

María Irigoyen-Otiñano^{1,2}
Margarita Puigdevall-Ruestes¹
María Mur-Lain^{1,2,3}
Ana González-Pinto⁴
María J. Portella⁵
Enrique Baca-García⁶
Jorge Lopez-Castroman⁷

Ausencia de asociación entre el nivel de letalidad y la reincidencia de los intentos de suicidio en una provincia española

¹Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Santa María de Lleida
²Fonaments Biològics dels Trastorns Mentals del Institut de Recerca Biomèdica. Lleida
³Universitat de Lleida
⁴Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Spain; BIOARABA Health Research Institute, OSI Araba, University Hospital, University of the Basque Country, Vitoria, Spain
⁵Servei de Psiquiatri, Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau, Hospital de Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, CIBERSAM, Barcelona, Catalunya, España
⁶Jefe Departamento Psiquiatría Fundación Jiménez-Díaz. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Hospital Universitario Infanta Elena. Hospital General de Villalba. Profesor Asociado Psiquiatría UAM. Adjunct Associate Professor of Psychiatry Columbia University. New York (USA). CIBERSAM
⁷Nimes University Hospital, Nimes, France
University of Montpellier & INSERM u1061, Montpellier, France
CIBERSAM, Spain

Introducción. El suicidio es un problema de salud importante en España. Examinamos la relación entre la reincidencia de los intentos y el nivel de letalidad alcanzado, y el perfil de los pacientes reincidentes que realizan intentos más letales. El objetivo es establecer los factores sociodemográficos y clínicos predictores de una mayor letalidad y reincidencia.

Método. Todos los pacientes atendidos por intento suicida en un área sanitaria de 360.000 habitantes de 2009 a 2014 (N=711) fueron valorados de forma sistemática. Comparamos las características clínicas y demográficas en función de la letalidad (leve versus moderada-severa) y la reincidencia (1-2 intentos versus >2 intentos) usando análisis univariantes y modelos de regresión. Posteriormente, repetimos los análisis tras distribuir la muestra en cuatro grupos en función de la presencia o ausencia de alta letalidad y/o reincidencia.

Resultados. La reincidencia se asoció con la edad media (35-65 años), inactividad laboral, y los trastornos de personalidad o por uso de sustancias. La letalidad se asoció con el género masculino, edades extremas, método violento y los trastornos afectivos, pero no con la reincidencia. La coincidencia de múltiples intentos y letalidad severa en un mismo paciente parece relacionarse con el grupo de edad de 35-65 años, sexo masculino, uso de métodos violentos, trastornos mentales y la inactividad laboral.

Conclusiones. Distintos factores demográficos y clínicos se asocian al riesgo de letalidad médica y de reinciden-

cia. Nuestros resultados muestran que aquellos pacientes que repiten los intentos y realizan al menos un intento de alta letalidad, tienen mayor presencia de psicopatología, sobre todo trastornos afectivos.

Palabras clave: Intento de Suicidio, Reincidencia, Letalidad, Intencionalidad Suicida, Trastorno Mental, Orientación Clínica

Actas Esp Psiquiatr 2019;47(5):179-89

Absence of association between the level of lethality and the recidivism of suicide attempts in a Spanish province

Introduction. Suicidal behaviour is a major health problem in Spain. The aim of this study is to examine the relationship between the recurrence of suicide attempts and the level of lethality reached, and the profile of repeaters who perform more lethal attempts.

Method. All patients admitted for attempted suicide in a health area of 360,000 inhabitants from 2009 to 2014 (N=711) were systematically assessed. We compared clinical and demographic characteristics of these patients in terms of lethality (low versus moderate-severe) and recidivism (1-2 attempts versus >2 attempts) using univariate analyses and regression models. Later, we repeated the analyses after distributing the sample into four groups depending on the presence or absence of high lethality and/or recidivism.

Results. Recidivism was associated with the middle-age group (35-65 years), the lack of professional activity, and personality or substance use disorders. Lethality was associated with male gender, extreme age-groups, the use of a violent method, and affective disorders, but not with recidivism. Multiple suicide attempts and high lethality in a single

Correspondencia:
María Irigoyen Otiñano
Hospital Universitario Santa María de Lleida, Servicio de Psiquiatría
Av. de l'Alcalde Rovira Roure, 44, 25198 Lérida (España)
Correo electrónico: mariairigoyen@gmail.com

patient was associated with 35–65 years age-group, male gender, violent methods, mental disorders, and inactivity.

Conclusions. Different demographic and clinical factors indicate an increased risk of medical lethality and recurrence in suicidal patients. Our results show that at least some recidivist patients end up making more lethal and violent attempts with the passage of time, especially if they have psychiatric comorbidity.

Keywords: Suicide Attempt, Recidivism, Lethality, Suicidal Intent, Mental Disorder, Clinical Orientation

INTRODUCCIÓN

A partir del año 2008, el suicidio pasó a ser la principal causa externa de mortalidad por delante de los accidentes de tráfico en España. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2014 se contabilizaron 3.910 suicidios (2.938 hombres y 972 mujeres) que corresponden a una tasa de suicidio 8,4/100.000 habitantes¹. Por otro lado, en España la prevalencia-vida de las ideas de suicidio y los intentos de suicidio se sitúa por debajo de la media europea en el 4,4% y el 1,5% respectivamente, según los datos del estudio ESE-MED². Los intentos de suicidio conllevan importantes consecuencias sanitarias, sociales y económicas y además, son los mejores predictores de repetición y suicidio consumado³. Por este motivo, muchas estrategias preventivas se centran en los pacientes que han realizado un intento⁴.

