



Revista de la Asociación Española de  
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría  
España

Lozano Serrano, Carolina; Huertas Patón, Abigail; Martínez Pastor, Carlos Jeremías; Ezquiaga Terrazas, Elena; García-Camba de la Muela, Eduardo; Rodríguez Salvanés, Francisco José  
Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas  
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, núm. 91, julio-septiembre, 2004, pp. 11-22  
Asociación Española de Neuropsiquiatría  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019659002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Carolina Lozano Serrano, Abigail Huertas Patón, Carlos Jeremías Martínez Pastor, Elena Ezquiaga Terrazas, Eduardo García-Camba de la Muela, Francisco José Rodríguez Salvanés

## ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL PARASUICIDIO EN LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS<sup>(\*)</sup>

DESCRIPTIVE ANALYSIS OF PARASUICIDE IN THE PSYCHIATRIC EMERGENCIES

### ■ RESUMEN

El parasuicidio supone un importante problema de salud pública, tanto por su elevada incidencia como por las importantes consecuencias a nivel médico y social. La forma habitual de abordar este problema es a través del estudio de las características del paciente parasuicida y del intento de suicidio. Nuestro estudio se compone de una muestra de 184 pacientes atendidos por parasuicidio. Se han valorado características sociodemográficas, clínicas y psicosociales del paciente, así como las características del parasuicidio, sus repercusiones médicas y el grado de intencionalidad suicida. El perfil del paciente fue el de una mujer soltera, de 36·7 años de media, que convive con otras personas y está en paro. Más de la mitad de la muestra estaba ya en tratamiento psiquiátrico, siendo el diagnóstico más frecuente el de trastorno de personalidad. El método más usado fue el de ingestión de psicofármacos, benzodiacepinas y antidepresivos fundamentalmente. El 20% requirió ingreso hospitalario y el 50% fue derivado al Centro de Salud Mental para seguimiento. Respecto a la intencionalidad, se hallaron 2 subgrupos con diferentes frecuencia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

*Palabras clave:* Parasuicidio, intencionalidad suicida, perfil sociodemográfico y perfil clínico.

### ■ SUMMARY

The parasuicide is an important public health problem because of its high frequency and its medical and social consequences. The patient's clinical features and the suicide attempt's characteristics are the most important clinical topics on studying this problem. We studied 184 patients who committed parasuicide. Sociodemographic, clinical and psychosocial patient's features, parasuicide's characteristics, medical consequences and suicide intentionality were analyzed. The typical patient's profile was age 36·7, single, unemployed and not living alone woman. 54% of the sample was already receiving psychiatric attention. The most usual diagnose was personality disorder. The most usual method was ingestion of psychotropic drugs. 20% of the sample required hospital admission, and 50% was referred to his Mental Health Center. According to suicide intentionality two groups resulted. These two groups presented differences on frequency, prognosis, diagnosis and treatment. The foregoing are just some of the findings presented in this article.

*Key Words:* Parasuicide, suicide intentionality, sociodemographic profile. Clinical profile.

<sup>(\*)</sup> Este trabajo está incluido dentro de un proyecto más amplio de investigación del parasuicidio y está realizado con la ayuda de investigación FIS nº P 1020868.

## ■ INTRODUCCIÓN

Las conductas suicidas, tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados, constituyen un importante problema de salud pública debido a su elevada incidencia y a las múltiples consecuencias médicas y sociales que conllevan (1).

Pese al acuerdo existente en torno a la definición de suicidio (cualquier acto mortal de autolesión con intención autodestructiva más o menos consciente, aunque ésta sea vaga o ambigua (2), hay sin embargo toda una serie de conductas emparentadas sin desenlace mortal en las que existe un grado muy variable de intencionalidad suicida. En un primer momento los intentos de suicidio se consideraban meramente como intentos fallidos, sin embargo muchas veces dichos «intentos» no están dirigidos a quitarse la vida. Por este motivo se introdujo el término autolesión, que se refería al comportamiento sin aludir a las motivaciones (3). Pero este concepto era insuficiente, era necesario otro concepto que diera cuenta de la frecuente relación que aparecía en muchos pacientes entre intentos de suicidio previos a un suicidio consumado, pues todo apuntaba claramente a la intencionalidad mortal de los intentos previos. Por ello en 1969 Kreitman (4) introdujo el término parasuicidio para referirse a todas aquellas conductas suicidas que no tenían un desenlace fatal, con independencia del grado de letalidad de las mismas. Obviamente se trata de un concepto amplio que abarca desde conductas autolesivas de baja intencionalidad suicida, hasta conductas de alta letalidad que por cualquier motivo no han tenido un desenlace fatal (lo que tradicionalmente se ha descrito como suicidio frustrado). Es importante señalar que algunos autores utilizan el término intento de suicidio y parasuicidio indistintamente, esto es, como sinónimos (5,6). En este trabajo utilizaremos el término parasuicidio y nos atendremos a la definición de Kreitman en aras de la claridad.

