



**Universidad**  
Zaragoza

# Trabajo de Fin de Grado

Perfil de complejidad asistencial de los pacientes ingresados en unidad de hospitalización de adultos del HCULB debido a sobreingestas medicamentosas e Intentos de Suicidio  
Médicamente Graves.

---

Care complexity profile of patients admitted to the adult hospitalization unit at HCULB due to drug overdoses and medically serious suicide attempts

Autor/es

Enrique Puértolas Llamas

Director/es

Ricardo Campos Ródenas  
Ana Serrano Ferrer

Universidad de Zaragoza  
2025

# ÍNDICE

|   |              |
|---|--------------|
| <b>1. RESUMEN, ABSTRACT .....</b>   | <b>3-4</b>   |
| 1.1. Resumen.....   | 3            |
| 1.2. Abstract.....  | 3-4          |
| <br>  |              |
| <b>2. INTRODUCCIÓN .....</b>  | <b>5-6</b>   |
| 2.1. Epidemiología.....   | 5-6          |
| 2.2. Intento de suicidio médicamente grave.....   | 6            |
| 2.3. Sobreingesta medicamentosa .....   | 6            |
| 2.4. Contexto sociosanitario.....   | 6            |
| <br>  |              |
| <b>3. JUSTIFICACIÓN y OBJETIVOS .....</b>   | <b>7-8</b>   |
| 3.1. Justificación .....  | 7            |
| 3.2. Objetivos .....  | 7-8          |
| 3.2.1. Objetivo primarios   |              |
| 3.2.1. Objetivos secundarios  |              |
| <br>  |              |
| <b>4. MATERIAL y MÉTODOS .....</b>  | <b>8-11</b>  |
| 4.1. Diseño metodológico del estudio observacional.....   | 8-10         |
| 4.1.1. Pregunta PICO  |              |
| 4.1.2. Ámbito, lugar y periodo  |              |
| 4.1.2. Diseño   |              |
| 4.1.3. Participantes. Criterios inclusión y exclusión   |              |
| 4.1.5. Intervención   |              |
| 4.1.6. Variables estudio  |              |
| 4.1.7. Tamaño muestral  |              |
| 4.1.8. Análisis estadístico   |              |
| 4.1.9. Sesgos, limitaciones y medidas adoptadas para limitarlo  |              |
| 4.1.10. Aspectos éticos (datos pseudomizados)   |              |
| 4.2. Diseño metodológico de la búsqueda bibliográfica.....  | 11           |
| 4.2.1. Estrategia de búsqueda   |              |
| 4.2.2. Criterios de inclusión y exclusión   |              |
| <br>  |              |
| <b>5. RESULTADOS .....</b>  | <b>11-28</b> |
| 5.1. Resultados estudio observacional .....   | 11-21        |
| 5.1.1. Datos sociodemográficos  |              |
| 5.1.2. Variables psicossocial   |              |
| 5.1.3. Factores clínicos  |              |
| 5.1.4. Variables en relación el carácter de la tentativa  |              |
| 5.2. Resultados revisión bibliográfica .....  | 21-28        |
| 5.2.1. Hallazgos estudios previos intentos de Suicidio Médicamente Graves (ISMG) en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza en el HCULB |              |
| 5.2.2. Hallazgos búsqueda bibliográfica   |              |
| 5.2.2.1. Factores asociados a los ISMG  |              |

- 5.2.2.1. Sobreingestas medicamentosas
- 5.2.2.3. Hipótesis causal intentos de suicidio
- 5.2.2.4. Posible relación Pandemia COVID-19 y riesgo suicida
- 5.2.2.5. Medidas de detección y abordaje

|  |              |
|--|--------------|
| <b>6. DISCUSIÓN</b> .....                          | <b>28-32</b> |
| 6.1. Análisis resultados claves intra estudio..... | 28-29        |
| 6.2. Comparación estudios HCULB .....              | 29-31        |
| 6.3. Limitaciones y fortalezas.....                | 31           |
| <b>7. CONCLUSIONES</b> .....                       | <b>32-33</b> |
| <b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....         | <b>33</b>    |

## 1. RESUMEN ABSTRACT

### 1.1. Resumen

Introducción: El suicidio representa un grave problema sociosanitario global con alta incidencia, se estima que los intentos son hasta diez veces más frecuentes. Entre ellos, los intentos de suicidio médicamente graves (ISMG) destacan por su elevada letalidad y valor clínico, siendo fundamentales para comprender el fenómeno suicida y orientar la prevención. La sobreingesta medicamentosa es el método más común de autolesión. Factores como la pandemia de COVID-19 podrían haber agravado el contexto psicosocial, aumentando la vulnerabilidad mental.

Objetivos: El objetivo principal del estudio es analizar el perfil asistencial de los pacientes con intentos de suicidio médicamente graves (ISMG) y sobreingestas medicamentas consumado (SM) que ingresan en la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA) del servicio de Psiquiatría en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza durante los años 2023-24. Se evaluarán variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con la tentativa. Así como comparar con los hallazgos previos para contextualizar la situación epidemiológica.

Metodología: Por un lado, se ha realizado un estudio observacional descriptivo que analiza retrospectivamente el perfil clínico y asistencial de los pacientes que realizaron ISMG y SM. La base de datos fue realizada a partir de los informes de alta de los pacientes ingresados en la UHA durante los años 2023-24. Se recogieron variables clínicas y sociodemográficas de 32 y 22 pacientes respectivamente. Por otro lado, se realizó un búsqueda bibliográfica para comparar y complementar los hallazgos del estudio.

Resultados: Los casos de ISMG se asociaron a mujeres de mediana edad, desempleo, antecedentes psiquiátricos, con alta complejidad clínica y necesidad frecuente de ingreso hospitalario. Los pacientes con SM presentaron impulsividad, ideación persistente, alta carga estresante reciente y antecedentes psiquiátricos, requiriendo ingreso para estabilización emocional pese a menor gravedad médica.

Conclusiones: El estudio describe el perfil de pacientes con ISMG y SM en el HCULB entre 2023-2024, predominando mujeres de mediana edad con trastornos depresivos, antecedentes psiquiátricos y situaciones laborales precarias, siendo el método más frecuente la sobreingesta medicamentosa. Se observan cambios respecto a estudios previos, como más casos sin diagnóstico psiquiátrico y menor consumo de sustancias. Los hallazgos actualizan el conocimiento asistencial y destacan la necesidad de mejorar la prevención, el seguimiento y futuras investigaciones.

Palabras clave: suicidio, intento de suicido médicamente grave, letalidad, sobreingesta medicamentosa.

### 1.2. Abstract

Introduction: Suicide is a serious global socio-health issue with high incidence, and suicide attempts are estimated to be up to ten times more frequent. Among them, medically serious suicide attempts (MSSA) stand out due to their high lethality and clinical significance, making them essential for understanding suicidal behavior and guiding prevention strategies. Drug overdose is the most common method of self-harm. Factors such as the

COVID-19 pandemic may have worsened the psychosocial context, increasing mental vulnerability.

Objectives: The main objective of this study is to analyze the healthcare profile of patients with medically serious suicide attempts (MSSA) and completed suicide attempts through drug overdose (OD) admitted to the Adult Inpatient Unit (UHA) of the Psychiatry Department at the Lozano Blesa University Hospital in Zaragoza during 2023–2024. Sociodemographic, clinical, and attempt-related variables will be assessed. Additionally, results will be compared to previous findings to contextualize the current epidemiological situation.

Methodology: This research includes a descriptive observational study that retrospectively analyzes the clinical and care profiles of patients who committed MSSA and OD. The database was constructed using discharge reports from patients admitted to the UHA during 2023–2024. Clinical and sociodemographic data were collected for 32 and 22 patients, respectively. Additionally, a literature review was conducted to compare and complement the study's findings.

Results: MSSA cases were associated with middle-aged women, unemployment, psychiatric history, high clinical complexity, and frequent need for hospitalization. Patients with OD showed impulsivity, persistent suicidal ideation, recent stressful life events, and psychiatric history, requiring admission for emotional stabilization despite lower medical severity.

Conclusions: The study outlines the profile of patients with MSSA and OD at the HCULB during 2023–2024, highlighting a predominance of middle-aged women with depressive disorders, psychiatric background, and precarious employment, with drug overdose being the most frequent method. Compared to previous studies, an increase in cases without prior psychiatric diagnosis and a decrease in substance use were observed. These findings update current knowledge and underscore the need to enhance prevention, follow-up, and future research.

Keywords: suicide, medically serious suicide attempt, lethality, drug overdose.

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1. Epidemiología

El suicidio es un problema global que en estos últimos años ha ido adquiriendo gran relevancia debido a su elevada y ascendente incidencia así como por sus graves consecuencias e impacto en la sociedad y sistema sanitario. (1,2)

La tasa anual global estandarizada por edad de suicidios consumados gira en torno de 11,4/100000 habitantes (1,2). Según los últimos informes detallados del INE, en España en el año 2023, se produjeron un total de defunciones de 463.124. La cifra de suicidios fue de 4.116, de los cuales 3.044 fueron hombres y 1.072 mujeres, siendo la tasa de suicidio de 12,846 por 100.000 hombres y de 4,348 por cada 100.000 mujeres. Los rangos de edad con mayor número de suicidios fueron de 30-39 años, 55-59 años, 45-49 años y 50-54 años con 461, 457, 445 y 441 defunciones respectivamente. Aunque si nos centramos en las tasas de suicio por edad y sexo, en hombres las tasas más elevadas se encuentran en el intervalo de los 75 a 95 años, principalmente en las edades comprendidas entre 90 y 94 años con un pico de 46,27 suicidios por cada 100.000 hombres y edades comprendidas entre 85 y 89 años con una tasa de 36,75 por cada 100.000. En mujeres las tasas más elevadas predominan en edades medidas de la vida (3)

A pesar de la elevada incidencia de los suicidios, se estima que la tasa de intentos puede llegar a ser incluso 10 veces superior. (1)

Los intentos de suicidio suponen una carga considerable para los servicios de salud mental y los recursos hospitalarios. De hecho, los ingresos hospitalarios por intentos autolíticos superan ampliamente a los suicidios consumados, ocurriendo entre seis y siete veces más. (4)

### 2.2. Intento de suicidio médicamente grave (ISMG)

En primer lugar, es preciso contextualizar y detenerse en la definición de intento de suicidio, se considera intento de suicidio a *“aquella conducta autoinfligida que, sin llegar a causar la muerte, conlleva un riesgo real de daño y está acompañada de una intención explícita de acabar con la vida”*. (4)

Los intentos de suicido se pueden clasificar en función la letalidad médica, intención de morir, grado de planificación o impulsividad para lo cual se pueden emplear diversas escalas, como la Escala de Letalidad Médica de Beck, que valora principalmente la potencial mortalidad y gravedad del método; el Cuestionario de Conducta Suicida, evalúa el historial de autolesiones e intentos previos y; la Escala de Intencionalidad Suicida, ofrece una valoración la ideación. (4)

Comprender a fondo el proceso suicida y sus factores de riesgo requiere una metodología exhaustiva. (5) La autopsia psicológica se ha consolidado como una herramienta clave para el estudio del suicidio, ya que permite reunir información detallada sobre la persona fallecida a partir diversas fuentes. Sin embargo, aunque resulta útil para identificar factores sociodemográficos y clínicos asociados, esta metodología presenta la importante limitación de no poder acceder directamente a los conflictos internos y experiencias subjetivas personales más íntimas del individuo. (1,2)

Ante estas limitaciones, han surgido nuevas estrategias de investigación que buscan una comprensión más profunda del fenómeno suicida. Entre ellas, destacan las entrevistas

directas a personas que han sobrevivido a intentos de suicidio. En particular, los esfuerzos se han centrado en un subgrupo específico: los pacientes que han realizado un intento de suicidio médicamente grave (ISMG), ya que comparten muchas características con quienes consuman el acto, lo que los convierte en una fuente valiosa para el estudio de la conducta suicida.. (1,2)

Un ISMG es un *“intento de suicidio (IS) que habría resultado fatal si no se hubiera proporcionado atención de primeros auxilios rápida y eficaz, tratamiento de emergencia o, en algunos casos, si no hubiera intervenido el mero azar”*. (2) Este término fue acuñado por Beautrais et al., cuyo grupo de investigación definió unos criterios específicos para los ISMG: *“requiere hospitalización durante más de 24 h y cumple uno de los siguientes criterios de tratamiento: (a) tratamiento en unidades especializadas, incluida la unidad de cuidados intensivos; (b) cirugía bajo anestesia general; y (c) tratamiento médico extenso, que incluye antidotos para sobredosis de drogas, telemetría o pruebas o investigaciones repetidas. Además, el intento de suicidio por métodos que conllevan un alto riesgo de letalidad (por ejemplo, ahorcamiento o disparo) también se define como intento de suicidio médicamente grave (ISMG) si el intento condujo a una hospitalización durante más de 24 h”*. (1,2)