A nivel práctico, dos características de los intentos de suicidio son particularmente importantes: el grado de letalidad médica y el riesgo de reincidencia. La letalidad médica de un intento de suicidio se define como la probabilidad de realizarse un daño irreversible⁵. La ingesta de fármacos o drogas sedantes son los métodos más frecuentes, clásicamente clasificados como de letalidad somática leve. En cambio, el ahorcamiento, la precipitación, el empleo de armas de fuego o los cortes son considerados métodos violentos, de mayor letalidad, y se asocian con un riesgo elevado de suicidio consumado^{6,7}. En un estudio sobre la conducta suicida en Australia entre los años 1993 y 2003, se observó que la letalidad global era del 12%, mayor entre los hombres independientemente del método, y que las armas de fuego eran el medio de suicidio más letal (90%) seguido por el ahorcamiento (83%)⁸. Distintos factores psicosociales parecen promover una mayor letalidad sobre todo si se presentan simultáneamente: el sexo masculino^{9,10}, la desesperanza^{9,10}, el aislamiento social¹¹, el desempleo¹², la edad avanzada¹³, o el consumo de alcohol¹⁴. En un estudio reciente, los suicidas que realizaban intentos violentos presentaban similitudes tales como el género masculino, edad avanzada y antecedentes de conducta suicida familiar¹⁵ con aquellos que consumaban el suicidio.

La conducta suicida previa es el mejor predictor de futuros intentos¹⁶, pero no existe consenso a la hora de definir a los reincidentes. Algunos autores definen a los reincidentes como aquellos sujetos que han realizado, al menos, dos intentos de suicidio^{17–19}. El equipo de Owens realizó una revisión de 90 estudios en la que analizaban la reincidencia en pacientes atendidos en unidades de urgencias observando que el 16% reincidía durante el primer año, el 21% entre el segundo y cuarto año y el 23% después del cuarto año²⁰. Pero es un tema de debate si la reincidencia en los intentos se asocia a un aumento progresivo de la letalidad²¹. De acuerdo con un metanálisis sobre estudios de autopsia psicológica en el suicidio, aproximadamente el 40% de los suicidios son precedidos de al menos un intento de suicidio no letal²². En todo caso, los pacientes reincidentes son clínicamente un grupo distinto con mayor complejidad psicopatológica y mayor riesgo de futuros intentos^{17,23}. Clásicamente, la reincidencia se ha relacionado con el género femenino²⁴ y la juventud (18–29 años)²⁵. Muchas otras variables demográficas y clínicas se han asociado con una mayor reincidencia. Por ejemplo, no tener pareja²⁴, el desempleo²⁶, y la mayoría de los trastornos psiquiátricos^{17,27–29}.

Los estudios que han intentado relacionar la asociación entre mayor reincidencia y mayor letalidad somática ofrecen resultados poco esclarecedores. Cabe destacar dos estudios al respecto. Por un lado, el estudio de Blasco-Fontecilla et al. (2014), en el que analizan una muestra de 372 intentos de suicidio atendidos en un hospital de Montpellier y en el que se observa que los grandes repetidores (individuos que han realizado más de cinco intentos de suicidio) presentan mayores puntuaciones en una escala de letalidad médica³⁰. Por otro lado, López-Castroman et al. (2011), sobre una muestra de 1.349 intentos de suicidio evaluados en Montpellier y Madrid, observa que la reincidencia se relaciona con los trastornos de ansiedad, la edad adulta (35–64 años), los trastornos por uso de sustancias y la necesidad de mayor atención sanitaria en el hospital general debido al daño somático del intento³¹.

El objetivo de este estudio es establecer los factores sociodemográficos y clínicos predictores de una mayor letalidad y reincidencia entre los pacientes que realizan un intento de suicidio, así como establecer la relación existente entre letalidad y reincidencia. En segundo lugar, estudiaremos el perfil de los pacientes reincidentes que realizan intentos más letales.

MÉTODO

Población y variables

La muestra está formada por todos los pacientes atendidos tras un intento de suicidio en las unidades médico-qui-

rúrgicas o el servicio de urgencias del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV, Lérida), desde el 1 de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2014. El HUAV es el principal hospital general de la provincia y referencia para los intentos de suicidio de un área sanitaria 361.500 habitantes. La valoración sistemática realizada por el equipo de Psiquiatría de Enlace fue recuperada a partir de la historia clínica electrónica para generar una base de datos retrospectiva. La valoración incluía las siguientes variables: género, edad, estado civil, ocupación, antecedentes psiquiátricos (únicamente diagnóstico principal siguiendo los criterios del DSM-IV³²), número de intentos previos, método, letalidad somática del intento actual y la actitud terapéutica al alta. Utilizamos la definición de Silverman et al. (2007) de intento de suicidio: "todo comportamiento auto-infligido, potencialmente nocivo con un desenlace no fatal para el cual existe evidencia explícita o implícita de la intención de morir³³". Este estudio ha sido aprobado por el comité de ética del HUAV.