Cada año muere más de un millón de personas por suicidio, representando el 1-2% de la mortalidad global (7). Actualmente se sitúa entre las 10 primeras causas de muerte en todos los países del mundo y entre las 3 primeras causas en la población de 15-34 años (8,9). En España se estima que la tasa de suicidio consumado es de 12/100.000 habitantes/año (10). Frente a estos datos, el parasuicidio en cambio no está tan bien estudiado, no existiendo datos fiables sobre sus dimensiones (1,7,11). Aún así, se estima que su frecuencia es hasta 40 veces mayor que la de los suicidios consumados y que su prevalencia a lo largo de la vida es del 3% en mujeres y del 2% en hombres (12). Existen además datos que confirman que el parasuicidio es el más poderoso predictor del suicidio consumado (13-16). Se estima que el 40% de las personas que se suicidan lo había intentado previamente (17). Conocer el perfil tanto del paciente como del episodio parasuicida es el primer paso para desarrollar un programa de prevención eficaz de las conductas autolíticas, pues favorece la identificación temprana de las personas en riesgo y mejora la intervención (8,18-20).

Existen en la literatura numerosos estudios (12, 21-26) que revisan las caracte-

rísticas sociodemográficas y psicosociales del paciente parasuicida, las tasas de repetición, los métodos utilizados, los factores precipitantes y la patología psiquiátrica subyacente. Nuestro trabajo pretende revisar estas variables, y además estudiar el grado de intencionalidad suicida del paciente y las repercusiones médicas que este acto conlleva, datos novedosos, difíciles de hallar en la literatura actual existente sobre el parasuicidio.

La descripción de las características sociodemográficas, clínicas y psicosociales del paciente parasuicida, las características del parasuicidio, así como el grado de intencionalidad suicida del mismo y sus repercusiones médicas es el objetivo del presente estudio.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal con un reclutamiento en dos periodos. El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Princesa, perteneciente al área sanitaria 2 de Madrid. Dicho hospital cubre la asistencia sanitaria de un área de alrededor de 500.000 habitantes, dentro de la red sanitaria pública y se encuentra ubicado dentro del núcleo urbano de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Fueron criterios de inclusión en el estudio el ser mayor de 16 años, y haber llegado a la urgencia tras realizar un acto suicida sin desenlace fatal, independientemente de su grado de letalidad (parasuicidio).

El reclutamiento se realizó en dos periodos y con dos métodos distintos. El primer periodo de reclutamiento comprendió los meses de Marzo a Octubre de 2001. Durante el primer periodo se recogieron diariamente todos los pacientes atendidos por parasuicidio. En el segundo periodo, que se puso en marcha para evitar el posible efecto de la estacionalidad, de noviembre de 2001 a febrero de 2002, se recogieron los pacientes en la mitad de los días de forma aleatoria.

Se reclutaron un total de 184 pacientes sobre un total de 1252 pacientes atendidos en las urgencias de psiquiatría. Los pacientes incluidos en el estudio fueron valorados inicialmente por un médico del Servicio de Urgencias que determinó cuál debía ser la asistencia prioritaria, si debían ser asistidos por el equipo médico o quirúrgico antes de la valoración psiquiátrica. Todos fueron valorados por el psiquiatra de guardia en las 72 horas siguientes al parasuicidio, o cuando la mejoría de su nivel de conciencia lo permitió. Dicha valoración incluía una entrevista clínica psiquiátrica y la recogida protocolizada de datos descriptivos del perfil sociodemográfico y clínico del paciente, incluyendo diagnóstico psiquiátrico (CIE 10), factores estresantes psicosociales según códigos Z de la CIE 10, Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) durante los seis meses previos y antecedentes personales y familiares. Las características del parasuicidio incluían, además del método utiliza-

do, el grado de intencionalidad suicida cuantificado mediante la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck, y el tipo de asistencia médica que requirió en urgencias.