Esta aproximación permite entender mejor cómo se combinan los factores que aumentan o reducen el riesgo de suicidio, y qué peso tiene cada uno. Resulta clave para diseñar medidas de prevención más eficaces y basadas en datos reales. (5)

### 2.3-Sobreingestas medicamentosas

La conducta suicida engloba una amplia gama de pensamientos y actos, entre los que se incluyen la ideación suicida, las autolesiones, los intentos de suicidio y los suicidios consumados. Se estima que la sobreingesta medicamentosa es la forma más común de autolesión voluntaria (sin considerar su intencionalidad), pudiendo alcanzar hasta el 80% del total. (6)

El uso de medicamentos como medio para intentar suicidarse es una práctica extendida en distintos países, con cifras especialmente elevadas en Irán, donde supone el 80% del total de métodos empleados. En Europa y América del Norte también se observa esta tendencia: en el Reino Unido, en el año 2000, representaba una proporción significativa de los intentos (15%), y en Estados Unidos, las sobredosis, especialmente con opioides, han mostrado un aumento progresivo en las últimas décadas. (7)

La disponibilidad creciente de fármacos en el ámbito sanitario ha contribuido a que este tipo de conducta autolítica sea cada vez más común. (8)

#### 2.1.2-Contexto sociosanitario

Los últimos años han estado marcados por una situación sociosanitaria muy cambiante en nuestra sociedad. La pandemia de COVID-19, surgida a principios de 2020, no solo desató una crisis sanitaria global sin precedentes, sino que también impulsó la adopción de políticas de salud pública drásticas, como confinamientos, restricciones de movilidad y distanciamiento social. (9)

Esto puede haber resultado en un agravamiento de la situación psicosocial de las personas debido a factores como el aislamiento, la inseguridad económica, el duelo, el miedo al contagio y el acceso restringido a servicios sanitarios se asociaron con aumentos en los síntomas depresivos y ansiosos. (10)

### **3. JUSTIFICACIÓN y OBJETIVOS**

#### **3.1 Justificación**

El suicidio representa un grave problema de salud pública, con un impacto significativo a nivel global y local. La detección precoz y el estudio de los factores de riesgo asociados a las conductas suicidas siguen siendo un reto en la práctica clínica, especialmente en el ámbito hospitalario. Dentro de este contexto, los intentos de suicidio médicamente graves (ISMG) constituyen una población de especial interés, dado que presentan un perfil clínico y socio demográfico similar al de los casos de suicidio consumado. (1,2,5)

En el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB) de Zaragoza, se han realizado previamente dos estudios observacionales descriptivos sobre ISMG: uno abarcando el periodo 2015-2019 y otro 2020-2022. Sin embargo, ambos estudios fueron llevados a cabo en contextos diferentes a la actual realidad sociosanitaria. En particular, la pandemia de COVID-19, la cual podría haber modificado los factores clínicos, psicosociales y asistenciales asociados a estas conductas. (11,12)

Dado el carácter dinámico de los determinantes de la conducta suicida y el posible efecto modulador de la pandemia en los perfiles de los pacientes con ISMG y sobreingestas medicamentosas, resulta fundamental actualizar el perfil asistencial de estos pacientes en el HCULB. Esta actualización permitirá describir la situación actual y comparar los hallazgos con los estudios previos, proporcionando información valiosa para la planificación de estrategias de prevención e intervención adaptadas al nuevo contexto (9,10).

Aunque este estudio no tiene como objetivo principal establecer relaciones causales ni medidas de asociación, la comparación de datos en distintos periodos contribuirá a una mejor comprensión de la evolución del perfil clínico y sociodemográfico de los pacientes con ISMG y/o SM. Además, permitirá evaluar posibles cambios en la demanda asistencial y en los factores asociados a los intentos de suicidio, facilitando así una toma de decisiones basada en evidencia para mejorar la atención a estos pacientes en el ámbito hospitalario.

#### **3.2. Objetivos**

Con el fin de satisfacer la finalidad del estudio se han establecido los siguientes objetivos primarios y secundarios.

##### 3.1.1. Objetivos primarios

El principal objetivo de la investigación es estudiar el perfil asistencial de los pacientes con ISMG y SM en el HCULB lo cual puede servir para identificar patrones relevantes en estas poblaciones, a su vez puede constituir la base para futuros estudios con mayor nivel de evidencia y posteriormente la aplicación de intervenciones para mejorar la atención al paciente y disminuir el riesgo de ISMG y/o SM.

Para ello se evaluarán distintas variables (sociodemográficas, clínicas, factores en relación con la tentativa) con el fin de identificar posibles factores de riesgo y áreas de mejora en la respuesta sanitaria.

### 3.1.2. Objetivos primarios

Como objetivo secundario se propone actualizar y analizar las principales variables clínicas, psicosociales y asistenciales presentes en los pacientes con ISMG y SM, valorando su evolución en los últimos años. Este análisis permitirá observar si han surgido cambios en el perfil de estos pacientes, posiblemente relacionados con transformaciones sociales, sanitarias o estructurales que puedan haber influido en su presentación clínica.

Asimismo, se pretende contrastar los resultados obtenidos con estudios previos realizados en el mismo centro, especialmente en períodos anteriores a la pandemia, para detectar posibles variaciones en las características de los episodios. También se compararán los datos con publicaciones recientes y con registros de otros hospitales, con el objetivo de contextualizar los hallazgos y valorar si las tendencias observadas en el HCULB son concordantes con las descritas en otros entornos, lo que contribuirá a una mejor comprensión del fenómeno suicida desde una perspectiva actualizada y comparativa.

## **4. MATERIAL y MÉTODOS**

El estudio se ha estructurado en 2 partes. Por un lado, se ha realizado un estudio observacional descriptivo del perfil asistencial de los pacientes ISMG y SM del HCLUB. Por otro lado, se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de los ISMG y sobreingestas medicamentosas. De ahí que la metodología se subdivide en 2 apartados, el primero, describiendo el diseño del estudio observacional acorde a la guía STROBE; el segundo, acerca de cómo se ha realizado la búsqueda de evidencia en las distintas bases de datos. (13,14)

### **4.1. Diseño metodológico estudio observacional**

#### 4.1.1. Pregunta PICO

La pregunta PICO se podría resumir en ¿Cuál es el perfil de complejidad asistencial de los pacientes que realizaron un ISMG y/o una SM e ingresaron en la UHA del HCULB durante los años 2023-2024?.

#### 4.1.2. Ámbito, lugar y periodo

El trabajo de investigación observacional se centró en el estudio de pacientes que presentaron un ISMG y/o SM. Concretamente, se estudiaron a aquellos pacientes que fueron atendidos por los distintos servicios del hospital y fueron ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría del HCULB de Zaragoza durante el periodo comprendido entre enero de 2023 y diciembre de 2024.

El proyecto tuvo comienzo en enero de 2025, siguió el siguiente procedimiento secuencial: búsqueda bibliográfica inicial, solicitud valoración Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA), solicitud autorización dirección del HCULB, elaboración de la base de datos pseudonimizada, estudio y análisis de variables .

#### 4.1.3. Diseño

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal, cuyo objetivo principal es caracterizar el perfil clínico, sociodemográfico y asistencial de los pacientes que han presentado un ISMG y/o SM. El estudio se basa en el análisis de una base de datos clínica seudonimizada que recoge información retrospectiva de los pacientes atendidos por esta causa durante el periodo comprendido en el periodo 2023-24.

La base de datos fue elaborada por los directores del trabajo de final de grado a partir de los informes de alta de los pacientes ingresados en la UHA durante los años 2023-24 del

HCULB. Para garantizar el anonimato y el compromiso de confidencialidad, se eliminó cualquier tipo de dato identificativo y se asignó una codificación exclusivamente conocida por los tutores.

Este trabajo representa un análisis secundario de dicha base de datos, que incluye variables previamente definidas y registradas. Por tanto, el estudio no implicó contacto directo con los pacientes ni recolección activa de nueva información.

El diseño descriptivo fue elegido porque permite identificar las frecuencias absolutas y relativas de las características de los casos registrados, sin establecer relaciones causales entre variables.

Para la elaboración del presente trabajo se han seguido los estándares de publicación de la declaración STROBE (13,14)

#### 4.1.4. Participantes. Criterios de inclusión y exclusión

En el estudio se seleccionó retrospectivamente una muestra de pacientes atendidos en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza que presentaron un ISMG y/o SM durante los años 2023-24.

Por un lado, la elegibilidad de los participantes que cometieron un ISMG se basó en los criterios definidos por Beutrais et al.: *“un intento de suicidio grave es un intento que requiere hospitalización durante más de 24 h y cumple uno de los siguientes criterios de tratamiento: (a) tratamiento en unidades especializadas, incluida la unidad de cuidados intensivos; (b) cirugía bajo anestesia general; y (c) tratamiento médico extenso, que incluye antídotos para sobredosis de drogas, telemetría o pruebas o investigaciones repetidas. Además, el intento de suicidio por métodos que conllevan un alto riesgo de letalidad (por ejemplo, ahorcamiento o disparo) también se define como intento de suicidio médicamente grave (ISMG) si el intento condujo a una hospitalización durante más de 24 h.”* (1,2)

Por otro lado, las SM se consideran a toda ingesta medicamentosa superior a la dosis terapéutica recomendada, de forma voluntaria, con intención de autolítica que no cumplen criterios de Beutrais (por ejemplo ingreso durante menos de 24 horas) y que como el caso anterior, fueron atendidos en el HCULB durante los años 2023-24 e ingresados en la Unidad de Hospitalización de Agudos.

Es cierto que la distinción puede llegar a ser compleja ya que un mismo acto puede considerarse tanto SM como ISMG (por ejemplo un paciente puede haber cometido una SM que cumpla los criterios de ISMG). Pero en este estudio, las SM que cumplan los criterios de Beutrais et al. se van a incluir dentro de los ISMG y los SM que no cumplan los criterios pero que fueron ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos se considerarán como otra entidad diferente.

#### 4.1.5. Intervención

No va haber contacto de ningún tipo con los pacientes ni solicitud de información más allá del puramente asistencial que será realizada por los profesionales correspondientes. Los datos provienen de la historia clínica electrónica, los datos estarán seudonimizados.

En el presente trabajo no hubo grupo control y obviamente tampoco hubo aleatorización.

#### 4.1.6. Variables estudio

En lo que respecta a variables descritas, se definieron y estudiaron aquellas registradas en los estudios precedentes para así poder hacer una comparación más adecuada. Destacan variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, ocupación, convivencia), en relación factores clínicos y psicopatológicos (intentos de suicidio previo, eventos estresores previos, asistencia psiquiátrica previa, problemática social/familiar, abuso de sustancias), comorbilidad psiquiátrica (diagnóstico), características del intento (carácter de voluntariedad, método, estancia en la unidad).

En su mayoría se corresponden a variables cualitativas, salvo la edad y la estancia hospitalaria.

#### 4.1.7. Tamaño muestral

Tras el análisis de la base de datos, se procedió a la selección de dos submuestras diferenciadas para este estudio. Por una parte, la muestra principal estuvo conformada por 32 pacientes que cumplieron los criterios de ISMG. Por otra parte, se incluyó una submuestra de 22 pacientes que realizaron una SM. Ambos grupos fueron identificados y seleccionados de los registros correspondientes a los años 2023 y 2024.

#### 4.1.8. Análisis estadístico

Por la propia naturaleza del estudio, descriptivo, la estadística se basó en la distribución de frecuencias de los distintos factores de cada variable. Para ello se ha utilizado el programa JANOSI Versión 2.6. (15,16)

#### 4.1.9. Sesgos, limitaciones y medidas adoptadas para limitarlo

Al tratarse de un estudio observacional descriptivo, retrospectivo, sin grupo de control es probable que se hayan cometido errores y sesgos estadísticos, lo cual confiere a los resultados del estudio un nivel de evidencia científica baja.

Aunque es importante mencionar que el objetivo del estudio era describir la situación epidemiológicas, y que sirva de base para posteriores estudios de mayor evidencia y así poder distribuir los recursos en función de las necesidades asistenciales.

Adicionalmente, el hecho de que la información derive de la actividad asistencial ha resultado en datos incompletos en ciertas variables lo cual pueda haber alterado el perfil clínico real de los pacientes del estudio. Se desconoce si se han empleado escalas para valorar ciertos aspectos, como la rescatabilidad, impulsividad del intento, ideación de morir, hubiera facilitado la definición y categorización de la muestra ya que en ocasiones ha tenido que ser a través de signos indirectos no del todo precisos. Sería interesante unificar criterios o aplicar escalas para posteriores estudios.