Siguiendo el criterio de Beautrais, los intentos de suicidio que precisaron más de 24 horas de asistencia sanitaria en el hospital general se consideraron de alta letalidad (letalidad somática moderada si precisaron entre 24 y 48 horas, y severa si requirieron más de 48 horas de hospitalización general) y los que precisaron menos de 24 horas se consideraron de baja letalidad³⁴. Fueron considerados no reincidentes los pacientes que declararon 1 o 2 intentos de suicidio a lo largo de su vida (incluyendo el actual) y reincidentes aquellos que declararon más de dos intentos de suicidio en total¹⁷⁻¹⁹. Se consideró método no violento la intoxicación medicamentosa con drogas sedantes y/o no sedantes. Se clasificaron como método violento la venosección, la precipitación, el ahorcamiento, el empleo de armas¹⁵. La edad se distribuyó en rangos para facilitar la interpretación de los resultados: 1) jóvenes, pacientes menores de 24 años, 2) adultos jóvenes, de 24 a 34 años, 3) mediana edad, entre 35 y 65 años, y finalmente 4) ancianos, edad superior a 65 años. Por último, se dividió la muestra en cuatro grupos: baja letalidad y no reincidencia (NINGUNO), alta letalidad, alta reincidencia y alta letalidad y reincidencia (AMBOS).

Análisis estadístico

Se utilizaron tests de Chi² y T-student, en variables categóricas y cuantitativas respectivamente, para comparar los factores sociodemográficos y clínicos de la muestra en función de la letalidad (leve versus moderada-severa) y la reincidencia (1-2 intentos versus >2 intentos). De forma exploratoria, se realizaron dos modelos de regresión logística, el primero usando como variable dependiente la letalidad, y el segundo con la reincidencia. En ambos modelos se incluyeron las variables que previamente habían mostrado una asociación significativa con la letalidad o la reincidencia, con excepción de la actitud terapéutica al alta al ser un resultado y no un factor de riesgo. A continuación, se calculó también la correlación (r de Spearman)

entre el número de intentos y el nivel de letalidad (de 1 a 3). Finalmente, se compararon cuatro grupos según la presencia o ausencia de los criterios de letalidad y/o reincidencia. El nivel de significación se estableció en $p < 0,05$. Para los análisis se utilizó el programa estadístico SPSS v22.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

La muestra representaba a 711 pacientes. La media de edad en el momento de la evaluación era 39 ± 15 años, el 63,0% de los participantes eran mujeres, el 53,9% no tenían pareja y el 43,0% estaba activo laboral o académicamente. Atendiendo a aspectos clínicos, el 77,2% referían antecedentes psiquiátricos destacando el 29,8% con clínica afectiva mayor fundamentalmente episodios depresivos (95%), el 17,4% con trastornos por uso de sustancias y el 15,6% con trastornos de personalidad. El 23,9% refería haber realizado al menos dos intentos de suicidio previamente siendo la media de intentos en el total de la muestra de $2,05 \pm 1,87$. En cuanto al método, el 89,6% escogió la ingesta de fármacos o drogas con efectos sedantes. El 25,6% de la muestra presentó letalidad somática moderada-severa. La correlación entre el nivel de letalidad (leve, moderada o severa) y el número de intentos no resultó significativa ($r = 0,003$, $p = 0,94$).

Reincidencia

La tabla 1 muestra las características de los pacientes suicidas en función del número de intentos de suicidio realizados (reincidencia). Los adultos con edades comprendidas entre los 35 y 65 años representan el 68,2% de los reincidentes. Tan solo el 4,7% de las personas mayores de 65 años son reincidentes pero presentan mayor letalidad somática en sus intentos. El hecho de presentar antecedentes psiquiátricos previos se asocia significativamente con la reincidencia, sobre todo en caso de trastorno de personalidad o trastorno por uso de sustancias. La reincidencia (>2 intentos) no se asocia a intentos de suicidio más graves.

La tabla 2 presenta el modelo de regresión logística con los factores asociados a la reincidencia en la conducta suicida (>2 intentos). Los predictores de reincidencia son: la edad entre 35 y 65 años, la falta de actividad laboral, y los antecedentes de trastorno de personalidad o trastorno por uso de sustancias.

Letalidad

La tabla 3 muestra las características de los pacientes suicidas en función de la letalidad alcanzada en los intentos de sui-

Tabla 1		Características de los pacientes suicidas en función del número de intentos de suicidio realizados (reincidencia)			
Reincidencia	1-2 intentos N=540 N (%)	>2 intentos N=170 N (%)	Estadística		p valor
Género (Mujer)	334 (61,9)	114 (67,1)	Chi2=1,506	gl=1	p=0,220
Edad <i>media±DE</i>	38,87±15,831	42,71±13,071	F=8,254	gl=1	p=0,004
Núm, intentos <i>media±DE</i>	1,30±0,458	4,44±2,537			
Rango de edad			Chi2=19,366	gl=3	p<0,001
<24	108 (20)	15 (8,8)			
24-35	123 (22,8)	31 (18,2)			
>35-65	271 (50,2)	116 (68,2)			
>65	38 (7)	8 (4,7)			
Estado civil			Chi2=0,929	gl=1	p=0,335
Sin pareja	296 (54,8)	86 (50,6)			
Con pareja	244 (45,2)	84 (49,4)			
Ocupación			Chi2=15,638	gl=1	p<0,001
Activo	255 (47,2)	51 (30)			
Inactivo	285 (52,8)	119 (70)			
T. Mental (sí/no)	391 (71,4)	157 (28,6)	Chi2=29,208	gl=1	p<0,001
T. Ansiedad	50 (76,9)	15 (23,1)	Chi2=0,30	gl=1	p=0,964
T. Afectivo	157 (74,4)	54 (25,6)	Chi2=0,448	gl=1	p=0,503
T. Psicótico	29 (78,4)	8 (21,6)	Chi2=0,116	gl=1	p=0,734
T. Personalidad	71 (64)	40 (36)	Chi2=10,565	gl=1	p=0,001
TUS	84 (67,7)	40 (32,3)	Chi2=5,703	gl=1	p=0,017
Método			Chi2=0,612	gl=1	p=0,434
No violento	481 (75,6)	155 (24,4)			
Violento	59 (79,7)	15 (20,3)			
Letalidad			Chi2=0,278	gl=1	p=0,598
Leve	401 (74,8)	123 (72,8)			
Moderada-Severa	135 (25,2)	46 (27,2)			
Actitud terapéutica al alta			Chi2=0,802	gl=1	p=0,371
Ambulatoria	400 (74,1)	120 (70,6)			
Hospitalización	140 (25,9)	50 (29,4)			