La Escala de Intencionalidad Suicida de Beck se compone de 20 ítems, agrupados en 3 bloques; el primero recoge información sobre las circunstancias objetivas del intento suicida, el segundo recoge datos acerca de las intenciones y expectativas del sujeto hacia su conducta suicida, y el tercero, datos adicionales acerca de la reacción frente al intento, número de intentos previos y consumo de tóxicos relacionados. Cada uno de los ítems tiene 3 posibles respuestas puntuadas de 0 a 2, de modo que el cero es el valor menos relacionado y el dos es el más relacionado con la alta intencionalidad suicida.

También se registró el servicio de intervención principal en la urgencia, si era necesario o no el ingreso hospitalario y su duración, y el tipo de derivación que se realizó tras el alta, indicando si se derivaba al Médico de Atención Primaria o al Centro de Salud Mental.

Para el estudio descriptivo de la muestra se llevó a cabo un cálculo de proporciones con sus correspondientes intervalos de confianza en el caso de las variables cualitativas y cálculo de la media, mediana, desviación estándar y rango de las variables cuantitativas. Además se calculó la frecuencia de las urgencias por parasuicidio respecto del total de urgencias de psiquiatría. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, v.9.0, y el programa Epiinfo v.6.04.

## ■ RESULTADOS

La frecuencia de los episodios de parasuicidio atendidos en el Hospital de la Princesa respecto el número total de urgencias médico-quirúrgicas fue del 0.25% [0.08-0.6] y del número total de las urgencias psiquiátricas del 14.7% [10.0-20.8] (sobre un total de 1252 pacientes atendidos).

Llama la atención entre los resultados reflejados en la tabla I que el 64% [56.6-70.9] eran mujeres, la mitad estaban solteros, la edad media era de 36.7 años y casi la totalidad de la muestra tenía algún tipo de formación académica. Más de la mitad vivía con la familia extensa o de origen. En cuanto a la situación laboral, más de la mitad de la muestra no estaba en activo en ese momento. Respecto al funcionamiento global de los pacientes, el EEAG medio fue de 69.72 (DS: 43.80-85.64). Tan sólo en 17 casos se encontró patología médica grave invalidante.

TABLA I: DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

| VARIABLE                        |                              | MEDIANA           | D.S.        |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------|-------------|
| EDAD                            |                              | 36.7              | 22.5-41     |
| EEAG                            |                              | 69.72             | 43.80-85.64 |
| VARIABLE                        |                              | PORCENTAJE (IC)   | FRECUENCIA  |
| SEXO                            | Hombre                       | 35.9% [29.0-43.3] | 66          |
|                                 | Mujer                        | 64.1% [56.6-70.9] | 118         |
| ESTADO CIVIL                    | Soltero                      | 50% [42.5-57.4]   | 92          |
|                                 | Casado                       | 26.1% [20.0-33.1] | 48          |
|                                 | Separado /divorciado         | 19% [13.7-25.5]   | 35          |
|                                 | Viudo                        | 3.8% [3.10-4.54]  | 7           |
|                                 | Desconocido                  | 1.1% [0.7-1.6]    | 2           |
| CONVIVENCIA                     | Solo                         | 14.1% [9.5-20.1]  | 26          |
|                                 | Con pareja y /o hijos        | 33.1% [26.4-40.4] | 61          |
|                                 | Con sus padres               | 28.3% [20.0-35.4] | 52          |
|                                 | Otra situación               | 22.4% [16.7-29.2] | 42          |
|                                 | Desconocida                  | 1.6% [1.11-2.22]  | 3           |
| TRABAJO                         | Activos laboralmente         | 39.7% [32.6-47.1] | 73          |
|                                 | Desempleados                 | 24.5% [18.6-31.4] | 45          |
|                                 | Baja /incapacidad            | 10.9% [6.9-16.5]  | 20          |
|                                 | Estudiando                   | 9.2% [8.6-9.5]    | 17          |
|                                 | Jubilado/ otra situación     | 15.7% [10.9-21.9] | 29          |
| ESCOLARIDAD                     | Sin escolaridad              | 0.5% [0.24-0.95]  | 1           |
|                                 | E.obligatoria /E.parcial /FP | 78.3% [71.5-83.3] | 143         |
|                                 | E. Superiores                | 18.5% [13.3-25.5] | 35          |
|                                 | Desconocido                  | 2.7% [2.8-3.4]    | 5           |
| PATOLOGÍA ORGÁNICA              | SI                           | 9.2% [8.6-9.5]    | 17          |
|                                 | NO                           | 90.8% [85.4-94.3] | 167         |
| NÚMERO DE INTENTOS PREVIOS      | Uno o dos                    | 36.4% [29.5-43.8] | 67          |
|                                 | Tres o más                   | 16.3% [11.4-22.6] | 30          |
|                                 | Ninguno                      | 47.3% [39.9-54.7] | 87          |
| CÓDIGO Z                        | SI                           | 45.7% [38.3-53.1] | 84          |
|                                 | NO                           | 54.3% [46.8-61.6] | 100         |
| TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO PREVIO | SI                           | 54% [46.5-61.3]   | 103         |
|                                 | NO                           | 46% [38.7-53.4]   | 81          |
| DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO        | SI                           | 86.8% [80.8-91.1] | 125         |
|                                 | NO                           | 13.2% [8.8-19.1]  | 65          |
| TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO ACTUAL | Sin tratamiento              | 44% [36.7-51.4]   | 81          |
|                                 | Consultas del área           | 37.5% [30.5-44.9] | 69          |
|                                 | Consulta privada             | 13% [8.6-18.9]    | 24          |
|                                 | Otros                        | 6% [5.25-6.70]    | 10          |
| DERIVACIÓN TRAS EL ALTA         | Ninguna                      | 2.2% [1.63-2.8]   | 4           |
|                                 | Hospitalización              | 20.7% [15.2-27.4] | 38          |
|                                 | Institución                  | 4.3% [3.57-5.04]  | 8           |
|                                 | CSM                          | 54.9% [47.4-62.1] | 101         |
|                                 | MAP y otros                  | 18% [12.8-24.4]   | 33          |