Por otro lado, los objetivos del estudio han sido reformulados conforme avanzó la realización del estudio concretamente. En primera instancia, se planteó como objetivo secundario realizar un seguimiento de los pacientes que habían cometido un ISMG durante un periodo breve (hasta abril de 2025), con el fin de estudiar su evolución. Sin embargo, se desestimó por la complejidad que suponía la recopilación de datos provenientes exclusivamente de la actividad asistencial, así como su posterior pseudonimización.

#### 4.1.10. Aspectos éticos

El principal problema ético en el presente estudio radica en torno a la confidencialidad y el anonimato de los pacientes, para ello se pseudonimizaron los datos como se ha mencionado previamente.

### **4.2. Diseño metodológico revisión bibliográfica**

#### 4.2.1. Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se basó en la consulta de diversas bases de datos biomédicas y generales

En lo relativo a ISMG se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos biomédicas: Pubmed, Cochrane, Dialnet, Google Scholar, Alcorze. En Pubmed, la estrategia de búsqueda se consistió en: *("Suicide, Attempted"[MeSH] OR "suicide attempt\*" OR "self-harm" OR "parasuicide") AND ("serious" OR "severe" OR "near-fatal" OR "near-letHal" OR "ICU" OR "intensive care") AND ("hospitalization" OR "lethality" OR "suicide risk" OR "medical complications")*". A esta búsqueda se aplicaron los siguientes filtros: últimos 10 años, tipos de artículos (trabajos académicos, ensayos clínicos aleatorizados, revisiones, revisiones sistemáticas y metaanálisis). El resultado total de artículos fue de 63, de los cuales se seleccionaron 7.

Sumado a esto, se realizaron consultas manuales introduciendo el término "Intento de Suicidio Medicamente Grave" en Google Scholar, Dialnet y Alcorze, de cuyas bases se obtuvieron 1, 1, y 2 artículos respectivamente.

En cuanto a las SM, se consultó en Pubmed con la siguiente estrategia de búsqueda: *("Drug Overdose"[MeSH] OR "Medication Overdose" OR "Intentional Drug Ingestion" OR "Pharmaceutical Poisoning") AND ("Suicide, Attempted"[MeSH] OR "Suicidal Intent" OR "Intentional Self-Harm") AND ("Epidemiology" OR "Treatment" OR "Risk Factors" OR "Clinical Management")*. A esta búsqueda se aplicaron los siguientes filtros: últimos 10 años, tipos de artículos (trabajos académicos, ensayos clínicos aleatorizados, revisiones, revisiones sistemáticas y metaanálisis). El resultado total de artículos fue de 14, de los cuales se seleccionó 1 artículo.

Adicionalmente se consultó Dialnet y Google Scholar introduciendo manualmente el término "Sobregesta Medicamentosas", se seleccionaron 3 y 1 artículo respectivamente.

#### 4.2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Tras la búsqueda inicial, en primera instancia se leyeron los títulos, en base a esa lectura se hizo una selección, posteriormente el procesó consistió en la elección de artículos en base a los abstracts, se seleccionaron aquellos de mayor nivel de evidencia así como los que más se ajustaban a los objetivos del presente trabajo. En cada búsqueda se seleccionaron los artículos como se ha explicado en el apartado anterior.

## **5. RESULTADOS**

### 5.1. Resultados del estudio observacional descriptivo

De la base de datos elaborada por los tutores a partir de los informes de altas de pacientes ingresados en la UHA durante los años 2023-24, se obtuvo una muestra de 32 pacientes que cumplían los criterios de ISMG y otra de 22 que cumplían los criterios de SM mencionados previamente.

Los resultados se agrupan en 2 poblaciones diferentes, se han resumido en tablas de distribución de frecuencia calculando su frecuencia absoluta y porcentaje respecto al total.

### 5.1.1. Variables sociodemográficas

| Tabla 1.1. Sexo pacientes ISGM |            |             |
|--------------------------------|------------|-------------|
| Sexo                           | Frecuencia | % del Total |
| <b>Mujer</b>                   | 18         | 56,25%      |
| <b>Hombre</b>                  | 14         | 43,75%      |
| <b>Total</b>                   | 32         | 100%        |

| Tabla 1.2. Edad agrupada en intervalos de pacientes ISMG |            |             |
|--|------------|-------------|
| Intervalo  | Frecuencia | % del Total |
| <b>18-25</b>   | 5          | 15,62%      |
| <b>26-35</b>   | 3          | 9,38%       |
| <b>36-45</b>   | 7          | 21,88%      |
| <b>46-55</b>   | 7          | 21,88%      |
| <b>56-65</b>   | 4          | 12,5%       |
| <b>66-75</b>   | 1          | 3,12%       |
| <b>&gt;75</b>  | 5          | 15,62%      |
| <b>Total</b>   | 32         | 100%        |

| Tabla 1.3. Estado civil de pacientes ISMG |             |             |
|---|-------------|-------------|
| Estado civil                              | Frecuencias | % del Total |
| <b>Soltero/a</b>                          | 12          | 37,5%       |
| <b>Casado/a</b>                           | 11          | 34,38%      |
| <b>Divorciado/a</b>                       | 4           | 12,5%       |
| <b>Separado/a</b>                         | 2           | 6,25%       |
| <b>Viudo/a</b>                            | 2           | 6,25%       |
| <b>Desconocido</b>                        | 1           | 3,12%       |
| <b>Total</b>                              | 32          | 100%        |

| Tabla 1.4. Ocupación laboral de pacientes ISMG |             |             |
|--|-------------|-------------|
| Ocupación                                      | Frecuencias | % del Total |
| <b>Empleado/a</b>                              | 12          | 37,5%       |
| <b>Desempleado/a</b>                           | 15          | 46,88%      |
| <b>Inactivo/a (pensionista, estudiante)</b>    | 3           | 9,37%       |

| Tabla 2.1. Sexo pacientes SM |            |             |
|------------------------------|------------|-------------|
| Sexo                         | Frecuencia | % del Total |
| <b>Mujer</b>                 | 12         | 54,55%      |
| <b>Hombre</b>                | 10         | 45,45%      |
| <b>Total</b>                 | 22         | 100%        |

| Tabla 2.2. Edad agrupada en intervalos pacientes SM |            |             |
|---|------------|-------------|
| Intervalo   | Frecuencia | % del Total |
| <b>18-25</b>  | 4          | 18,18%      |
| <b>26-35</b>  | 3          | 13,64%      |
| <b>36-45</b>  | 2          | 9,09%       |
| <b>46-55</b>  | 7          | 31,82%      |
| <b>56-65</b>  | 4          | 18,18%      |
| <b>66-75</b>  | 1          | 4,55%       |
| <b>&gt;75</b>                                       | 1          | 4,55%       |
| <b>Total</b>  | 22         | 100%        |

| Tabla 2.3. Estado civil de pacientes SM |             |             |
|---|-------------|-------------|
| Estado civil                            | Frecuencias | % del Total |
| <b>Soltero/a</b>                        | 11          | 50%         |
| <b>Casado/a</b>                         | 2           | 9,09%       |
| <b>Divorciado/a</b>                     | 4           | 18,18%      |
| <b>Separado/a</b>                       | 5           | 22,73%      |
| <b>Total</b>                            | 22          | 100%        |

| Tabla 2.4. Ocupación laboral de pacientes SM |             |             |
|--|-------------|-------------|
| Ocupación                                    | Frecuencias | % del Total |
| <b>Empleado/a</b>                            | 12          | 54,55%      |
| <b>Desempleado/a</b>                         | 7           | 31,82%      |
| <b>Inactivo/a (pensionista, estudiante)</b>  | 1           | 4,55%       |

|                    |    |       |
|--------------------|----|-------|
| <b>Desconocido</b> | 2  | 6,25% |
| <b>Total</b>       | 32 | 100%  |

|                    |    |       |
|--------------------|----|-------|
| <b>Desconocido</b> | 2  | 9,09% |
| <b>Total</b>       | 22 | 100%  |

**Tabla 1.5. Situación de convivencia pacientes ISMG**

| Convivencia        | Frecuencias | % del Total |
|--------------------|-------------|-------------|
| <b>Convivencia</b> | 23          | 71,88%      |
| <b>Solo</b>        | 8           | 25%         |
| <b>Desconocido</b> | 1           | 3,12%       |
| <b>Total</b>       | 32          | 100%        |

**Tabla 2.5. Situación de convivencia pacientes SM**

| Convivencia        | Frecuencias | % del Total |
|--------------------|-------------|-------------|
| <b>Convivencia</b> | 10          | 45,45%      |
| <b>Solo</b>        | 6           | 27,27%      |
| <b>Desconocido</b> | 6           | 27,27%      |
| <b>Total</b>       | 22          | 100%        |

**Tabla 1.6. País de nacimiento de pacientes ISMG**

| País             | Frecuencias | % del Total |
|------------------|-------------|-------------|
| <b>España</b>    | 23          | 71,88%      |
| <b>Francia</b>   | 2           | 6,25%       |
| <b>Rumanía</b>   | 2           | 6,25%       |
| <b>Marruecos</b> | 2           | 6,25%       |
| <b>Perú</b>      | 1           | 3,12%       |
| <b>Panamá</b>    | 1           | 3,12%       |
| <b>Brasil</b>    | 1           | 3,12%       |
| <b>Total</b>     | 32          | 100%        |

**Tabla 2.6. País de nacimiento de pacientes**

| País            | Frecuencias | % del Total |
|-----------------|-------------|-------------|
| <b>España</b>   | 20          | 90,91%      |
| <b>Colombia</b> | 1           | 4,55%       |
| <b>Rumanía</b>  | 1           | 4,55%       |
| <b>Total</b>    | 22          | 100%        |

Por un lado, los datos de las variables sociodemográficas de los pacientes que realizaron un ISMG permiten ofrecer una descripción inicial del perfil del paciente. Existe un ligero predominio femenino (56,25%). En lo que respecta a la edad, la muestra incluye pacientes cuya edad está comprendida entre los 18 y 93 años, siendo la media de 48,4 años. Hay una mayor prevalencia en edades medias de la vida, concretamente entre los 36 y 60 años, suponiendo el 56,25% del total de intentos. El intervalo de edad que sigue en frecuencia al grupo anterior son los pacientes jóvenes (18-25) y pacientes mayores de 75, ambos con un 15,62% respectivamente.

Del resto de variables de los pacientes ISMG, se puede destacar en cuanto al estado civil un discreto predominio de solteros (37,5%) respecto a casados (34,38%). La situación laboral de la muestra reveló que la mayoría de los participantes estaban desempleados, representando el 46,88% del total. Del conjunto población empleada (37,5%), siete pacientes se encontraban en situación de incapacidad laboral temporal en el momento del ingreso. Adicionalmente, el 9,37% de los sujetos formaban parte de la población inactiva (jubilados).

Respecto a la situación de convivencia, hay una clara supremacía de la situación de la convivencia (71,88%). España es el país de nacimiento del 71,88% de pacientes de la muestra, seguido de Francia, Rumanía y Marruecos.

Por otro lado, en cuanto a las variables sociodemográficas de los pacientes que realizaron SM que no cumplían los criterios de ISMG, se observa un leve predominio femenino (54,55%). La distribución por edades muestra mayor concentración de pacientes entre los 46 y 65 años, representando el 50% del total, y de pacientes con edades entre los 18-25 (18,18%). En esta subpoblación la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 84, con una media de 46,1 años.

En relación al estado civil, el grupo de solteros constituye el grupo mayoritario (50%), seguido de los separados (22,73%). Un 54,55% de los pacientes estaba empleado. Sin embargo, es importante señalar que de estas 12 personas con trabajo, dos de cada tres estaban en situación de incapacidad laboral temporal en el momento del ingreso.

En términos de convivencia, la mayoría de los pacientes vivía acompañado (45,45%), es cierto que es inferior quizás influido por las elevadas pérdidas. La mayor parte de la muestra de SM había nacido en España, con presencia minoritaria de otras nacionalidades.