Las cifras en negrita indican p<0,05. TUS: Trastorno por uso de sustancias

Tabla 2		Modelo de regresión logística con los factores asociados a la reincidencia en la conducta suicida (>2 intentos)			
Variables asociadas a la reincidencia	OR	Intervalo de confianza 95%		p valor	
		Superior	Inferior		
Edad				<0,001	
24-35	1,623	0,813	3,240	0,17	
>35-65	3,039	1,659	5,567	<0,001	
>65	1,482	0,557	3,943	0,43	
Inactividad laboral	2,060	1,394	3,045	<0,001	
Trastorno de personalidad	1,415	1,205	1,661	<0,001	
Trastorno por uso de sustancias	1,141	1,018	1,279	0,024	

Las cifras en negrita indican p<0,05. El grupo de edad <24 años sirve de referencia

cidio. Las mujeres representan el 54,1% de los intentos de alta letalidad. En cambio, los varones representan el 45,9% de los intentos de alta letalidad, pero tan solo el 33,7% de los que realizan intentos de letalidad leve. Los mayores de 65 años representan el 13,3% del grupo de intentos de letalidad severa mientras que suponen el 4,2% de los intentos de letalidad leve. Los trastornos afectivos se asocian con intentos de suicidio más letales. De hecho, los trastornos afectivos representan el 35,9% de los intentos de letalidad severa y el 27,8% intentos de letalidad leve. El empleo de un método diferente de la intoxicación medicamentosa se observa en el 16% de los intentos de letalidad severa pero solo en el 8,2% de los intentos de letalidad leve. Tras un intento de suicidio de letalidad leve, el 84,6% de los pacientes son derivados a la red ambulatoria mientras que los intentos de letalidad severa se orientan al ingreso hospitalario en el 58% de los casos (por solo 15,4% de los intentos menos letales).

En la tabla 4 se muestra el modelo de regresión logística, indicando los resultados que son predictores de alta letalidad: el género masculino, el uso de métodos violentos y el diagnóstico de trastorno afectivo. Por el contrario, el rango de edad entre 35 y 65 años se asocia con un menor riesgo en comparación con los menores 24 años. Los otros rangos de edad (24-35 años y mayores de 65 años) no se asocian con una diferencia de riesgo.

Subgrupos según reincidencia y letalidad

Los no reincidentes de baja letalidad constituyen el 57% de la muestra, frente a 17% de reincidentes, 19% de alta letalidad y 7% con ambos factores (Tabla 5). Los reincidentes y no reincidentes con alta letalidad comparten similitudes al

asociarse a una edad entre los 35 y 65 años, la inactividad laboral, métodos violentos (sobre todo si ambos factores están presentes) y la indicación de ingreso en unidades de psiquiatría. Respecto al género, la mayor proporción de varones (50%) se observa en el subgrupo de los reincidentes de alta letalidad. Los antecedentes psiquiátricos son más frecuentes también en el subgrupo de reincidentes con alta letalidad (93,5%) con respecto a los otros subgrupos, sobre todo los trastornos afectivos (41,3%).

DISCUSIÓN

Este estudio evalúa la letalidad somática y la reincidencia de las personas que han realizado un intento de suicidio. De acuerdo con nuestros resultados, la reincidencia y la letalidad se asocian con factores diferentes y, en contra de algunos estudios previos^{35,36}, no observamos una correlación significativa entre el número de intentos y la letalidad somática. Sin embargo, los pacientes reincidentes que han realizado intentos de alta letalidad presentan un perfil identificable por la falta de actividad laboral, uso de métodos violentos y la presencia de antecedentes psiquiátricos, particularmente clínica afectiva, y suelen ser ingresados en unidades de psiquiatría.