En los seis meses previos habían sido atendidos por un profesional de la salud mental el 54% [46.5-61.3] de los pacientes. Tras su visita a la urgencia se les asignó algún diagnóstico psiquiátrico al 86.8% de la muestra, siendo el diagnóstico más frecuente el de trastorno de la personalidad (tabla II).

TABLA II: DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

| DIAGNÓSTICO                 | FRECUENCIA | PORCENTAJE (IC)    |
|-----------------------------|------------|--------------------|
| TRASTORNO DE PERSONALIDAD   | 56         | 30.4% [23.9-37.6]  |
| TRASTORNO DEL HUMOR         | 24         | 13% [ 8.6-18.9]    |
| CONSUMO DE PSICOTROPOS      | 22         | 12% [7.8-17.7]     |
| TRASTORNO PSICOTICO         | 21         | 11.4% [7.3-17.1]   |
| TRASTORNO NEURÓTICO         | 18         | 9.8% [9.4-9.93]    |
| CONSUMO DE ALCOHOL          | 12         | 6.5% [ 5.75-7.17]  |
| TR. CONDUCTA ALIMENTARIA    | 5          | 2.7% [2.08-3.41]   |
| TRASTORNO ORGÁNICO          | 4          | 2.2% [1.63-2.88]   |
| RETRASO MENTAL              | 3          | 1.6% [1.1-2.2]     |
| NO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO | 35         | 20.6 % [15.2-27.4] |

En 84 pacientes se detectaron uno o más factores estresantes relacionados con el episodio parasuicida. La mayor parte de ellos presentaba problemas con el grupo de apoyo, incluídas las circunstancias familiares, 22.3% [16.6-29.1]. Los siguientes en frecuencia eran los problemas relacionados con dificultades con el empleo, 5.4% [4.65-6.13], y el ambiente social, 15.8% [11-22]. El resto presentaba problemas relacionados con la vivienda y economía, 2.7% [2.08-3.41], enfermedades somáticas, 2.2% [1.63-2.88], el estilo de vida, 1.6% [1.11-2.22] y con la educación, 1.1% [0.70-1.66].

Más de la mitad de los pacientes había realizado anteriormente tentativas autolíticas.

Las características del episodio parasuicida se recogen en la tabla III. Destaca que el método más utilizado con diferencia fue el uso de psicofármacos y en especial las benzodiacepinas. El servicio de atención principal en la urgencia fue el equipo médico general, siendo el 10% [6.2-15.5] los que fueron atendidos directamente por el psiquiatra. Un 8.8% [8.22-9.21] precisó atención en la UCI.