### 5.1.2. Variables clínicas-psiopatológicas

| <b>Tabla 1.7. Eventos estresores previos en pacientes ISMG</b> |            |             |
|--|------------|-------------|
| Eventos  | Frecuencia | % del Total |
| <b>Sí</b>  | 22         | 68,75%      |
| <b>No</b>  | 9          | 28,13%      |
| <b>Desconocido</b>   | 1          | 3,12%       |
| <b>Total</b>   | 32         | 100%        |

| <b>Tabla 2.7. Eventos estresores previos SM</b> |            |             |
|---|------------|-------------|
| Eventos   | Frecuencia | % del Total |
| <b>Sí</b>                                       | 17         | 77,27%      |
| <b>No</b>                                       | 5          | 22,73%      |
| <b>Total</b>                                    |            | 100%        |

| <b>Tabla 1.8. Intentos de suicidio previos en pacientes ISMG</b> |            |             |
|--|------------|-------------|
| Número intentos  | Frecuencia | % del Total |
| <b>≥ 2</b>   | 12         | 37,5%       |
| <b>1</b>   | 4          | 12,5%       |
| <b>0</b>   | 16         | 50%         |
| <b>Total</b>   | 32         | 100%        |

| <b>Tabla 2.8. Intentos de suicidio previos en pacientes SM</b> |            |             |
|--|------------|-------------|
| Número intentos  | Frecuencia | % del Total |
| <b>≥ 2</b>   | 4          | 18,18%      |
| <b>1</b>   | 5          | 22,73%      |
| <b>0</b>   | 13         | 59,09%      |
| <b>Total</b>   | 22         | 100%        |

| <b>Tabla 1.9. Asistencia psiquiátrica previa ISMG</b> |            |             |
|---|------------|-------------|
| Asistencia  | Frecuencia | % del Total |
| <b>Seguimiento ambulatorio</b>                        | 13         | 40,63%      |
| <b>Seguimiento e ingresos previos UHA</b>             | 11         | 34,37%      |
| <b>No asistencia previa</b>                           | 8          | 25%         |

| <b>Tabla 2.9. Asistencia psiquiátrica previas SM</b> |            |             |
|--|------------|-------------|
| Asistencia   | Frecuencia | % del Total |
| <b>Seguimiento ambulatorio</b>                       | 15         | 68,18%      |
| <b>Seguimiento e ingresos previos UHA</b>            | 5          | 22,73%      |
| <b>No asistencia previa</b>                          | 2          | 9,09%       |

|              |    |      |
|--------------|----|------|
| <b>Total</b> | 32 | 100% |
|--------------|----|------|

|              |    |      |
|--------------|----|------|
| <b>Total</b> | 22 | 100% |
|--------------|----|------|

**Tabla 1.10. Problemática social y/o familiar ISMG**

| Problemática       | Frecuencia | % del Total |
|--------------------|------------|-------------|
| <b>Sí</b>          | 18         | 56,25%      |
| <b>No</b>          | 13         | 40,63%      |
| <b>Desconocido</b> | 1          | 3,12%       |
| <b>Total</b>       | 32         | 100%        |

**Tabla 2.10. Problemática social y/o familiar SM**

| Problemática       | Frecuencia | % del Total |
|--------------------|------------|-------------|
| <b>Sí</b>          | 13         | 59,09%      |
| <b>No</b>          | 8          | 36,36%      |
| <b>Desconocido</b> | 1          | 4,55%       |
| <b>Total</b>       | 22         | 100%        |

**Tabla 1.11. Red de apoyo social y/o familiar ISMG**

| Red                | Frecuencias | % del Total |
|--------------------|-------------|-------------|
| <b>Sí</b>          | 18          | 56,25%      |
| <b>No</b>          | 13          | 40,63%      |
| <b>Desconocido</b> | 1           | 3,1%        |
| <b>Total</b>       | 32          | 100%        |

**Tabla 2.11. Red de apoyo social y/o familiar SM**

| Red                | Frecuencias | % del Total |
|--------------------|-------------|-------------|
| <b>Sí</b>          | 10          | 45,45%      |
| <b>No</b>          | 10          | 45,45%      |
| <b>Desconocido</b> | 2           | 4,55%       |
| <b>Total</b>       | 22          | 100%        |

**Tabla 1.12. Enfermedad crónica limitante (ECL) ISMG**

| ECL                | Frecuencia | % del Total |
|--------------------|------------|-------------|
| <b>Sí</b>          | 8          | 25%         |
| <b>No</b>          | 17         | 53,12%      |
| <b>Desconocido</b> | 7          | 21,88%      |
| <b>Total</b>       | 32         | 100%        |

**Tabla 2.12. Enfermedad crónica limitante (ECL) SM**

| ECL                | Frecuencia | % del Total |
|--------------------|------------|-------------|
| <b>Sí</b>          | 6          | 27,27%      |
| <b>No</b>          | 14         | 63,64%      |
| <b>Desconocido</b> | 2          | 9,09%       |
| <b>Total</b>       | 22         | 100%        |

**Tabla 1.13. Enfermedad aguda (EA) ISMG**

| EA           | Frecuencias | % del Total |
|--------------|-------------|-------------|
| <b>Sí</b>    | 10          | 32,25%      |
| <b>No</b>    | 22          | 68,75%      |
| <b>Total</b> | 32          | 100%        |

**Tabla 2.13. Enfermedad aguda (EA) SM**

| EA           | Frecuencias | % del Total |
|--------------|-------------|-------------|
| <b>Sí</b>    | 2           | 9,09%       |
| <b>No</b>    | 20          | 80,91%      |
| <b>Total</b> | 22          | 100%        |

| Tabla 1.14. Diagnóstico psiquiátrico principal ISMG |            |             |
|---|------------|-------------|
| Diagnóstico   | Frecuencia | % del Total |
| Episodio depresivo mayor                            | 9          | 28,13%      |
| Trastorno adaptativo mixto                          | 7          | 21,88%      |
| Distimia  | 3          | 9,37%       |
| Esquizofrenia                                       | 2          | 6,25%       |
| Trastorno de personalidad límite                    | 2          | 6,25%       |
| Trastorno psicótico breve                           | 2          | 6,25%       |
| Trastorno de ansiedad generalizada                  | 1          | 3,12%       |
| Trastorno del espectro autista                      | 1          | 3,12%       |
| Reacción vivencial anómala*                         | 4          | 12,5%       |
| No diagnóstico previo*                              | 1          | 3,12%       |
| <b>Total</b>  | <b>32</b>  | <b>100%</b> |

| Tabla 2.14. Diagnóstico psiquiátrico principal SM |             |             |
|---|-------------|-------------|
| Diagnóstico                                       | Frecuencias | % del Total |
| Episodio depresivo mayor                          | 5           | 22,73%      |
| Trastorno adaptativo mixto                        | 5           | 22,73%      |
| Distimia  | 2           | 9,09%       |
| Trastorno bipolar                                 | 2           | 9,09%       |
| Trastorno de personalidad cluster B               | 2           | 9,09%       |
| Trastorno psicótico breve                         | 1           | 4,55%       |
| Trastorno de delirios tipo persecutorio           | 1           | 4,55%       |
| Reacción vivencial anómala*                       | 4           | 18,18%      |
| <b>Total</b>                                      | <b>22</b>   | <b>100%</b> |

| Tabla 1.15. Consumo alcohol y/o otros tóxicos ISMG           |            |             |
|--|------------|-------------|
| Sustancia  | Frecuencia | % del Total |
| Alcohol  | 5          | 15,62%      |
| TCH  | 2          | 6,25%       |
| Sustancias estimulantes (≥ 1: cocaína, anfetaminas)          | 2          | 6,25%       |
| Consumo múltiples sustancias (≥ 2 de las categorías previas) | 2          | 6,25%       |
| No   | 18         | 56,25%      |
| Desconocido  | 3          | 9,37%       |

| Tabla 2.15. Consumo alcohol y/o otros tóxicos ISMG           |            |             |
|--|------------|-------------|
| Sustancia  | Frecuencia | % del Total |
| Alcohol  | 1          | 4,55%       |
| TCH  | 2          | 9,09%       |
| Sustancias estimulantes (≥ 1: cocaína, anfetaminas)          | 1          | 4,55%       |
| Consumo múltiples sustancias (≥ 2 de las categorías previas) | 3          | 13,64%      |
| No   | 12         | 54,55%      |
| Desconocido  | 3          | 13,64%      |

|              |    |      |
|--------------|----|------|
| <b>Total</b> | 32 | 100% |
|--------------|----|------|

|              |      |
|--------------|------|
| <b>Total</b> | 100% |
|--------------|------|

Respecto a las variables clínicas psicopatológicas de los pacientes que habían realizado una ISMG, el 68,75% había tenido un evento estresor previo reciente. El estresor principal fue el éxitus de un familiar, pareja o amigo cercano que sucedió en 10 de los 22 casos que sí que habían tenido un evento estresor previo, seguido de malos tratos en 5 y separación en 3. En términos de antecedentes de intento de suicidio, el 50% muestra haber realizado al menos un intento previo, de los cuales la mayoría (12) había cometido múltiples intentos y 4 de estos últimos tenían antecedente de un ISMG.

En cuanto a historia de asistencia psiquiátrica, consta que el 75% de pacientes que cometieron un ISMG había recibido asistencia de algún tipo, principalmente a través de seguimiento ambulatorio (n=24), de los cuales 11 además habían ingresado previamente en unidades de psiquiatría. Por otro lado, contrastan los resultados en relación a la existencia o no de problemática social y/o familiar y una buena red de apoyo social, existe cierta preponderancia a tener problemática social, pero a su vez ligera superioridad global a contar con una buena red de apoyo.

Si nos centramos en las enfermedades crónicas limitantes y enfermedades agudas en el momento del ingreso no tienen una prevalencia alta. Las primeras están presentes en un 25% de los pacientes, siendo las más frecuentes deterioro cognitivo, patología raquimedular, artrosis. Las segundas, alcanzan el 32,25% y como entidades nosológicas presentes destaca neumonía, síndrome confusional, traumatismos.

Se debe especificar que en la tabla 1.14 se recoge exclusivamente el diagnóstico principal de cada paciente. Del subgrupo de pacientes que tenían un diagnóstico psiquiátrico previo al ingreso, el 84,38% del total concretamente (n=27 casos), 10 de ellos (el 31,25% del total de pacientes) tenían al menos otra comorbilidad psiquiátrica asociada, entre las patologías más frecuentes se encuentran trastornos de la conducta alimentaria, trastorno límite de la personalidad, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada. Es notoria la presencia de trastornos depresivos en la muestra, sumando los episodios depresivos mayores y los trastornos depresivos persistentes (distimias) suponen el 35% del total. Segundos en frecuencia se encuentran los trastornos adaptativos con el 21,88%. No es despreciable el número de sujetos sin diagnóstico psiquiátrico previo, que en la tabla se recoge tanto como en la categoría de no como en reacciones vivenciales anómalas, las cuales no propiamente un diagnóstico psiquiátrico incluido en el DSM-V, conformando el 15,16% de la muestra. (17)

Otra aclaración importante relativa al consumo de alcohol y otros tóxicos, en la mayoría de casos se desconoce si este consumo cumple con los criterios del DSM-V para trastorno de consumo de sustancias.(17) A pesar de este factor, se puede afirmar que un 56,25% no tenía antecedente de consumo de tóxicos.

Si nos centramos en la subpoblación que había realizado SM que no cumple los criterios de Beautrais et al, es crucial destacar que un 77,27% de estos pacientes experimentó al menos un evento estresor reciente. Entre los factores más prevalentes, encontramos la muerte de una persona cercana, el diagnóstico de una enfermedad grave y la ruptura familiar. Además, observamos una elevada tasa de intentos suicidas previos en este subgrupo. Prácticamente la mitad de la muestra (40,91%) había tenido al menos un intento

suicida en su historial. Desglosando esta cifra, un 22,73% de los pacientes (n=5) reportaron un intento previo, mientras que un 18,18% (n=4) refirió dos o más intentos.

Profundizando en el historial clínico, encontramos que un 91,91% de estos pacientes contaba con antecedentes de atención psiquiátrica. De manera similar, un 31,82% había ingresado previamente en unidades de hospitalización.

Adicionalmente, se identificó que más de la mitad de la muestra (54,55%) presentaba problemática social o familiar. No obstante, un porcentaje similar también contaba con una red de apoyo. En cuanto a la salud física, un 18,18% presentaba enfermedad crónica limitante, y un 27,27% enfermedad aguda en el momento del ingreso.

En lo que respecta a los diagnósticos psiquiátricos principales, al igual que en los ISMG, el grupo de trastornos depresivos (episodio depresivo mayor y distimia) fue el más frecuente, afectando a un 31,82% de los pacientes. Asimismo, se observó una elevada prevalencia de trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo (22,73%). Es importante señalar que un grupo de pacientes no tenía un diagnóstico psiquiátrico previo (18,18%), lo cual se clasifica como "reacciones vivenciales anómalas" en la Tabla 2.14.

Finalmente, en relación con el consumo de sustancias, es relevante mencionar que el porcentaje de pacientes sin historial de consumo de tóxicos fue ligeramente superior. Sin embargo, entre quienes sí consumían, la mayoría (13,64%) habían estado consumiendo varias sustancias, y un 9,09% consumía exclusivamente cannabis.