A pesar de la existencia de nuevas investigaciones sobre la reincidencia de la conducta suicida, los reincidentes no han sido bien caracterizados aún y no existe una clara jerarquía o relación entre la variedad de factores que pueden predecir un nuevo intento suicida^{23,27,31}. Los factores sociodemográficos relacionados con una mayor reincidencia han sido la precocidad en el primer intento⁴⁶, el desempleo⁴⁷ o incapacidad⁴⁸ tal y

Tabla 3		Características de los pacientes suicidas en función de la letalidad alcanzada en los intentos de suicidio			
Letalidad	Leve N=525 N (%)	Moderada-Severa N=181 N (%)	Estadística		
Género (Mujer)	348 (66,3)	98 (54,1)	Chi2=8,529	gl=1	p=0,003
Edad media±DE	39±14,044	41,96±18,402	F= 5,070	gl=1	p=0,025
Rango de edad			Chi2=20,580	gl=3	p<0,001
<24	87 (16,6)	36 (19,9)			
24-35	120 (22,9)	34 (18,8)			
>35-65	296 (56,4)	87 (48,1)			
>65	22 (4,2)	24 (13,3)			
Estado civil			Chi2=0,005	gl=1	p=0,942
Sin pareja	283 (53,9)	97 (53,6)			
Con pareja	242 (46,1)	84 (46,4)			
Ocupación			Chi2=2,154	gl=1	p=0,142
Activo	233 (44,4)	69 (38,1)			
Desempleo	292 (55,6)	112 (61,9)			
T. Mental (sí/no)	397 (75,6)	149 (82,3)	Chi2=3,449	gl=1	p=0,063
T. Ansiedad	53 (10,1)	11 (6,1)	Chi2=2,636	gl=1	p=0,104
T. afectivo	146 (27,8)	65 (35,9)	Chi2=4,216	gl=1	p=0,040
T. Psicótico	23 (4,4)	14 (7,7)	Chi2=3,049	gl=1	p=0,081
T. Personalidad	78 (14,9)	33(18,2)	Chi2=1,157	gl=1	p=0,282
TUS	97 (18,5)	26 (14,4)	Chi2=1,582	gl=1	p=0,209
Método			Chi2 =9,014	gl=1	p=0,003
No violento	482 (91,8)	152 (84)			
Violento	43 (8,2)	29 (16)			
Reincidencia			Chi2=0,278	gl=1	p=0,598
1-2 intentos	401 (76,5)	135 (74,6)			
>2 intentos	123 (23,5)	46 (25,4)			
Núm, intentos media±DE	2,05±1,82	2,07±2,09	F=0,011	gl=1	p=0,918
Actitud terapéutica al alta			Chi2=125,773	gl=1	p<0,001
Ambulatoria	444 (84,6)	76 (42)			
Hospitalización	81 (15,4)	105 (58)			

Las cifras en negrita indican p<0,05. TUS: Trastorno por uso de sustancias

Tabla 4				
Modelo de regresión logística con los factores asociados a la letalidad somática en la conducta suicida (moderada-severa)				
Variables asociadas a la letalidad	OR	Intervalo de confianza 95%		p valor
		Inferior	Superior	
Edad				0,001
24-35	0,592	0,339	1,033	0,065
>35-65	0,597	0,371	0,962	0,034
>65	1,854	0,891	3,858	0,099
Género masculino	1,816	1,261	2,616	0,001
Método violento	1,848	1,092	3,130	0,022
T. Afectivo	1,579	1,066	2,339	0,023
Las cifras en negrita indican p<0,05. El grupo de edad <24 años sirve de referencia				

como encontramos en nuestro estudio, la ausencia de pareja⁴⁹ o el bajo nivel educacional⁴⁶. En nuestra muestra la reincidencia se asocia con el rango de edad de 36 a 65 años aunque la literatura sugiere una mayor reincidencia entre los jóvenes²⁵. Por ejemplo, un reciente estudio con datos de 28.700 jóvenes (10-29 años) atendidos por autolesión en Irlanda entre 2007 y 2014 asocia la repetición de estos gestos con la adolescencia en las mujeres, las escarificaciones, el número de episodios previos, y el uso de metodología violenta en algún momento⁵⁰. Los factores clínicos que se relacionan con una mayor reincidencia son la letalidad del intento⁵¹, la enfermedad somática y la presencia de enfermedad mental en particular los trastornos de personalidad (sobre todo el trastorno límite) y los trastornos por uso de sustancias. En esta investigación encontramos una mayor reincidencia entre los pacientes con trastornos de personalidad o trastornos por uso de sustancias, tal y como se ha descrito previamente⁵². Otros aspectos asociados con la repetición de intentos son la impulsividad elevada, la desesperanza, la baja capacidad de resolución de conflictos, los acontecimientos vitales estresantes y los antecedentes de agresión⁵³. La reincidencia *per se* se asocia también a falta de ocupación, algo descrito previamente, sobre todo en los varones. La ocupación, en cambio, no se relaciona significativamente con mayor letalidad a pesar de que múltiples estudios describen el desempleo como una variable de riesgo suicida, especialmente en los varones⁴³. Un estudio basado en una muestra de 1981 suicidios entre los años 1983 y 1992 en Inglaterra y Gales, observó que el desempleo duplicaba la tasa

de suicidio y se relacionaba con intoxicaciones medicamentosas de mayor severidad somática⁴⁴.

Clásicamente, el empleo de metodología violenta en el intento de suicidio se ha asociado con una mayor letalidad³⁸. En general, los varones, al igual que en nuestro estudio, suelen realizar intentos de mayor letalidad al escoger métodos violentos como la precipitación o el ahorcamiento^{39,40}. De forma coherente, en nuestra muestra observamos que el 50% de los sujetos reincidentes con elevada letalidad son varones y que la metodología violenta (precipitación, ahorcamiento y venosección) se asocia con una mayor afectación somática. Los varones son más reacios a pedir ayuda profesional cuando se encuentran tristes o desesperanzados^{9,10}, suelen tener menor soporte social que las mujeres¹¹, se sienten más amenazados por el desempleo¹² y asocian más a menudo un abuso de alcohol que las mujeres. Además, la presencia de un episodio depresivo puede incrementar el riesgo suicida de los varones^{9,41}.

