el dato. Por último, en ningún informe clínico se recogieron datos relativos a las creencias del paciente.

En relación con los datos longitudinales del número de pacientes que acudieron al Centro de Salud Mental de Hortaleza derivados a través del programa ARSUIIC a una primera evaluación psiquiátrica, de los 107 pacientes, el 5,6% no llegó a acudir a la cita programada frente al 95,4% que sí acudió, de los que el 61,7% recibió una o más citas de seguimiento, el 23,4% cursó abandono voluntario y no acudió a la segunda revisión y el 9,3% fue dado de alta en la primera consulta.

Materiales

La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario creado *ad hoc* de respuesta cerrada, dicotómica o múltiple y excluyente que contenía las siguientes variables: tipo de ideación suicida, consumo de tóxicos inmediatamente antes, método (en caso de sobreingesta medicamentosa: fármaco/s utilizado/s), ubicación, accesibilidad al rescate, planificación, intencionalidad, crítica y frenadores.

Diseño

Se trata de un estudio longitudinal retrospectivo. La información de los pacientes derivados desde el Servicio de Urgencias del Hospital Ramón y Cajal, a través del programa ARSUIIC, al Centro de Salud Mental de Hortaleza se recogió a partir de los informes de alta elaborados en el Servicio de Urgencias del hospital.

Procedimiento

La investigación fue aprobada por el Comité de Bioética del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Para la recogida de información se seleccionaron todos los informes clínicos de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias que acudieron al Centro de Salud Mental, basados a su vez en la entrevista clínica mantenida por Psiquiatría, y se definieron las categorías de manera operativa basadas en la nomenclatura utilizada en los informes clínicos.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa SPSS 26.0. Para el estudio descriptivo se obtuvieron tablas de frecuencia de todas las variables, para la comparación en función del sexo de la variable consumo de tóxicos previo, se aplicó la prueba de la χ^2 y para la de las restantes variables, el estadístico V de Cramer, dado que las tablas cruzadas en esas variables eran mayores que 2×2 y así se corrige el problema de la dependencia del resultado del número de casillas de las tablas.

Resultados

A continuación se exponen los datos siguiendo el orden en que fueron recabados (tabla 1).

Respecto a los tipos de ideación suicida presentados por todos los pacientes, los más frecuentes fueron las ideas de muerte no estructuradas (67,3%) frente a las ideas pasivas de muerte (18,7%) y la ideación estructurada (14%). El consumo de tóxicos previo al intento se produjo en un cuarto de los casos (25,2%), y el método mayoritariamente utilizado fue la sobreingesta medicamentosa (72%), seguida por la combinación de fármacos y tóxicos (15%) y la venoclisis (6,5%). De los fármacos, las benzodiacepinas fueron los más frecuentes (57%), seguidas por las benzodiacepinas combinadas con los antidepresivos (10,3%). En el 16,8% de los casos se utilizaron otros tipos de sustancias (analgésicos-antitérmicos, analgésicos-antiinflamatorios o inhibidores de la bomba de protones, entre otros) y solo en 1 caso el intento se produjo exclusivamente con antidepresivos.

Los datos relativos al contexto en que se ejecutaron los intentos muestran que, en su mayoría, se perpetraron en el domicilio familiar (89,7%) y que, una vez realizado el intento, se solicitó auxilio en casi la mitad de los casos (44,9%), mientras que en un 35,5% se dejó una huella que podía avisar a los allegados. Solamente el 15,9% de los casos no solicitaron auxilio ni facilitaron algún identificador. En cuanto a la