### 5.1.3. Factores en relación al intento

| Tabla 1.16. Carácter de planificación del intento ISMG |            |             |
|--|------------|-------------|
| Carácter   | Frecuencia | % del Total |
| <b>Impulsivo</b>                                       | 22         | 68,75%      |
| <b>Planificado</b>                                     | 9          | 28,12%      |
| <b>Desconocido</b>                                     | 1          | 3,12%       |
| <b>Total</b>   | 32         | 100%        |

| Tabla 1.17. Ideación de muerte en ISMG |            |             |
|--|------------|-------------|
| Ideación                               | Frecuencia | % del Total |
| <b>Activa</b>                          | 12         | 37,5%       |
| <b>Hace crítica</b>                    | 10         | 31,25%      |
| <b>Ausencia de ideación</b>            | 8          | 25%         |
| <b>Desconocido</b>                     | 2          | 6,25%       |
| <b>Total</b>                           | 32         | 100%        |

| Tabla 2.16. Carácter de planificación del intento SM |            |             |
|--|------------|-------------|
| Carácter   | Frecuencia | % del Total |
| <b>Impulsivo</b>                                     | 17         | 77,27%      |
| <b>Planificado</b>                                   | 4          | 18,18%      |
| <b>Desconocido</b>                                   | 1          | 4,55%       |
| <b>Total</b>   | 22         | 100%        |

| Tabla 2.17. Ideación de muerte tras el intento SM |            |             |
|---|------------|-------------|
| Ideación  | Frecuencia | % del Total |
| <b>Activa</b>                                     | 16         | 72,72%      |
| <b>Hace crítica</b>                               | 5          | 22,73%      |
| <b>Desconocido</b>                                | 1          | 4,55%       |
| <b>Total</b>                                      | 22         | 100%        |

| Tabla 1.18. Rescatabilidad ISMG |            |             |
|---------------------------------|------------|-------------|
| Grado                           | Frecuencia | % del Total |
| <b>Alta</b>                     | 12         | 37,5%       |
| <b>Baja</b>                     | 11         | 34,38%      |
| <b>Desconocido</b>              | 9          | 28,12%      |
| <b>Total</b>                    | 32         | 100%        |

| Tabla 2.18. Rescatabilidad SM |            |             |
|-------------------------------|------------|-------------|
| Grado                         | Frecuencia | % del Total |
| <b>Alta</b>                   | 12         | 54,55%      |
| <b>Baja</b>                   | 8          | 36,36%      |
| <b>Desconocido</b>            | 2          | 9,09%       |
| <b>Total</b>                  | 22         | 100%        |

| Tabla 1.19. Método empleado           |             |             |
|---------------------------------------|-------------|-------------|
| Método                                | Frecuencias | % del Total |
| <b>SM</b>                             | 18          | 56,25%      |
| <b>Precipitación</b>                  | 7           | 21,88%      |
| <b>Ahorcamiento</b>                   | 4           | 12,5%       |
| <b>Ingesta cáusticos</b>              | 1           | 3,12%       |
| <b>Heridas y autolesiones incisas</b> | 1           | 3,12%       |
| <b>Intoxicación MO</b>                | 1           | 3,12%       |
| <b>Total</b>                          | 32          | 100%        |

| Tabla 2.19. Método empleado |             |             |
|-----------------------------|-------------|-------------|
| Convivencia                 | Frecuencias | % del Total |
| <b>SM</b>                   | 21          | 95,45%      |
| <b>Combinación métodos</b>  | 1           | 4,55%       |
| <b>Total</b>                | 22          | 100%        |

En el presente trabajo se observa una clara predominancia de los ISMG realizados de forma impulsiva (68,75%). Se desconoce si se han empleado escalas para la valoración de impulsividad o los criterios en base a los cuales se ha calificado un acto como impulsivo. No hay constancia del factor precipitante inmediato, quizás en algunos casos podría coincidir con el evento estresor previo pero esta hipótesis no se puede confirmar. En 4 de los 22 sujetos cuyo intento fue impulsivo admitieron haber consumido alcohol u otros tóxicos horas antes al intento.

Se valoró a su vez la ideación de muerte de los pacientes en el momento del ingreso, en el 37,5% persistía el deseo de morir en el momento del ingreso, porcentaje muy similar al de los pacientes que hacían crítica y mostraban arrepentimiento tras el intento (31,25%). Merece remarcar que de ese grupo de pacientes con ideación activa, la mitad correspondían a intentos planificados, teniendo en cuenta que solo fueron planificados un 28,12% del conjunto total de intentos de la muestra.

A la hora de determinar la rescatabilidad, entendida como la probabilidad de ser descubierto y rescatado se ha valorado en función de la presencia o no de signos indirectos que confieren mayor o menor probabilidad de ser encontrados y atendidos, los cuales no están desprovistos de subjetividad y arbitrariedad. (18) Entre estos signos encontramos: mensajes o llamadas de despedida, solicitar asistencia a servicios de

emergencias, realizar el intento en presencia de otra persona o próximo a la hora de su llegada. Es cierto que los casos en los que se existe cierto grado de rescatabilidad son mayores (37,5%), pero no es despreciable el porcentaje de intentos planificados (34,38%). Estos últimos fueron cometidos por personas que vivían solas, personas que se desplazaron de su residencia habitual sin avisar para realizar el acto.

Entre los métodos empleados, la sobreingesta medicamentosa fue el más importante (56,25%), seguido de la precipitación (21,88%) y el ahorcamiento (12,5%). En cuanto a los sobreingestas medicamentosas, 18 de 32, 8 de ellos utilizaron más de 1 fármaco en el intento (frecuente la asociación de antipsicóticos, benzodiazepinas y otros antidepresivos), mientras que 6 de los anteriores exclusivamente benzodiazepinas.

La muestra de pacientes de SM, destaca por la elevada impulsividad en la ejecución del intento, presente en un 77,27% de los casos. Conjuntamente, observamos una ideación persistente a morir en el momento del ingreso en un 72,27% de los pacientes.

En relación con el grado de rescatabilidad del intento, el 54,55% de los casos existieron factores que podrían considerarse facilitadores de ser descubiertos.

Lógicamente, el método más empleado fue la sobreingesta medicamentosa. No obstante, es importante señalar que en un caso particular, además de la sobreingesta, el paciente se realizó lesiones incisivas en las extremidades.

#### 5.1.4. Variables en relación actividad asistencial

| Tabla 1.20. Ingreso en UCI, planta o SOB ISMG |            |             |
|---|------------|-------------|
| Ingreso                                       | Frecuencia | % del Total |
| <b>UCI</b>                                    | 12         | 37,5%       |
| <b>Planta especialidad</b>                    | 7          | 21,88%      |
| <b>SOB urgencias</b>                          | 13         | 40,63%      |
| <b>Total</b>                                  | 32         | 100%        |

| Tabla 2.20. Ingreso en UCI, planta o SOB SM |            |             |
|---|------------|-------------|
| Ingreso                                     | Frecuencia | % del Total |
| <b>SOB urgencias</b>                        | 22         | 100%        |
| <b>Total</b>                                | 22         | 100%        |

| Tabla 1.21. Carácter de voluntariedad del ingreso en la UHA |            |             |
|---|------------|-------------|
| Carácter  | Frecuencia | % del Total |
| <b>Voluntario</b>   | 28         | 87,5%       |
| <b>Involuntario</b>   | 4          | 12,5%       |
| <b>Total</b>  | 32         | 100%        |

| Tabla 2.21. Carácter de voluntariedad del ingreso en la UHA SM |            |             |
|--|------------|-------------|
| Carácter   | Frecuencia | % del Total |
| <b>Voluntario</b>  | 19         | 86,36%      |
| <b>Involuntario</b>  | 3          | 13,63%      |
| <b>Total</b>   | 22         | 100%        |

| Tabla 1.22. Estancia en la UHA agrupada en intervalos ISMG |            |             |
|--|------------|-------------|
| Días   | Frecuencia | % del Total |
| <b>1-6</b>   | 6          | 18,75%      |

| Tabla 2.22. Estancia en la UHA agrupada en intervalos SM |            |             |
|--|------------|-------------|
| Días   | Frecuencia | % del Total |
| <b>1-6</b>   | 5          | 22,73%      |

|              |    |        |              |    |        |
|--------------|----|--------|--------------|----|--------|
| <b>7-12</b>  | 6  | 18,75% | <b>7-12</b>  | 3  | 13,63% |
| <b>13-18</b> | 7  | 21,88% | <b>13-18</b> | 4  | 18,18% |
| <b>19-24</b> | 8  | 25%    | <b>18-23</b> | 3  | 13,63% |
| <b>25-30</b> | 1  | 3,12%  | <b>24-29</b> | 2  | 9,09%  |
| <b>31-34</b> | 4  | 12,5%  | <b>≥30</b>   | 4  | 18,18% |
| <b>Total</b> | 32 | 100%   | <b>Total</b> | 22 | 100%   |

Del total de la muestra de pacientes que cometieron un ISMG, 31 pacientes provenían de entorno extrahospitalario, sólo 1 provenía de otro servicio del propio hospital.

La atención recibida por los pacientes de la muestra puede resumirse, a grandes rasgos, en un primer momento de recepción y valoración inicial en el servicio de urgencias del HCULB. En función del estado clínico del paciente y de la necesidad de intervenciones diagnósticas y terapéuticas, fueron derivados a distintos recursos asistenciales: sala de observación de urgencias, medidas urgentes y posterior ingreso en planta de especialidades médicas concretas o ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Del total de pacientes atendidos, 12 (37,5%) fueron derivados a la UCI, los cuales permanecieron una media 6,17 días. Entre las principales medidas aplicadas en estos fueron: intubación orotraqueal, medidas de soporte circulatorio.

Por otro lado, el 21,88% requirió ingresar en planta para el control evolutivo de sus patologías, principalmente en el servicio de traumatología, cirugía y medicina interna, tras reducciones y fijaciones quirúrgicas de fracturas, cirugía abdominal y laparotomía exploradora y antibioterapia y corticoterapia intravenosa respectivamente. El resto de pacientes que permanecieron en la sala de observación fueron valorados con estudios de extensión que en su mayoría incluía TC cerebral y abdominal para descartar lesiones orgánicas.

En términos generales, la medida más aplicada consistió en la administración de antídotos (flumazenilo), lavado gástrico y carbón activo, consecuencia del método de intento de suicidio empleado, la sobreingesta medicamentosa.

Resalta el elevado porcentaje (87,5%) que aceptaron voluntariamente el ingreso.

En lo que respecta a la estancia en la UHA, la estancia mínima fue de 1 día y la máxima de 34, con una media de 15,3 días.

Del subgrupo de pacientes de SM, es importante resaltar que ningún paciente requirió ingreso en planta de hospitalización ni en la Unidad de Cuidados Intensivos. En todos los casos, su atención se llevó a cabo en la sala de observación de urgencias, donde la vigilancia y la monitorización resultaron suficientes para su control clínico. No obstante, es relevante mencionar que en 6 de los 22 pacientes fue necesaria la contención mecánica y farmacológica debido a estados de agitación psicomotriz.

En cuanto a la voluntariedad de ingreso en la unidad, un 86,36% de los pacientes lo hizo de forma voluntaria.

Finalmente, en lo que respecta a la duración de la estancia en la unidad, observamos una variabilidad considerable. La estancia mínima fue de 1 día, mientras que la máxima alcanzó los 70 días. Sin embargo, la media de estancia se situó en 20,4 días.

## 5.2. Resultados revisión bibliográfica

### 5.1.1. Resultados estudios HCULB sobre perfil de complejidad ISMG

En las siguientes tablas se exponen los principales resultados de 2 estudios realizados por Celigueta et al. y Malo et al. respectivamente acerca del perfil clínico-asistencial de pacientes que ingresaron en la Unidad de Hospitalización de Adultos del HCULB por haber cometido un ISMG (11,12). Los criterios de inclusión y exclusión de pacientes para la muestra de ambos estudios se basan en los criterios definidos por Beautrais et al.

| <b>Tabla x. Comparativa variables sociodemográficas estudios HCULB</b> |         |                    |  |   |                    |                       |
|--|---------|--------------------|--|---|--------------------|-----------------------|
|  | Muestra | Sexo               | Rango edad                                   | Estado civil  | Ocupación          | Convivencia           |
| <b>Estudio perfil ISMG<br/>Celigueta et al.<br/>(2015-2019)</b>        | 52      | 63,5%<br>Varones   | 44,2%<br>46-60 años                          | 55,8%<br>Solteros   | 71,2%<br>Desempleo | 55,8%<br>Conviviente  |
|  |         | 36,5%<br>Mujeres   | 28,8%<br>31-45 años                          | 19,2%<br>Casados<br>15,4%<br>Separados                    | 15,2%<br>Empleado  | 44,2%<br>Solo         |
| <b>Estudio perfil ISMG<br/>Malo et al.<br/>(2020-2022)</b>             | 59      | 49,15%<br>Varones  | 22,03%<br>46-55 años                         | 35,59%<br>Casados   | 69,5%<br>Desempleo | 69,49%<br>Conviviente |
|  |         | 50,85 %<br>Mujeres | 20,33%<br>36-45 años<br>18,64%<br>56-65 años | 33,89%<br>Solteros<br>23,73%<br>Separados/<br>Divorciados | 23,73%<br>Empleado | 25,4%<br>Solo         |

| <b>Tabla x. Comparativa variables clínicas y psicopatológicas</b> |         |                             |                            |  |                              |  |
|---|---------|-----------------------------|----------------------------|--|------------------------------|--|
|   | Muestra | Intentos de suicidio previo | Eventos estresores previos | Asistencia psiquiátrica previa                                   | Problemática social familiar | Abuso sustancias                               |
| <b>Estudio perfil ISMG<br/>Celigueta et al.<br/>(2015-2019)</b>   | 52      | 53,8% Sí                    | 64% Sí                     | 59,8%<br>Ingresos previos  | 67,3% Sí                     | 65,4%<br>No Alcohol                            |
|   |         | 44,2% No                    | 34,6% No                   | 25,0%<br>No asistencia previa                                    | 28,8% No                     | 32,7%<br>Alcohol<br>27,5%***<br>Otros tóxicos  |
| <b>Estudio perfil ISMG<br/>Malo et al.<br/>(2020-2022)</b>        | 59      | 47,46% Sí                   | 66'1% Sí                   | 67,79%<br>Seguimiento ambulatorio                                | 22,03% Sí                    | 62,71%<br>Ninguna                              |
|   |         | 52,4% No                    | 33,9% No                   | 55,93%<br>Ingresos previos UHA<br>23,73%<br>No asistencia previa | 77,97% No                    | 18,64%<br>Alcohol<br>28,81%**<br>Otros tóxicos |

\*El hecho de que la suma de los distintos eventos posibles dentro de una misma variable no dé como resultado 100% se debe a pérdidas durante el estudio o ausencia de información en los informes de alta.