En nuestra muestra los intentos de alta letalidad son más frecuentes en edades extremas (<24 o >65) comparadas con un rango de edad intermedio entre 35 y 65 años. Otros estudios han asociado la edad avanzada con intentos de mayor gravedad al tratarse de una población más propensa a presentar problemas somáticos asociados, al empleo de metodología violenta y a una mayor determinación⁴². Finalmente, los trastornos afectivos sí se asocian con una mayor letalidad somática en nuestra muestra y más estrechamente en el subgrupo de reincidentes de alta letalidad. Cabe destacar que el 10-15% de personas con un trastorno depresivo mayor se suicidan, y entre 60 y 70% de las víctimas de suicidio sufrían un episodio depresivo⁴⁵.

Al comparar los cuatro subgrupos en función de la reincidencia y la letalidad hemos podido identificar varios factores asociados a los reincidentes con alta letalidad. En nuestra muestra los reincidentes se agrupan particularmente en el grupo de edad de 35 a 65 años, franja de edad en la que se realizan proporcionalmente menos intentos de alta letalidad. Sin embargo, el número de pacientes reincidentes con intentos de alta letalidad aumenta progresivamente con la edad hasta los 65 años. Yu-Chi Huang et al. (2014) estudiaron retrospectivamente 2.070 pacientes que habían intentado suicidarse entre 2006 y 2010 en Taiwan. Estos autores compararon a los pacientes en función de la alta o baja letalidad de su primer intento⁵⁴. Un primer intento de baja letalidad antes de los 50 años fue el mejor predictor de recidiva, mientras que un primer intento de alta letalidad a partir de 50 años predecía un cambio de método para volver a intentarlo. Estos hallazgos son consistentes con la evidencia que sitúa la edad avanzada como un factor independiente para el fallecimiento por suicidio, puesto que presentan una alta intencionalidad y utilizan métodos más letales⁸. Nuestros resultados están también en línea con los de Scoliers et al. que encuentran que los pacientes de edad

Tabla 5		Distribución de la muestra según perfil de letalidad/reincidencia: baja letalidad y no reincidencia (NINGUNO) vs. alta letalidad vs. alta reincidencia vs. alta letalidad y alta reincidencia (AMBOS)					
Letalidad / reincidencia	NINGUNO N=407 N (%)	Alta letalidad N=135 N (%)	Alta Reincidencia N=123 N (%)	AMBOS N=46 N (%)	Estadística	p valor	
Género (Mujer)	260 (63,9)	75 (55,6)	90 (73,2)	23 (50)	Chi2=12,140 gl=3	p=0,042	
Edad media±DE	38,12±14,050	41,28±20,129	42,12±13,463	43,96±11,937	F= 4,207 gl=3	p=0,006	
Rango de edad					Chi2=46,141 gl=9	p=0,033	
<24	75 (18,4)	33 (24,4)	12 (9,8)	3 (6,5)			
24-35	96 (23,6)	27 (20)	24 (19,5)	7 (15,2)			
>35-65	219 (53,8)	54 (40)	82 (66,7)	33 (71,7)			
>65	17 (4,2)	21 (15,6)	5 (4,1)	3 (6,5)			
Estado civil					Chi2=0,812 gl=3	p=0,643	
Sin pareja	223 (54,)	74 (54,8)	63 (51,2)	23 (50)			
Con pareja	184 (45,2)	61 (45,2)	60 (48,8)	23 (50)			
Ocupación					Chi2=19,474 gl=3	p=0,002	
Activo	201 (49,4)	55 (40,7)	36 (29,3)	14 (30,4)			
Inactivo	206 (50,6)	80 (59,3)	87 (70,7)	32 (69,6)			
T. Mental (sí/no)	287 (70,5)	106 (78,5)	113 (91,9)	43 (93,5)	Chi2=32,443 gl=3	p=0,001	
T. Ansiedad	41 (10,1)	9 (6,7)	13 (10,6)	2 (4,3)	Chi2=2,996 gl=3	p=0,125	
T. Afectivo	113 (27,8)	46 (34,1)	34 (27,6)	19 (41,3)	Chi2=5,167 gl=3	p=0,039	
T. Psicótico	18 (4,4)	11 (8,1)	5 (4,1)	3 (6,5)	Chi2=3,361 gl=3	p=0,339	
T. Personalidad	47 (11,5)	24 (17,8)	31 (25,2)	9 (19,6)	Chi2=14,717 gl=3	p=0,015	
TUS	68 (16,7)	16 (11,9)	30 (24,4)	10 (21,7)	Chi2=7,796 gl=3	p=0,951	
Método					Chi2=9,678 gl=3	p=0,026	
No violento	369 (90,7)	114 (84,4)	116 (94,3)	38 (82,6)			
Violento	38 (9,3)	21 (15,6)	7 (5,7)	8 (17,4)			
Actitud terapéutica al alta					Chi2=121,734 gl=3	p<0,001	
Ambulatoria	343 (84,3)	58 (43)	102 (82,9)	18 (39,1)			
Hospitalización	64 (15,7)	77 (57)	21 (17,1)	28 (60,9)			