Tabla 1 – Variables relacionadas con el intento autolítico

Variable	N	%	Hombres (n, %)	Mujeres (n, %)	Variable	N	%	Hombres (n, %)	Mujeres (n, %)
Ideación suicida					Accesibilidad al rescate				
Estructurada	15	14	6; 26,1	9; 10,7	No solicita auxilio	17	15,9	5; 21,7	12; 14,3
No estructurada	72	67,3	13; 56,5	59; 70,2	Deja huellas	38	35,5	7; 30,4	31; 36,9
Ideas pasivas de muerte	20	18,7	4; 17,4	16; 19	Solicita auxilio	48	44,9	10; 43,5	38; 45,2
No consta	0	0	0; 0	0; 0	No consta	4	3,7	1; 4,3	3; 3,6
Consumo de tóxicos previo					Planificación				
Sí					Elevada	3	2,8	1; 4,3	2; 2,4
No	27	25,2	11; 47,8	16; 19	Media	21	19,6	8; 34,8	13; 15,5
No consta	65	60,7	9; 39,1	56; 66,7	Baja	82	76,6	14; 60,9	68; 81
	15	14	3; 13	12; 14,3	No consta	1	0,9	0; 0	1; 1,2
Método					Intencionalidad				
Fármacos	77	72	12; 52,2	65; 77,4	Autolítica	50	46,7	14; 60,9	36; 42,9
Fármacos y tóxicos	16	15	5; 21,7	11; 13,1	Evitación del malestar	42	39,3	8; 34,8	34; 40,5
Venoclisis	7	6,5	4; 17,4	3; 3,6	Movilizadora del entorno	13	12,1	1; 4,3	12; 14,3
Tráfico	1	,9	1; 4,3	0; 0	No consta	2	1,9	0; 0	2; 2,4
Varios	2	1,9	0; 0; 1; 4,3	2; 2,4					
Otros	4	3,7	0; 0	3; 3,6					
No consta	0	0		0; 0					
Fármacos					Crítica				
Sin fármacos	12	11,2	6; 26,1	6; 7,1	Adecuada	67	62,6	14; 60,9	53; 63,1
Antidepresivos	1	,9	0; 0	1; 1,2	Parcial	26	24,3	3; 13	23; 27,4
Benzodiacepinas	61	57	6; 26,1	55; 65,5	Nula	11	10,3	4; 17,4	7; 8,3
Ambos	11	10,3	4; 17,4	7; 8,3	No consta	3	2,8	2; 8,7	1; 1,2
Estabilizadores del ánimo	1	,9	0; 0	1; 1,2					
Otros									
No consta	18	16,8	6; 26,1	12; 14,3					
	3	2,8	1; 4,3	2; 2,4					
Ubicación					Frenadores				
Remoto	3	2,8	1; 4,3	2; 2,4	Sí; familia	27	25,2	4; 17,4	23; 27,4
No familiar; no remoto	5	4,7	1; 4,3	4; 4,8	Sí; otros	5	4,7	0; 0	5; 6
Familiar					Ambos	1	,9	0; 0	1; 1,2
No consta	96	89,7	19; 82,6	77; 91,7	No	28	26,2	9; 39,1	19; 22,6
	3	2,8	2; 8,7	1; 1,2	No consta	46	43	10; 43,5	36; 42,9

información sobre la planificación y la intencionalidad, la mayoría de los intentos fueron considerados poco planificados (76,6%), aunque la intención fuera autolítica (50%) o tuviera fines evitativos del malestar (39,3%); solo el 2,8% de ellos se consideraron con alto grado de planificación y el 29,6%, con una planificación moderada; la intención de movilizar el entorno se detectó en un 12,1% de los casos.

Por último, el estudio de la crítica posterior realizada por los pacientes, así como de los frenadores a los que aludieron tras el intento, muestra que en general predominó la crítica adecuada (62,2%) o parcial (24,3%) y que este ítem fue en general el menos explorado de todas las variables: en un 43% de los casos no se evaluó y el 30,8% de la muestra aludió a disponer de un inhibidor potencial del paso al acto, frente al 26,2% que negó disponer de frenadores. De los frenadores, pensar en la familia fue el factor que los pacientes consideraron más protector.

En cuanto al análisis de las diferencias en las variables en función del sexo, se encontró una diferencia significativa en consumo previo de tóxicos a favor de los varones ($p < 0,05$) y que las mujeres utilizaban como método la sobreingesta de fármacos más que ellos ($p < 0,05$), en concreto benzodiacepinas ($p < 0,05$). En las restantes variables (tipo de ideación suicida, ubicación, accesibilidad, planificación, intencionalidad, crítica y frenadores), no se encontraron

diferencias estadísticamente significativas en función del sexo ($p < 0,05$).

Discusión

Conocer los factores asociados con los intentos autolíticos fallidos resulta un aspecto fundamental para su abordaje y prevención. Distintos estudios han tratado de establecer qué parámetros pueden encontrarse asociados con los intentos y con un posible mayor o menor riesgo suicida. Con el objetivo de profundizar en los factores asociados con los intentos autolíticos, el presente estudio ha recogido los datos de los informes clínicos de 107 pacientes que fueron atendidos a través del programa ARSUIC y derivados al Centro de Salud Mental. Para ello se incluyó la información relativa a tipo de ideación suicida, consumo de tóxicos inmediatamente antes, método (en caso de sobreingesta medicamentosa: fármaco/s utilizado/s), ubicación, accesibilidad al rescate, planificación, intencionalidad, crítica e inhibidores. Los resultados mostraron un perfil más frecuente de pacientes con ideas de muerte no estructuradas, que no ingieren tóxicos inmediatamente antes del intento, que realizan sobreingesta medicamentosa, especialmente con benzodiacepinas, en el domicilio familiar, de forma poco planificada, con intención autolítica o evitativa