\*\*Se desconoce el porcentaje de pacientes que realizaban consumo de tóxicos y alcohol concomitantemente, aunque la mayoría solo presentaba uno de los 2.

Merece destacar otras variables no incluidas en la tabla como la red de apoyo social y el hecho de padecer una enfermedad crónica limitante. En lo que respecta a la red de apoyo social, el estudio de Celigueta et al.; mostró que el 60% de los pacientes del estudio contaban con un red de apoyo, Malo et al.; obtuvieron un resultado del 81,35%. Por otro lado, solo el 32,2% de los pacientes de Malo et al. padecían una enfermedad crónica limitante, mientras que en la investigación de Celigueta et al. fue del 51%. (11,12)

| <b>Tabla x. Comparativa variables clínicas y psicopatológicas</b> |         |                          |  |                      |                         |                             |
|---|---------|--------------------------|--|----------------------|-------------------------|-----------------------------|
|   | Muestra | Episodio depresivo mayor | Trastorno de personalidad                                  | Trastorno adaptativo | Esquizofrenia paranoide | Reacción vivencial anómala* |
| <b>Celigueta et al. (2015-2019)</b>                               | 52      | 30,8%                    | 9,6%   | 5,8%                 | 15,4%                   | 7,7%                        |
| <b>Malo et al. (2020-2022)</b>                                    | 59      | 55,93%                   | 22,03%<br>Cluster B<br>10,16%<br>Cluster C<br>16,94% Mixto | 10,16%               | 5,08%                   | 18,64%                      |

Adicionalmente, Celigueta et al. indicaron que la comorbilidad psiquiátrica en la muestra fue del 13,5%, mientras que en la de de Malo et al. un 45,76%. (11,12)

| <b>Tabla x. Comparativa variables en relación al intento</b> |         |                          |   |                               |
|--|---------|--------------------------|---|-------------------------------|
|  | Muestra | Carácter de la tentativa | Método empleado   | Estancia hospitalaria (media) |
| <b>Estudio perfil ISMG Celigueta et al. (2015-2019)</b>      | 52      | 51,9% Impulsivo          | 61,5% Sobreingesta medicamentosa                                | 16 días                       |
|  |         | 44,2% Planificado        | 17,3% Arma blanca<br>5,8% Ahorcamiento<br>5,8% Precipitación    |                               |
| <b>Estudio perfil ISMG Malo et al. (2020-2022)</b>           | 171     | 71,18% Impulsivo         | 64,4% Sobreingesta medicamentosa                                | Desconocido                   |
|  |         | 28,81% Planificado       | 13,55% Arma blanca<br>8,47% Precipitación<br>5,08% Ahorcamiento |                               |

### 5.2.2. Resultados búsqueda bibliográfica

A continuación se exponen los hallazgos más relevantes del resto de estudios de la revisión bibliográfica.

#### 5.2.2.1. Factores asociados a los ISMG

Acorde a la literatura científica, los ISMG son el subgrupo de población con mayor riesgo futuro de suicidio consumado entre todas las personas que sobreviven a un intento, se estima que pueden llegar a tener el doble de probabilidad. (1,2)

En una revisión sistemática llevada a cabo por Marzano et al., que incluyó ocho estudios, se identificaron los principales factores asociados a los ISMG en contextos penitenciarios. (5) En uno de ellos, realizado en un centro penitenciario de Alemania, se obtuvo asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico previo de depresión y altos niveles de desesperanza con la intención suicida y la letalidad. (5)

La importancia de la psicopatología en los ISMG también se destaca en la revisión sistemática de Yossi et al., se considera como el factor más consistentemente vinculado al suicidio y a los intentos ISMG, especialmente depresión mayor, trastornos de personalidad del grupo B, esquizofrenia y consumo de sustancias. Dentro de esa misma revisión, Beautris et al. en su investigación estimó que los pacientes con trastornos afectivos tenían una OR de 179 de realizar un ISMG respecto a los controles sanos. A su vez, Rivin et al. encontraron una asociación entre ISMG y depresión, psicosis y trastorno de ansiedad con una OR de 42, 15 y 6 respectivamente. (1,2)

Dentro de los pacientes con patología psiquiátrica, los pacientes esquizofrénicos constituyen una población que merece especial atención ya que se estima que la tasa de suicidios es del 10% en este grupo. Sher et al. en su revisión identificaron en la literatura ciertos factores de riesgo asociados como nivel sociocultural alto, insight de la enfermedad, reciente diagnóstico, comorbilidad psiquiátrica entre otros. Como factor protector principal en este grupo se estableció la adherencia al tratamiento. (19)

En un estudio de Inglaterra y Gales cuya muestra contaba con 60 prisioneros que habían cometido un ISMG y 120 controles, se describió el perfil del paciente prototípico. Se caracterizaba por falta de cualificación educativa, encarcelamiento breve, el confinamiento en celdas de mayor seguridad. En el plano psiquiátrico destacaron diagnósticos de depresión mayor, trastorno de pánico, ansiedad social, trastorno de estrés posttraumático, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno psicótico. Las dimensiones psicológicas revelaron desesperanza, baja autoestima, impulsividad. Respecto a los eventos vitales adversos, se encontraron vínculos con trauma infantil, antecedentes familiares de suicidio, la muerte de pareja o hijo,. Finalmente, la escasez de apoyo social también se presentó como un factor relevante en esta población. (5)

Respecto a la asociación entre ISMG y trastorno relacionado con sustancias no hay hallazgos consistentes en la literatura. Beautrais et al. (1999), dentro del Canterbury Suicide Project, identificaron una asociación significativa con el consumo de cannabis, y Powell et al. (2001) destacaron el consumo agudo de alcohol previo al intento como predictor de mayor letalidad. (1,2)

Por otro lado, las dificultades en las relaciones interpersonales, incluyendo aquellas con hijos y familiares, se presentan como un factor relevante en los ISMG. (5)

La calidad de las relaciones sociales y la capacidad de pedir ayuda influyen significativamente en la gravedad de los intentos suicidas. Los sobrevivientes de ISMG suelen mostrar menor interacción social (Levi-Belz et al., 2013) y una probabilidad significativamente más baja de buscar ayuda profesional antes del intento (Barnes et al., 2001). Rasgos como el estilo de apego evitativo, la soledad y la baja autoapertura fueron predictores significativos de la letalidad del intento. La combinación entre dolor emocional e incapacidad de expresar ese malestar constituye un riesgo crítico para los ISMG. (1,2)

Es interesante en la revisión de Marzano et al., el hecho de que en 4 de los 8 estudios se preguntó a los presos sobre las causas que los llevaron a intentar suicidarse. Mencionaron problemas vinculados al entorno carcelario, experiencias traumáticas previas, trastornos de salud mental y conflictos interpersonales, especialmente aquellos relacionados con el rechazo, la pérdida afectiva y el acoso escolar. En términos generales, la mayoría atribuía el intento a un cúmulo de circunstancias y situaciones adversas. (5)

En otras investigaciones en la que también se preguntaron a los pacientes que habían realizado un intento, la mayoría de la muestra confesaron que el intento se podría haber evitado si hubieran tenido apoyo emocional de algún tipo de terapia por parte de un profesional. (5)

La intencionalidad de morir se ha asociado en la literatura con un elevado riesgo de suicidio, e incluso algunos estudios han postulado como diferenciador clave entre quienes realizan intentos de suicidio no fatales y aquellos que fallecen por suicidio. (4)

Sin embargo, la intencionalidad no siempre se correlaciona con una alta letalidad y por lo tanto con un ISMG o incluso suicidio consumado. Mientras estudios en China (Zhang et al. y Xu et al.) sugieren que la alta mortalidad por ingestión de pesticidas refleja una fuerte intención y conocimiento de su toxicidad, otras investigaciones con adolescentes que tenían intención de morir, la letalidad fue mayoritariamente baja probablemente debido a que el adolescente desconocía el potencial tóxico del método. (4,5)

Otros aspectos identificados de ISMG como factores de riesgo eran las toma de precauciones para no ser descubierto y las características del intento índice. (5)

En términos de método empleado, el ahorcamiento se identificó como el método predominante en la revisión de Marzano, siendo el más frecuente en seis de los ocho estudios de la revisión de ISMG llevada a cabo por Marzano et al., aunque el acceso a métodos letales en ese contexto es menor. (4) En lo que se refiere a los suicidios consumados, según las estadísticas del INE, los principales métodos son por ahorcamiento (45,4%), seguido de precipitación (25,52%) y en tercer lugar las sobreingestas medicamentosas (10,27%). (3)

#### 5.2.2.2. Sobreingestas medicamentosas

Las SM constituyen el principal método empleado en los intentos de suicidio, aunque existe cierta variabilidad entre países en función de la accesibilidad a métodos letales por parte de la población. (6)

En estudio descriptivo realizado en el hospital de Axarquía centrado en pacientes que realizaron SM con intención autolítica e ingresaron en el servicio de urgencias en el año 2016, se halló una mayoría femenina (78%), destacaron los pacientes cuya edad estaba

comprendida entre los 18 y 35 años y el fármaco principal para el intento fueron las benzodiazepinas. (8)

Estos hallazgos son similares a los obtenidos por Arredondo et al., cuyo estudio también tomaba como muestra pacientes del HCULB que realizaron una SM con intención autolítica, pero en este caso que fueron atendidos por el servicio de urgencias, no exclusivamente pacientes que ingresaban a la unidad de psiquiatría. Del total de 580 pacientes, el 67,9% eran mujeres, con edad media cercana a los 40 años y con alta prevalencia de antecedentes psiquiátricos, especialmente depresión, abuso de sustancias y trastornos de personalidad. El método más común fue la ingesta oral de benzodiazepinas, frecuentemente combinadas con otras sustancias. Un 34% ya había tenido intentos previos y casi el 27% presentaba ideación suicida reciente. Los factores precipitantes más frecuentes fueron conflictos de pareja y familiares, sumados a situaciones de maltrato o falta de apoyo. Aunque la mayoría no planificó su acto, un porcentaje significativo expresó arrepentimiento posterior. (19)

Existe concordancia con el estudio sobre la epidemiología de las SM elaborado sobre una región de Irán, donde otra vez hay predominio femenino, y es llamativo en este caso la alta prevalencia en pacientes jóvenes (15-24 años). Merece a su vez destacar los factores asociados a suicidio consumado, del total de 40334 personas que realizaron un SM, solo el 1,22% falleció, en este subgrupo se determinó asociación en sexo masculino, historia de suicidio familiar y intento de suicidio previo con unas OR de 2.7, 2.7 y 1,7 respectivamente. (7)

Algunos estudios han planteado una posible relación entre la presencia de trastornos psiquiátricos, la prescripción de psicofármacos y la ejecución de intentos de suicidio. La disponibilidad de la medicación puede facilitar el acceso a un medio para llevar a cabo el acto autolítico. Por ello, se recomienda establecer un control estricto sobre la prescripción y el manejo de la medicación en pacientes con patología psiquiátrica, como medida preventiva ante el riesgo de suicidio (6)