La puntuación media en la escala de Beck fue de 7.7 (IC 6.9-8.6), estando el rango posible entre 0 y 30 puntos (Figura 1).

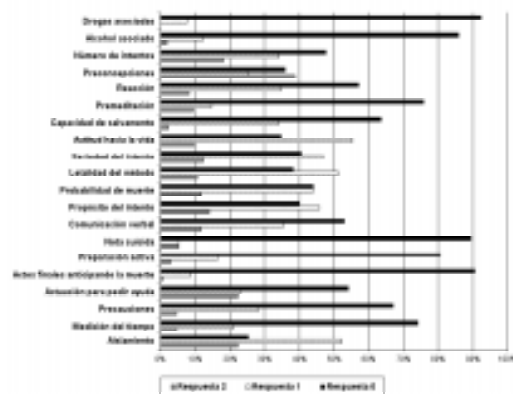
El 20 % precisó ingreso hospitalario, con una duración media de 5.6 días (DS 3.14) y el 50% fue derivado al Centro de Salud Mental para seguimiento psiquiátrico posterior.

TABLA III : DESCRIPCIÓN DEL PARASUICIDIO

| VARIABLE                       |                       | PORCENTAJE (IC)   | FRECUENCIA |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------|------------|
| MÉTODO UTILIZADO               | Fármacos              | 70.7% [73.4-77.0] | 130        |
|                                | Fármacos y alcohol    | 10.3% [6.4-15.8]  | 19         |
|                                | Drogas                | 2.7% [2.08-3.41]  | 5          |
|                                | Arma blanca           | 4.3% [3.57-5.04]  | 8          |
|                                | Defenestración        | 3.3% [2.63-4.03]  | 6          |
|                                | Otros                 | 2.7% [2.6-3.41]   | 5          |
|                                | Múltiple              | 5.4% [4.6-6.13]   | 10         |
| FÁRMACOS UTILIZADOS            | Neuroléptico          | 6.5% [5.75-7.17]  | 12         |
|                                | Antidepresivos        | 15.8% [11.0-22.0] | 29         |
|                                | Benzodicepinas        | 59.7% [52.2-66.7] | 110        |
|                                | Estabilizadores humor | 3.2% [2.54-3.93]  | 6          |
|                                | Otros fármacos        | 26.1% [20.0-33.1] | 48         |
|                                | Desconocido           | 0.5% [0.24-0.95]  | 1          |
|                                |                       |                   |            |
| NIVEL DE CONCIENCIA            | Alerta                | 39.7% [32.6-47.1] | 73         |
|                                | Somnoliento           | 38.6% [31.6-46.0] | 71         |
|                                | Confuso               | 12% [7.8-17.7]    | 22         |
|                                | Inconsciente          | 9.8% [9.94-9.93]  | 18         |
| SERVICIO PRINCIPAL DE ATENCIÓN | Quirúrgico            | 20.1% [14.7-26.7] | 37         |
|                                | Médico                | 63.0% [55.5-69.9] | 116        |
|                                | Psiquiatría           | 9.2% [86.8-95.3]  | 17         |
|                                | UCI                   | 7.6% [6.9-8.18]   | 14         |

n = 184

FIGURA 1: ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK.



- Respuesta 0: Se refiere a los pacientes que puntúan 0 en esa pregunta.
- Respuesta 1: Se refiere a los pacientes que puntúan 1 en esa pregunta.
- Respuesta 2: Se refiere a los pacientes que puntúan 2 en esa pregunta.



## ■ DISCUSIÓN

En primer lugar, destaca en nuestro estudio la elevada proporción de consultas por parasuicidio respecto a la totalidad de las urgencias psiquiátricas, lo que concuerda con estudios anteriores y con su apreciación del mismo como un importante problema de salud pública (13).

En cuanto al perfil sociodemográfico, el paciente tipo resultó ser una mujer, soltera, de edad media, que vive acompañada (con su pareja o en familia), con estudios básicos o inacabados y laboralmente inactiva. Estos resultados concuerdan con otros estudios realizados tanto en nuestro ámbito (27) como fuera de nuestro país (28-30).