del malestar y que posteriormente tienden a solicitar auxilio y realizar crítica del intento en el Servicio de Urgencias; resulta llamativo que frecuentemente se omite la información relativa a los frenadores en el informe clínico, aunque cuando se explora predomina que los pacientes aludan a disponer de algún factor que pudiera haber frenado el intento, frente a los que no disponen de ellos. Respecto a las diferencias de sexo, los varones tendieron con más frecuencia a consumir tóxicos antes del intento y las mujeres usaron con más frecuencia la sobreingesta medicamentosa como método, especialmente con benzodiacepinas.

Uno de los mayores estudios nacionales comparativos de factores asociados con los intentos autolíticos fue el de Ayuso et al.¹⁴ realizado en 4 áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid. En él se analizaron las diferentes tipologías de los intentos de suicidio de 996 pacientes, y se encontró que en las tentativas suicidas generalmente la ideación suicida estaba ausente (53,2%) o era moderada/dudosa (23,7%). Estos porcentajes distan de los encontrados en la muestra de pacientes que acceden al programa ARSUIIC, que tienden a exhibir con mayor frecuencia una ideación autolítica no estructurada y solo en el 18,7% de los casos se dan ideas pasivas de muerte. Nuestros datos también son superiores a los de Wei et al.¹⁵ y Goñi-Sarriés et al.¹⁶, quienes encontraron en una muestra de pacientes que había realizado un intento autolítico que presentaban ideación más del doble de pacientes que los que no. La sobreingesta medicamentosa fue también el método más frecuente en el trabajo de Ayuso et al.¹⁴ y, al igual que en nuestro estudio, la ubicación más común fue el domicilio familiar. Los datos hallados relativos al método empleado y la ubicación del intento también son coherentes con el estudio de García-Rábago et al.¹⁷, quienes encontraron el consumo de fármacos y la realización del intento en el domicilio como los parámetros más frecuentes, y con el de Sendra-Gutiérrez et al.¹⁸, quienes encontraron que las tentativas suicidas en las sociedades desarrolladas se relacionan con más frecuencia con la sobreingesta medicamentosa, especialmente de benzodiacepinas, seguidas por los antidepresivos, debido a su fácil acceso y disponibilidad. Al comparar estos datos con los métodos utilizados en los suicidios consumados, se encuentra que en estos son más frecuentes métodos más violentos y letales^{19,20}. Por ello resulta fundamental que, en el desarrollo de las estrategias preventivas, se pueda hacer hincapié en restringir los accesos a métodos suicidas²¹.

En cuanto al consumo previo de sustancias, el 25,2% de los casos mostraron una ingesta enólica o de otras sustancias previa al intento, cifra superior al 10,7% encontrado en el análisis de Ayuso et al.¹⁴. Cherpitel et al.²² hallaron en su revisión que un 10-73% de los pacientes que realizan un intento presentaban una intoxicación enólica aguda, situándose la media en el 40% de los casos; asimismo otros estudios también han asociado el consumo de alcohol previo al intento como un factor proximal de riesgo^{23,24}. Por otra parte, distintos estudios han constatado la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los intentos de suicidios de alta y baja letalidad y el consumo de alcohol previo, en el sentido de que las tentativas graves se asocian en mayor medida con una ingesta anterior^{17,25}, especialmente en varones²⁶.

La información relativa a la accesibilidad al rescate es ligeramente superior a la hallada por Ayuso et al.¹⁴,

quienes encontraron que el 40,8% de la muestra solicitó auxilio, seguido del 30,9% que dejó huella y el 28,2% que no pidió ayuda tras el acto. Esta última cifra es más elevada que la de nuestro estudio (el 15,9% de los pacientes no solicitaron auxilio), lo que indicaría un posible incremento longitudinal en la tendencia a pedir ayuda de los pacientes que realizan un intento de suicidio fallido.