#### 5.2.2.3. Hipótesis causal intentos de suicidio

Marzano et al. apuntan a que los intentos son resultado de la interacción de múltiples elementos que contribuyen en diferente medida, incluyendo características individuales e influencias del entorno. Los cuales son potencialmente modificables. (5)

Esta hipótesis se alinea con el modelo de riesgo acumulativo propuesto por Beautrais, según el cual la probabilidad de un intento de suicidio aumenta de forma notable a medida que se acumulan múltiples factores de riesgo. Este patrón de mayor vulnerabilidad también se observa especialmente en casos de trastornos del estado de ánimo o esquizofrenia. (4)

Ciertas teorías psicológicas conciben al suicidio como una forma de evasión y escape a dificultades irresolubles, que en su mayoría se produce en un contexto de situación emocional aguda y de forma impulsiva. Contrasta con la visión del suicidio como un acto premeditado. (21)

Otras teorías hablan acerca del concepto de dolor mental, entendido como un dolor psicológico insoportable derivado de necesidades insatisfechas y emociones negativas, el se ha asociado fuertemente con los ISMG; de hecho, estudios como los de Beautrais et al. (1999) y Durant et al. (2006) encontraron alta desesperanza en sus supervivientes. Sin

embargo, la relación directa entre el dolor mental y la letalidad del intento es compleja, pues mientras Swahn y Potter (2001) y Levi-Belz et al. (2018) no hallaron diferencias significativas en depresión entre ISMG y otros intentos menos graves, lo que sugeriría que la psicopatología por sí sola no predice la letalidad médica, un estudio longitudinal más reciente de Szanto et al. (2020) sí identificó la depresión como un factor de riesgo para conductas suicidas fatales o casi fatales. (1,2)

Desde una perspectiva neurocientífica, el suicidio puede entenderse como una alteración en los procesos cerebrales que evalúan consecuencias, recompensas y alternativas. En los intentos impulsivos, se observa una tendencia a priorizar el alivio inmediato del malestar emocional, ignorando el impacto futuro. Esta conducta se relaciona con un fenómeno conocido como “alto descuento por demora”, donde la recompensa inmediata se valora más que los beneficios a largo plazo. Este patrón se ha vinculado con la impulsividad, la adicción, la dificultad para gestionar deudas y el deterioro en los circuitos de decisión que involucran los ganglios basales y la corteza prefrontal ventromedial (vmPFC). (21)

En cambio, los intentos planificados y de mayor letalidad suelen estar asociados a un patrón opuesto: una capacidad preservada o incluso aumentada para demorar recompensas, lo que se observa también en trastornos como el TOC o la anorexia restrictiva. Además, estas personas muestran un procesamiento más rígido, con poca flexibilidad para revisar sus decisiones ante nueva información. En ambos perfiles, el suicidio puede verse como resultado de un fallo en la forma en que el cerebro calcula el valor de las opciones, ya sea por exceso de reactividad emocional (impulsiva) o por control desadaptativo (planificada). (1,21)

#### 5.2.2.4. Posible relación Pandemia COVID-19 y riesgo suicida

Durante brotes virales emergentes como el de COVID-19, se ha discutido ampliamente su posible influencia en las conductas suicidas. Aunque estudios previos a la pandemia apuntan a efectos generalmente limitados y variables sobre las tasas de suicidio, ciertos momentos críticos sí se han vinculado a aumentos modestos, especialmente entre adultos mayores. (8,9)

La pandemia de COVID-19 ha generado múltiples factores de riesgo que podrían intensificar las conductas suicidas, desde el aislamiento social y la incertidumbre hasta la crisis económica y las consecuencias biológicas de la infección. El confinamiento ha aumentado la desconexión social, la soledad, el estigma y la violencia doméstica, especialmente en poblaciones ya vulnerables como personas mayores, jóvenes en situación precaria, pacientes psiquiátricos y profesionales sanitarios. Además, se han observado alteraciones en el acceso a la atención en salud mental, junto con un aumento del consumo de alcohol y una posible implicación de mecanismos neurobiológicos e inflamatorios en la vulnerabilidad suicida. La teoría del estrés-diátesis y las observaciones durante brotes anteriores, como el del SARS, refuerzan la preocupación por un posible aumento del riesgo suicida tanto a corto como a largo plazo. (8)

Durante la pandemia de COVID-19, se observaron incrementos importantes en síntomas depresivos, ansiedad e ideación suicida, sobre todo entre jóvenes, cuidadores informales y trabajadores esenciales. En EE. UU., un 10.7% de los adultos reportó haber considerado seriamente el suicidio en el último mes de 2020, cifra que ascendía al 25.5% entre jóvenes de 18 a 24 años (Czeisler et al., 2020). (9)

El impacto en adolescentes fue particularmente preocupante. Más del 37% de los estudiantes de secundaria en EE. UU. reportó mala salud mental durante la pandemia, y casi el 20% pensó seriamente en suicidarse (CDC, 2022). En Australia, las llamadas de adolescentes por pensamientos suicidas se dispararon un 184% durante los confinamientos más estrictos. A esto se sumó una caída del 30–40% en la atención en salud mental, en parte por miedo al contagio y por la reorganización hospitalaria, lo que se relacionó con un aumento de intentos de suicidio graves (Hawton et al., 2021). (9)

#### 5.2.2.5. Medidas de detección y abordaje

En contexto de los ISMG en centros penitenciarios, Marzano et al. abogan por el desarrollo de programas diseñados para la detección precoz de pacientes en riesgo de suicidio. Aunque no existe consenso acerca de qué evaluaciones o escalas se deben aplicar para llevarlo a cabo, se propone en la revisión realizar una historia que incluya: antecedentes psiquiátricos, intentos de suicidio previos, grado de desesperanza, antecedentes familiares de suicidio, el apoyo social y haber sufrido recientemente la muerte de un familiar. Resulta vital realizar una reevaluación siempre que se produzcan cambios circunstanciales en los reclusos. (5)

Choo et al. debido a su énfasis en la intencionalidad del intento por el fuerte incremento del riesgo de suicidio, propone no solo tener en cuenta la gravedad del intento, si no evaluar minuciosamente la intención de este, a través de distintas escalas. Diversos investigadores, como Goldney y Spence señalaron que los modelos predictivos basados en variables clínicas eran de baja fiabilidad para los intentos de suicidio. No existe consenso para un modelo preciso. (4)

En el proyecto de Choo et al. utilizaron un formulario de evaluación del riesgo suicida diseñado por psiquiatras y médicos de urgencias de un hospital de Singapur. En el formulario se evaluaban variables sociodemográficas, el grado de planificación, toma de precauciones, intentos de suicidio previos, presencia de factores de riesgo (vivir solo, desempleo, afrontamiento deficiente) y factores de protección (apoyo, estar a cargo de personas dependiente). En función del resultado se establecía el riesgo de suicidio a los intentos como: bajo, bajo-moderado, moderado-alto y alto. Este permitió e identificó los factores más importantes: la toma de precauciones para ocultar el intento y la planificación previa con una OR de 13,13 y 8,32 respectivamente.(4)

Para disminuir el riesgo individual la evidencia apoya concentrar esfuerzos en torno al tratamiento de los trastornos psiquiátricos, especialmente los trastornos depresivos, y los problemas psicosociales. Así como medidas generales para reducir la desesperanza y las conductas impulsivas. Destacar una atención integral debido a la multifactorialidad de los ISMG. (5) En los pacientes psiquiátricos el cumplimiento del tratamiento es la medida fundamental. (19)

En contexto de la situación sociosanitaria actual, organizaciones internacionales han subrayado la necesidad de reforzar las estrategias preventivas durante emergencias sanitarias. Estas incluyen garantizar el acceso a servicios de salud mental, incluso mediante telemedicina, ofrecer soporte económico a poblaciones vulnerables y promover redes comunitarias de apoyo. La conexión social y el acompañamiento familiar también se han identificado como factores protectores. (8,9)

Frente a estos desafíos, los autores proponen enfoques innovadores de prevención que incluyen el uso de tecnologías digitales como la evaluación ecológica momentánea, inteligencia artificial y plataformas de telemedicina para mejorar la detección y seguimiento de personas en riesgo. El protocolo Vigilans en Francia ha demostrado su valor como herramienta de vigilancia adaptada al contexto pandémico. (8)

## **6.DISCUSIÓN**

### 6.1. Resultados clave y análisis propio estudio

El presente estudio observacional permite contextualizar la situación epidemiológica y perfil de pacientes de los dos subgrupos de poblaciones que ingresan en la UHA del HCULB de Zaragoza durante enero de 2023 a diciembre de 2024.

Por un lado, en los pacientes que cometieron un ISMG existía leve predominio femenino, elevada tasa de desempleo o incapacidad laboral y elevada prevalencia entre los 36 y 60 años. Presentaban mayoritariamente diagnóstico psiquiátrico previo (84,38%), entre los más frecuentes se encontraban los trastornos depresivos (35%) y la comorbilidad psiquiátrica (31,25%). Adicionalmente, tenían antecedentes de atención en salud mental (75%) y eventos estresores recientes (68,75%), especialmente pérdidas afectivas. El método más común fue la sobreingesta medicamentosa (56,25%) y más de un tercio requirió ingreso en UCI o planta hospitalaria, reflejando la alta complejidad clínica y necesidad de cuidados intensivos.

Por otro lado, los pacientes que realizaron una SM que no cumplía criterios de Beautrais et al, mostraron predominio femenino, edad media de 46 años y alta exposición a eventos estresantes recientes (77,27%), con antecedentes psiquiátricos en el 91,91%. La impulsividad (77,27%) y la ideación suicida persistente (72,27%) fueron rasgos clínicos destacados. Pese a no requerir medidas diagnósticas y terapéuticas extensivas, se consideró conveniente el ingreso en la UHA para la estabilización anímica.

### 6.1.2. Resultados clave y comparación estudios previos

Para comprender la evolución del perfil del paciente ISMG, este proyecto se contextualiza mediante la comparación con los estudios previos de Malo et al. (2020-2022) y Celigueta et al. (2015-2019), ambos realizados a partir de en el HCULB de Zaragoza.

Existe una notable diferencia en el tamaño muestral entre los estudios al comparar los periodos de tiempo analizados. Específicamente, el proyecto de Celigueta et al. incluyó a 52 pacientes entre 2015 y 2019, mientras que el de Malo et al. abarcó 59 pacientes de 2020 a 2022. Nuestro estudio, por su parte, examinó a 32 pacientes entre 2023 y 2024.

Esta variación en el tamaño de la muestra podría atribuirse a varios factores. En primer lugar, es posible que se deba simplemente al azar. No obstante, también podría reflejar diferencias en la interpretación de los criterios de Beautrais et al. Además, esto podría respaldar la hipótesis de un aumento en la incidencia de ISGL en el contexto de la situación sociosanitaria actual, un aspecto que merece mayor investigación. (8,9,11,12)

El análisis de las variables sociodemográficas de los estudios observacionales descriptivos previos del HCULB arroja ciertos resultados similares y a su vez otros dispares.

Por un lado, destaca el rango de edad con mayor prevalencia de ISMG en ambos estudios es aquel comprendido entre los 30 y 60 años. Así como la ocupación laboral, alrededor de un 70% de pacientes en cada muestra se encuentra en situación de desempleo en el

momento del ingreso. Por último, un mayor porcentaje de pacientes en situación de convivencia que viviendo solos. La concordancia en la distribución de frecuencias respecto a la edad, ocupación laboral y situación de convivencia de los de los estudios previos es común al estudio actual. Es cierto que el porcentaje de desempleo en este proyecto es del 46,88%, lo cual es considerablemente menor, quizás pueda atribuirse a la subcategoría de población inactiva que probablemente en los otros proyectos se incluían dentro del grupo de población desempleada. El porcentaje de pacientes que cohabitan, 71,9%, coincide prácticamente con el de Malo et al., superior respecto al de Celigueta et al. Por otro lado, existen diferencias en el sexo de los pacientes, existiendo una mayor porcentaje de hombres en el proyecto de Celigueta et al. mientras que en el de Malo et al. no hay preponderancia de ningún sexo. La disparidad también se manifiesta en el estado civil de ambas muestras. (1,2,11,12)

En cuanto a las variables clínicas y psicopatológicas, se observa una notable coincidencia en varios hallazgos entre los proyectos previos. Específicamente, apenas existen diferencias en el porcentaje de pacientes con antecedente de intento de suicidio. De manera similar, aproximadamente el 65% de los pacientes en ambos estudios había recibido asistencia psiquiátrica con anterioridad. Además, el no consumo de sustancias se presenta como una característica predominante en ambas muestras, con un 65,4% en el trabajo de Celigueta et al. y un 62,71% en el de Malo et al. La única divergencia significativa radica en la problemática social: mientras que en el estudio de Malo et al. un 77,97% de los pacientes no presentaba esta dificultad, en el de Celigueta et al. el 63,7% sí la tenía. Nuestro proyecto indica una cierta preponderancia a tener problemática social, aunque a su vez se observa una ligera superioridad global a contar con una buena red de apoyo social. (1,4,11,12)

Al comparar con los resultados de nuestro estudio, la presencia de factores precipitantes es algo constante en los ISMG del HCULB, con una varianza de un 4%. Sin embargo, en los estudios previos no se especifica el tipo de estresor. En cuanto a los antecedentes de intento de suicidio, la muestra de nuestro estudio presenta que el 50% había realizado al menos un intento. Este hallazgo se alinea con los resultados previos.