Las cifras en negrita indican p<0,05. TUS: Trastorno por uso de sustancias

media (20–49 años) reinciden más pero emplean métodos de baja letalidad⁵⁵. Los reincidentes de alta letalidad presentan cifras similares de inactividad laboral que los reincidentes de baja letalidad y son más susceptibles de recibir diagnósticos de trastornos afectivos, de presentar antecedentes de trastorno mental y de ser hospitalizados que cualquier otro subgrupo. En conjunto las características de este subgrupo sugieren que al menos una parte de los reincidentes, con paridad de sexos, terminan haciendo intentos más letales con la edad, y que esta transición a una mayor letalidad puede estar determinada por la comorbilidad afectiva.

Limitaciones y fortalezas

Al tratarse de un estudio transversal, no es posible extraer conclusiones causales pero nuestros resultados pueden servir para orientar futuras investigaciones. No se ha podido disponer de otras variables de interés, como escalas psicométricas, la impulsividad, la comorbilidad médica, la comorbilidad de trastornos mentales o el consumo de sustancias. La caracterización de la población en definitiva es limitada. Como fortaleza del estudio, destacamos que por las características del territorio hayamos podido obtener una muestra de 711 pacientes representativa de la población al existir tan solo un único hospital general de referencia en toda la provincia. Esto posibilita la recogida de una muestra heterogénea y amplia durante un largo intervalo de tiempo que refleja la práctica clínica habitual.

CONCLUSIONES

En nuestro trabajo, la reincidencia se asoció con el rango de edad 35 a 65 años, antecedentes de trastorno de personalidad y/o consumo de tóxicos y la falta de ocupación. La letalidad, en cambio, se relacionó con el género masculino, el empleo de metodología violenta y la presencia de trastorno afectivo. En este estudio hemos evidenciado que no existe una correlación clara entre la letalidad somática y la reincidencia. Sin embargo, los pacientes reincidentes que realizan intentos de alta letalidad presentan un perfil identificable (falta de actividad laboral, uso de métodos violentos y la presencia de antecedentes psiquiátricos, sobre todo clínica afectiva, e ingresos en unidades de psiquiatría) que podría facilitar las intervenciones preventivas.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales,

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes,

Derecho a la privacidad y consentimiento informado.

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. 2017. Available in: <http://www.ine.es>
2. Kovess-Masfety V, Boyd A, Haro JM, Bruffaerts R, Villagut G, Lépine JP, et al. High and low suicidality in Europe: a fine-grained comparison of France and Spain within the ESEMeD surveys. *J Affect Disord*. 2011;133(1–2):247–56.
3. Czernin S, Vogel M, Flückiger M, Muheim F, Bourgnon J-C, Reichelt M, et al. Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13648.
4. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294(16):2064–74.
5. Oh SH, Kim HJ, Kim SH, Kim YM, Park KN. Which deliberate self-poisoning patients are most likely to make high-lethality suicide attempts? *Int J Ment Health Syst*. 2015;9:35.
6. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Långström N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ*. 2010;341:c3222.
7. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. 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 Psychiatr Scand*. 1996;93(5):327–38.
8. Elnour AA, Harrison J. Lethality of suicide methods. *Inj Prev*. 2008;14(1):39–45.
9. Houle J, Mishara BL, Chagnon F. An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *J Affect Disord*. 2008;107(1–3):37–43.
10. Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;253(1):1–8.
11. Houle J, Mishara BL, Chagnon F. [Can social support help prevent men from suicide attempt?]. *Santé Ment Au Qué*. 2005;30(2):61–83.
12. Andrés AR, Collings S, Qin P. Sex-specific impact of socio-economic factors on suicide risk: a population-based case-control study in Denmark. *Eur J Public Health*. 2010;20(3):265–70.
13. Pashkovskiy VE, Sofronov AG, Dobrovolskaya AE, Prokopovich GA. [Psychosocial characteristics of elderly people who have committed suicide attempts poisoning]. *Adv Gerontol Uspekhi Gerontol*. 2017;30(2):262–8.
14. Park CHK, Yoo SH, Lee J, Cho SJ, Shin M-S, Kim EY, et al. Impact of acute alcohol consumption on lethality of suicide methods. *Compr Psychiatry*. 2017;75:27–34.
15. Giner L, Jaussent I, Olié E, Béziat S, Guillaume S, Baca-Garcia E, et al. Violent and serious suicide attempters: one step closer to suicide? *J Clin Psychiatry*. 2014;75(3):e191–197.
16. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161(8):1433–41.

17. Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatry*. 2004;161(3):437-43.
18. Jeglic EL, Sharp IR, Chapman JE, Brown GK, Beck AT. History of family suicide behaviors and negative problem solving in multiple suicide attempters. *Arch Suicide Res*. 2005;9(2):135-46.
19. Wong JPS, Stewart SM, Claassen C, Lee PWH, Rao U, Lam TH. Repeat suicide attempts in Hong Kong community adolescents. *Soc Sci Med*. 1982. 2008;66(2):232-41.
20. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2002;181:193-9.
21. Ruengorn C, Sanichwankul K, Niwatananun W, Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Patumanond J. Incidence and risk factors of suicide reattempts within 1 year after psychiatric hospital discharge in mood disorder patients. *Clin Epidemiol*. 2011;3:305-13.
22. Trémeau F, Staner L, Duval F, Corrêa H, Crocq M-A, Darreya A, et al. Suicide attempts and family history of suicide in three psychiatric populations. *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35(6):702-13.
23. Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J. Suicide reattempts: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry*. 2013;21(6):281-95.
24. Oh SH, Park KN, Jeong SH, Kim HJ, Lee CC. Deliberate self-poisoning: factors associated with recurrent self-poisoning. *Am J Emerg Med*. 2011;29(8):908-12.
25. Jeon HJ, Lee J-Y, Lee YM, Hong JP, Won S-H, Cho S-J, et al. Lifetime prevalence and correlates of suicidal ideation, plan, and single and multiple attempts in a Korean nationwide study. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(9):643-6.
26. Osváth P, Kelemen G, Erdős MB, Vörös V, Fekete S. The main factors of repetition: review of some results of the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Crisis*. 2003;24(4):151-4.
27. Gibb BE, Andover MS, Miller IW. Depressive characteristics of adult psychiatric inpatients with a history of multiple versus one or no suicide attempts. *Depress Anxiety*. 2009;26(6):568-74.
28. Osváth P, Kelemen G, Erdős MB, Vörös V, Fekete S. The main factors of repetition: review of some results of the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Crisis*. 2003;24(4):151-4.
29. Pagura J, Cox BJ, Sareen J, Enns MW. Factors associated with multiple versus single episode suicide attempts in the 1990-1992 and 2001-2003 United States national comorbidity surveys. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196(11):806-13.
30. Blasco-Fontecilla H, Jaussent I, Olié E, Béziat S, Guillaume S, Artieda-Urrutia P, et al. A cross-sectional study of major repeaters: a distinct phenotype of suicidal behavior. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2014;16(4).
31. Lopez-Castroman J, Perez-Rodriguez M de las M, Jaussent I, Alegria AA, Artes-Rodriguez A, Freed P, et al. Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. *J Psychiatr Res*. 2011;45(5):619-25.
32. Tucker GJ. DSM-IV: proposals for revision of diagnostic criteria for delirium. APA Work Group on Organic Disorders of the DSM-IV Task Force and Major Contributors. *Int Psychogeriatr*. 1991;3(2):197-208.
33. Silverman MM. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(5):519-32.
34. Beautrais AL. Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychol Med*. julio de 2001;31(5):837-45.
35. Carter G, Reith DM, Whyte IM, McPherson M. Repeated self-poisoning: increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2005;186:253-7.
36. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord*. 1995;34(3):173-85.
37. de la Rosa I, Oquendo MA, García G, Stanley B, González-Pinto A, Liu S-M, et al. Determining if Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder Are Alternative Expressions of the Same Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2017 Sep/Oct;78(8):e994-e999
38. Spicer RS, Miller TR. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health*. d2000;90(12):1885-91.
39. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):726-32.
40. Värnik A, Kölves K, van der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the «European Alliance Against Depression». *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(6):545-51.
41. Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;253(1):1-8.
42. Kim Y-R, Choi KH, Oh Y, Lee H-K, Kweon Y-S, Lee CT, et al. Elderly suicide attempters by self-poisoning in Korea. *Int Psychogeriatr IPA*. 2011;23(6):979-85.
43. Chen VC-H, Chou J-Y, Lai T-J, Lee CT-C. Suicide and unemployment rate in Taiwan, a population-based study, 1978-2006. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(4):447-52.
44. Lewis G, Sloggett A. Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ*. 1998;317(7168):1283-6.
45. Woo YS, Jun T-Y, Jeon Y-H, Song HR, Kim T-S, Kim J-B, et al. Relationship of temperament and character in remitted depressed patients with suicidal ideation and suicide attempts--results from the CRESCEND study. *PLoS One*. 2014;9(10):e105860.
46. Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007; 41(3):257-65.
47. Tejedor MC, Díaz A, Castillón JJ, Pericay JM. Attempted suicide: repetition and survival--findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;100(3):205-11.
48. Irigoyen-Otiñano M, Puigdevall-Ruestes M, Prades-Salvador N, Salort-Seguí S, Gayubo L, de Leon J, et al. Further evidence for major repeaters as a subgroup of suicide attempters. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11(1):60-1.
49. Kreitman N, Foster J. The construction and selection of predictive scales, with special reference to parasuicide. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1991;159:185-92.
50. Bennardi M, McMahon E, Corcoran P, Griffin E, Arensman E. Risk of repeated self-harm and associated factors in children, adolescents and young adults. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):421.
51. Gibb SJ, Beautrais AL, Fergusson DM. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year

- study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(1-2):95-100.
52. Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *J Public Health Oxf Engl*. 2016 Sep;38(3):e282-e291
53. Monnin J, Thiemard E, Vandel P, Nicolier M, Tio G, Courtet P, et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: gender differences in a prospective study. *J Affect Disord*. 2012;136(1-2):35-43.
54. Huang Y-C, Wu Y-W, Chen C-K, Wang L-J. Methods of suicide predict the risks and method-switching of subsequent suicide attempts: a community cohort study in Taiwan. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:711-8.
55. Scoliers G, Portzky G, van Heeringen K, Audenaert K. Sociodemographic and psychopathological risk factors for repetition of attempted suicide: a 5-year follow-up study. *Arch Suicide Res*. 2009;13(3):201-13.