Distintas investigaciones señalan la relevancia de la impulsividad como factor asociado con el comportamiento suicida que podría predisponer a perpetrar el acto²⁷. En nuestro caso, a la vista de las dificultades que han subrayado otros estudios sobre la conceptualización del término impulsividad como unidimensional en este contexto²⁸⁻³⁰, la categoría descriptiva seleccionada es la planificación, variable recogida generalmente en el contexto sanitario y clínico en las entrevistas de evaluación. Los datos encontrados relativos a la planificación del intento son inferiores a los de Ayuso et al.¹⁴, que encontraron que en un 88% de los casos la organización previa era baja frente al 76,6% de nuestro estudio. Estos autores, sin embargo, identificaron un porcentaje mayor de pacientes que mostraron una elevada planificación previa (5,2%) frente a la de este estudio (2,8%); en general, parece que las tentativas tienden a exhibir cierta impulsividad y menor planificación. Respecto a la intencionalidad, predominó la autolítica o evasiva del malestar, aunque distintos estudios tienden a relacionar la letalidad con la intención de muerte^{31,32}. Por último, en cuanto a la reacción frente al intento, los pacientes en ambos estudios tienden a realizar una crítica posterior adecuada; los pacientes que realizan una crítica nula es ligeramente mayor en el estudio de Ayuso et al. que el nuestro.

Al comparar los factores proximales del intento en función del sexo, nuestros datos coinciden con los de Azcárate-Jiménez et al.³³ y Ayuso et al.¹⁴, que encontraron una mayor frecuencia de sobreingesta medicamentosa en las mujeres que en los varones, si bien no encontraron, a diferencia de nosotros, un mayor uso de benzodiacepinas como sustancia principal en las mujeres. La tendencia encontrada en los varones a un consumo previo de tóxicos con mayor frecuencia que las mujeres se ha constatado en estudios previos^{14,26}.

Una de las principales limitaciones del trabajo presentado es la asociada a un estudio retrospectivo que puede conllevar pérdida de información relevante. En este caso, dado que el proceso de recogida de datos se basó en el informe clínico con los principales aspectos de la entrevista mantenida entre el psiquiatra y el paciente, sería posible que parte de los datos que no constan (que supone un porcentaje, salvo en la evaluación de los frenadores) pudieran explicarse bien porque fueron variables no exploradas, bien porque aunque evaluadas no quedaron recogidas en el informe de alta. En la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades³⁴ se realiza una serie de recomendaciones para la evaluación del riesgo autolítico, entre las que no se encuentran varias de las variables seleccionadas para el estudio, por lo que continuar perfilando los contenidos de la entrevista resulta esencial. Otra de las limitaciones es la propia de los estudios descriptivos, que no permiten establecer relaciones causales, algo que en este contexto podría suponer un avance muy relevante. Asimismo haber utilizado una muestra relativamente pequeña ofrece unos resultados solo preliminares que convendría cotejar con estudios futuros que incluyan muestras más amplias.

En cuanto a las líneas futuras de investigación, resulta necesario continuar disponiendo de datos descriptivos sobre las circunstancias proximales en las que se producen los intentos autolíticos para continuar avanzando en el conocimiento sobre este fenómeno; profundizar en estos aspectos permitiría realizar intervenciones preventivas en el ámbito sanitario público. Igualmente resultaría esclarecedor poder comparar los factores recogidos en el presente estudio en distintas poblaciones, como podría ser la de pacientes que consuman el suicidio y la de aquellos que realizan un intento fallido. Del mismo modo, sería conveniente poder perfilar en mayor medida los contenidos que deben explorarse en las entrevistas de evaluación en los servicios de urgencias, dado que permitiría obtener información clínica relevante.