Respecto a la historia de asistencia psiquiátrica, nuestro estudio reporta que el 75% de los pacientes que cometieron un ISMG había recibido algún tipo de asistencia, principalmente seguimiento ambulatorio, y un considerable porcentaje había ingresado previamente en unidades de psiquiatría. Este dato es coincidente y ligeramente superior al aproximadamente 65% reportado en los estudios de Celigueta et al. y Malo et al. En lo relativo al consumo de tóxicos, también existe predominancia de pacientes que no tenían antecedente de consumo de sustancias, aunque en el presente el porcentaje es ligeramente inferior a los previos (54,55%). (11,12)

El diagnóstico psiquiátrico principal en los dos estudios precedentes fue el episodio depresivo mayor, con un 30,8% en el más antiguo y un 55,93% en el posterior. Destaca la elevada prevalencia de trastornos de personalidad en el estudio de Malo et al., donde representó un 49% de los diagnósticos. Es importante señalar que se desconoce si en este último se consideró exclusivamente un diagnóstico principal o se incluyeron todos los diagnósticos psiquiátricos, lo que podría explicar esta marcada diferencia. Asimismo, se observan discrepancias en el segundo diagnóstico más frecuente: esquizofrenia paranoide (15,4%) en el estudio de Celigueta et al., en contraste con el trastorno adaptativo (10,16%) en el de Malo et al. En cuanto a los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico previo, la

proporción varió significativamente: sólo un 7,7% en la muestra de Celigueta et al. frente a un 18,64% en la de Malo et al. Estas diferencias podrían corresponder a variaciones en las características clínicas de las poblaciones estudiadas o en los criterios diagnósticos aplicados. (1,11,12)

En estudio actual también sitúa a los trastornos depresivos (incluyendo episodios depresivos mayores y trastornos depresivos persistentes o distimias) como la categoría principal, abarcando un 35% del total de la muestra. Este porcentaje se sitúa en un punto intermedio entre el 30,8% del estudio más antiguo y el 55,93% del estudio posterior, lo que sugiere una consistencia en la prevalencia de la patología depresiva. Los trastornos adaptativos son el segundo diagnóstico más frecuente en nuestra muestra, con un 21,88%. Este dato contrasta con el 10,16% de los trastornos adaptativos en el estudio de Malo et al., y la prevalencia de esquizofrenia paranoide (15,4%) en el de Celigueta et al.

Cabe mencionar que en el presente estudio solo se consideró un diagnóstico principal para el cálculo de distribución de frecuencias, lo cual puede haber conllevado a infra o sobreestimación de alguna patología. A pesar de esto, sí que se tuvo en cuenta el porcentaje de pacientes que tenían comorbilidad psiquiátrica, el 31,25%.

Otro aspecto relevante del presente estudio es la considerable proporción de sujetos sin un diagnóstico psiquiátrico previo, reflejan una ausencia de patología mental establecida, conformando un 15,16% de la muestra. Este porcentaje se sitúa entre el 7,7% de Celigueta et al. y el 18,64% de Malo et al.

Respecto a los factores relacionados con la tentativa, el método empleado predilecto es la sobreingesta medicamentosa rondando el 60% del total de los intentos en los 3 estudios. Es llamativo que en los proyectos precedentes el segundo en frecuencia es el intento con arma blanca, método no utilizado por ningún paciente en este estudio. El carácter del intento fue predominantemente impulsivo en los 3, aunque destaca el elevado porcentaje de planificados en el de Malo et al. (11,12)

El hecho de haber obtenido resultados muy similares en ciertas variables de los 3 estudios realizados en el HCULB durante periodos distintos podría llevar a la conclusión que existen factores de riesgo (desempleo, edades medias de la vida, intentos de suicidio previo) y factores protectores. Sin embargo, al tratarse de estudios descriptivos, sin grupo control, con muestras y periodos de tiempo reducido resulta imposible determinar si estos hallazgos son estadísticamente significativos o simplemente aleatorios. Es imprescindible realizar estudios analíticos, prospectivos, con muestras mayores, que permitan tanto establecer asociación estadísticamente significativa entre las distintas variables a estudio y poder así determinar los factores protectores y de riesgo.

## 6.2. Limitaciones y Fortalezas

Este estudio tiene varias fortalezas que vale la pena mencionar. En primer lugar, es el tercer trabajo consecutivo en el HCULB centrado en los pacientes que han tenido un ISMG, lo que permite ver cómo han cambiado sus características clínicas, sociales y de atención a lo largo del tiempo, especialmente comparando antes y después de la pandemia por COVID-19.

También destaca por haber combinado un análisis de datos reales de pacientes con una revisión de la literatura científica, lo que aporta más profundidad a la interpretación de los resultados.

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentra su diseño, ya que es observacional, retrospectivo y descriptivo, sin grupo de comparación ni análisis estadísticos que permitan establecer relaciones causales. A esto se suma que, al basarse en historias clínicas, algunas variables no estaban completas o no se recogieron de forma uniforme, como por ejemplo la impulsividad o la posibilidad de rescate. Tampoco se usaron escalas validadas para evaluar aspectos clave como la ideación suicida o la gravedad del intento, lo que puede haber afectado la precisión de algunos datos. Además, el tamaño de la muestra es reducido y se limita a un solo hospital.

A pesar de estas limitaciones, el estudio cumple con su objetivo principal de describir cómo son actualmente los pacientes con ISMG atendidos en el HCULB, y ofrece una base sólida para futuras investigaciones más complejas, así como para mejorar la planificación de estrategias de prevención del suicidio desde el ámbito clínico.

## **7. CONCLUSIONES**

Este estudio ha permitido describir el perfil clínico y sociodemográfico de las personas que realizaron un ISMG en el HCULB durante los años 2023 y 2024. En general, se trata de pacientes en edades medias (entre 36 y 60 años), con mayoría de mujeres, en situaciones laborales desfavorables como el desempleo o la incapacidad. Además, es común que presenten antecedentes psiquiátricos, especialmente trastornos depresivos o adaptativos, así como contacto previo con servicios de salud mental y experiencias recientes de estrés. El método más utilizado fue la sobreingesta de medicamentos, y más de un tercio de los casos requirió ingreso en unidades hospitalarias de alta complejidad, como la UCI o planta, lo que evidencia la alta demanda de atención que implican estos pacientes.

Así como el de SM,

En comparación con estudios anteriores realizados en el mismo hospital (Celigueta et al., 2015–2019; Malo et al., 2020–2022), se mantienen constantes aspectos como el rango de edad, el carácter impulsivo de los intentos y la relevancia de los trastornos depresivos. No obstante, se observa un aumento de casos sin diagnóstico psiquiátrico previo y una menor presencia de consumo de sustancias, lo que podría reflejar cambios en los factores sociales o en cómo se manifiestan los síntomas clínicos tras la pandemia. También se destacan como elementos importantes la planificación del intento y la persistencia de la ideación suicida.

Este trabajo actualiza el conocimiento sobre el perfil asistencial de los ISMG en un contexto social y sanitario en transformación, y aporta información útil para reforzar las estrategias de prevención y seguimiento. Los hallazgos pueden servir de base para mejorar la detección precoz, garantizar la continuidad de la atención y ofrecer una intervención más integral. Además, se subraya la importancia de futuros estudios con muestras más amplias y diseños más analíticos que permitan identificar factores de riesgo más específicos y desarrollar modelos predictivos aplicables en la práctica clínica.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gvion, Y., & Levi-Belz, Y. (2018). Serious Suicide Attempts: Systematic Review of Psychological Risk Factors. *Frontiers in psychiatry*, 9, 56. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00056>
2. Levi-Belz Y, Gvion Y, Apter A. The Serious Suicide Attempts Approach for Understanding Suicide: Review of the Psychological Evidence. *Omega (Westport)*. 2022;86(2):591-608. doi:10.1177/0030222820981235
3. Instituto Nacional de Estadística. INEbase: Clasificaciones: Encuestas de Población Activa: Tablas [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; [citado 21 May 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=12118&capsel=12119>
4. Choo, C. C., Harris, K. M., Chew, P. K. H., & Ho, R. C. (2019). Clinical assessment of suicide risk and suicide attempters' self-reported suicide intent: A cross sectional study. *PloS one*, 14(7), e0217613. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217613>
5. Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., Smith, E. N., Piper, M., & Fazel, S. (2016). Prevention of Suicidal Behavior in Prisons. *Crisis*, 37(5), 323–334. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000394>
6. Vancayseele, N., Rotsaert, I., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2019). Medication used in intentional drug overdose in Flanders 2008-2013. *PloS one*, 14(5), e0216317. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216317>
7. Conejero, I., Berrouiguet, S., Ducasse, D., Leboyer, M., Jardon, V., Olié, E., & Courtet, P. (2020). Azarbakhsh H, Moftakhar L, Amiri S, Mirahmadizadeh A. Epidemiology of suicide by medication overdose: A population-based study 2011-2019. *Arch Med Res [Internet]*. 2022;53(3):304–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcmed.2021.10.006> de COVID-19 et prise en charge des conduites suicidaires : challenge et perspectives [Suicidal behavior in light of COVID-19 outbreak: Clinical challenges and treatment perspectives]. *L'Encephale*, 46(3S), S66–S72. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.001>
8. Ocón Alba AR, Aguilera del Corral JL, Badía Gómez MC. Intentos de autolisis mediante intoxicación medicamentosa. En: Molero Jurado MM, Pérez Fuentes MC, Gázquez Linares JJ, Barragán Martín AB, Martos Martínez Á, Simón Márquez MM, coordinadores. *Acercamiento multidisciplinar a la salud: Volumen II. 1ª ed. España: [Editorial no especificada]; 2017. p. 303-308*
9. Conejero I, Berrouiguet S, Ducasse D, Leboyer M, Jardon V, Olié E, et al. Épidémie de COVID-19 et prise en charge des conduites suicidaires : challenge et perspectives. *Encephale [Internet]*. 2020;46(3S):S66–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.001>
10. Leane E, Samuel M, Oh H, Poulet E, Brunelin J. Suicidal behaviors and ideation during emerging viral disease outbreaks before the COVID-19 pandemic: A systematic rapid review. *Prev Med [Internet]*. 2020;141(106264):106264. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106264>
11. Celigueta Caso M. Perfil clínico-evolutivo de pacientes ingresados en Unidad de Hospitalización por haber presentado intentos de suicidio de alta letalidad [Trabajo Fin de Grado]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2020 Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/111364>
12. Malo Navarro E. Perfil de complejidad asistencial de los pacientes ingresados en Unidad de Hospitalización de Adultos debido a Intentos de Suicidio Medicamente Graves [Trabajo Fin de Grado]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2024

13. von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., & STROBE Initiative (2008). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Journal of clinical epidemiology*, 61(4), 344–349. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
14. Vandenbroucke, J. P., von Elm, E., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Mulrow, C. D., Pocock, S. J., Poole, C., Schlesselman, J. J., Egger, M., & STROBE Initiative (2007). Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *PLoS medicine*, 4(10), e297. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040297>
15. The jamovi project. jamovi (Version 2.6) [Computer software]. 2024 [citado 2025 may 25]. Disponible en: <https://www.jamovi.org>
16. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing (Version 4.4) [Computer software]. 2024 [citado 2025 may 25]. Disponible en: <https://cran.r-project.org>
17. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [Internet]. 2013. Available from: [www.appi.org](http://www.appi.org)
18. Quesada-Franco, M., Braquehais, M.D., Valero, S., et al. A comparison of medically serious suicide attempters admitted to intensive care units versus other medically serious suicide attempters. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado en: mayo 2024]; 22:805. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04427-8> A comparison of medically serious suicide attempters admitted to intensive care units versus other medically serious suicide attempters | BMC Psychiatry | Full Text (biomedcentral.com)
19. Sher L, Kahn RS. Suicide in schizophrenia: An educational overview. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2019;55(7):361. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/medicina55070361>
20. Arredondo Almazo RA. Perfil clínico-epidemiológico y evaluación clínica del riesgo de suicidio de pacientes con intoxicaciones agudas atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2017. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=202252>
21. Dombrovski AY, Hallquist MN. The decision neuroscience perspective on suicidal behavior: evidence and hypotheses. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2017;30(1):7–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000297>