Conclusiones

Resulta fundamental ahondar en los factores proximales asociados con las tentativas autolíticas para una mayor comprensión del fenómeno, así como con objetivos preventivos y terapéuticos. Describir las tipologías de pacientes que perpetran intentos y mejorar las entrevistas clínicas en los servicios de urgencias resultan una línea de investigación fundamental para el avance del conocimiento en el campo del suicidio y los intentos fallidos.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener algún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ayuso-Mateos JL, Baca-García JL, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5:8-23.
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte en 2018. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>. Consultado 15 Mar 2021.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Suicidio. Datos y cifras del 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Consultado 15 Mar 2021.
4. Bobes J, Giner J, Sáiz P. editores Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela; 2011.
5. Consejería de Sanidad. Plan estratégico de salud mental 2010-2014. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009851.pdf>. Consultado 18 Mar 2021.
6. Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, Bush NE, Beech EH, Workman DE, et al. Prediction models for suicide attempts and deaths: A systematic review and simulation. *JAMA.* 2019;76:642-51.
7. Kessler RC, Bossarte RM, Luedtke A, Zaslavsky AM, Zubizarreta JR. Suicide prediction models: A critical review of recent research with recommendations for the way forward. *Mol Psychiatry.* 2020;25:168-79.
8. Whiting D, Fazel S. How accurate are suicide risk prediction models? Asking the right questions for clinical practice. *Evid Based Ment Health.* 2019;22:125-8.
9. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean A. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *Am J Psychiatry.* 2016;173:1094-100.
10. Comtois KA. A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide. *Psychiatr Serv.* 2002;53:1138-44.
11. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: Aspirations and evidence. *BMJ.* 1994;308:1227-33.
12. Irigoyen M, Porras-Segovia AL, Galván L, Puigdevall M, Giner L, De León S, et al. Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: A survival analysis. *J Affect Disord.* 2019;15:20-8.
13. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Plan estratégico de salud mental 2018-2020. BOCM. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>. Consultado 12 Feb 2021.
14. Ayuso JL, Saiz J, Morant C, Baca E, Miret M, Nuevo R. Estudio de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017024.pdf>. Consultado 31 Ene 2021.
15. Wei S, Li H, Hou J, Chen E, Tan S, Chen X, et al. Comparing characteristics of suicide attempters with suicidal ideation and those without suicidal ideation treated in the emergency departments of general hospitals in China. *Psychiatry Res.* 2018;262:78-83.
16. Goñi-Sarriés A, Janda-Galán L, Macaya-Aranguren P, Azcárate L, López-Goñi JJ, Álvarez I. Diferencias entre los intentos de suicidio en urgencias psiquiátricas hospitalarias. *Actas Esp Psiquiatr.* 2018;46:83-91.
17. García-Rábago H, Sahagún-Flores JE, Ruiz-Gómez A, Sánchez-Ureña GM, Tirado-Vargas JC, González-Gómez JG. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Rev Salud Pública.* 2010;12:713-21.
18. Sendra-Gutiérrez JM, Esteban-Vasallo M, Domínguez-Berjón MF. Características de la conducta suicida y factores asociados a su mortalidad en el ámbito hospitalario. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2018;11:234-43.
19. Gómez-Durán EL, Fortí-Burattia MA, Gutiérrez-López B, Belmonte-Ibáñez A, Martín-Fumadó M. Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016;9:31-8.
20. Barbería E, Xifré A, Martín-Fumadó C, Suelves JM. Violent suicides and forensic information sources. *Emergencias.* 2013;25:78.
21. Saiz PA, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;7:1-4.
22. Cherpitel CJ, Borges GLG, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: A review of literature. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004;28 5 Suppl:18S-28S.
23. Bagge CL, Lee H, Schumacher JA, Gratz KL, Krull JL, Holloman G. Alcohol as an acute risk factor for recent suicide attempts: A case-crossover analysis. *J Stud Alcohol Drugs.* 2013;74:552-8.
24. Borges G, Cherpitel CJ, MacDonald S, Giesbrecht N, Stockwell T, Wilcox HC. A case-crossover study of acute alcohol use and suicide attempt. *J Stud Alcohol Drugs.* 2004;65:708-14.
25. Carmel A, Ries R, West II, Bumgardner K, Roy-Byrne P. Suicide risk and associated demographic and clinical correlates among primary care patients with recent drug use. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2016;42:351-7.

26. González A, Rodríguez A, Aristizábal A, García J, Palacios C, López C. Suicidio y género en Antioquia (Colombia): Estudio de autopsia psicológica. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010;39:251-67.
27. Liu RT, Trout ZM, Hernandez EM, Cheek SM, Gerlus NA. A behavioral and cognitive neuroscience perspective on impulsivity, suicide, and non-suicidal selfinjury: Metaanalysis and recommendations for future research. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017;83:440-50.
28. May AM, Klonsky ED. Impulsive" suicide attempts: What do we really mean? *Personal Disord.* 2016;7:293-302.
29. Rimkeviciene J, O'Gorman J, De Leo D. Impulsive suicide attempts: A systematic literatura review of definitions, characteristics and risk factors. *J Affect Disord.* 2015;171:93-104.
30. Rimkeviciene J, O'Gorman J, De Leo D. How do clinicians and suicide attempters understand suicide attempt impulsivity? A qualitative study. *Death Stud.* 2016;40:139-46.
31. Brown GK, Henriques GR, Sosdjan D, Beck AT. Suicide intent and accurate expetations of lethality: Predictors of medical lethality of suicide attempts. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72:1170-4.
32. Zhang J, Xu H. Degree of suicide intent and the lethality of means employed: a study of chinese attempters. *Arch Suicide Res.* 2007;11:343-50.
33. Azcárate-Jiménez L, López-Goñi JJ, Goñi-Sarriés A, Montes-Reula L, Portilla-Fernández A, Elorza-Pardo R. Repetición del intento de suicidio: un estudio de seguimiento. *Actas Esp Psiquiatr.* 2019;47:127-36.
34. Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-10-AP. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento para la atención primaria. Madrid: M editor; 1992.