Existía algún factor de estrés psicosocial en los meses previos en un número elevado de casos, siendo los más relacionados en nuestro estudio los conflictos interpersonales, la problemática de pareja, los conflictos económicos y los legales. Concuerdan estos datos con lo admitido en la literatura especializada que reconoce las dificultades económicas y las dificultades en las relaciones sociales y familiares como factores de vulnerabilidad (29).

Más de la mitad de los pacientes atendidos estaban ya en tratamiento psiquiátrico previamente a la asistencia y un alto porcentaje había realizado otros intentos autolíticos previos. Excepto el retraso mental y la demencia, todos los trastornos mentales conllevan un riesgo aumentado de suicidio (13). El mayor riesgo de suicidio está en el intento de suicidio previo, que supone 40 veces más riesgo que la población general. Se ha señalado que si bien la frecuencia de trastornos psiquiátricos entre las personas que realizan un primer episodio parasuicida es muy baja, cuando hablamos de los repetidores la prevalencia de patología mental aumenta (31). Otros autores inciden en que aunque menor que en el paciente suicida, la prevalencia en el paciente parasuicida de patología psiquiátrica es mayor que en la población general (24,27). Los diagnósticos más frecuentemente señalados son los trastornos afectivos, la dependencia de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno borderline de la personalidad (33-34). Sin embargo, en nuestro estudio, el diagnóstico más frecuente es el de trastorno de la personalidad, lo que podía estar relacionado con que la mayoría de los que recogieron los datos eran residentes en formación, pudiendo presentar una tendencia hacia el diagnóstico transversal, confundiendo características del episodio (por ejemplo, la impulsividad) con rasgos de la personalidad del paciente.

Los métodos usados en el parasuicidio son habitualmente de baja letalidad. Según el estudio de la OMS (12) los más frecuentes son la autointoxicación (en mujeres representa el 80% y en hombres el 64%), y la realización de cortes (17% en hombres y 9% en mujeres). En nuestro estudio también predomina la ingestión de psicofármacos con fines autolesivos, y de entre ellos no es extraño que los más frecuentemente usados sean las benzodiacepinas y los antidepresivos, ya que son los psicofármacos más accesibles, consumidos y conocidos en nuestro medio.

Es típico del parasuicidio la implicación simultánea de diferentes intenciones, en ocasiones contradictorias, como la esperanza de que no tenga consecuencias fatales (35). Los motivos pueden variar desde solicitar ayuda o llamar la atención hasta comunicar la angustia. Todos ellos se pueden resumir como el deseo de producir un cambio en la situación actual, o en palabras de Kerkhof y Arensman (35) como una forma de «intervención en crisis» llevada a cabo por el propio paciente. Fue investigado en nuestros pacientes el grado de intencionalidad suicida mediante la aplicación de la escala de Beck. En nuestro estudio se constató un grado muy bajo de intencionalidad suicida en la población estudiada, con puntuaciones nulas en casi todos los ítems relacionados con circunstancias objetivas del intento, así como un alto grado de impulsividad del acto parasuicida. Esto, junto con otros datos como son la baja prevalencia de los que requieren ingreso psiquiátrico, la derivación de un porcentaje significativo a su médico de atención primaria, sin precisar seguimiento psiquiátrico, y la alta presencia de factores estresantes relacionados con la tentativa, refuerzan la hipótesis de un alto grado de impulsividad y una baja letalidad del intento parasuicida en la mayoría de la población estudiada.

Arensman y Kerkhof (36) han descrito desde diferentes perspectivas unos perfiles de pacientes parasuicidas identificando tres subtipos. El primero correspondería a un tipo leve de comportamiento parasuicida sin consecuencias fatales, en el que se usan métodos relativamente poco violentos y que no van seguidos de daños físicos serios. Se trata de personas jóvenes, que viven acompañadas y que toman pocas precauciones para evitar ser descubiertos. El tipo severo usaría métodos relativamente más peligrosos y presentaría daños físicos serios, hablaríamos aquí de población de mayor edad (más de 40 años) que toma más precauciones para prevenir su descubrimiento, que padece enfermedades físicas o psiquiátricas o problemas de drogas, y bajo funcionamiento social. Entre ambos grupos se encontraría un tipo mixto, en el que tanto el paciente como el episodio mostrarían características de los dos grupos anteriores. En nuestra muestra se define claramente un pequeño subgrupo de pacientes de elevada letalidad. Los otros dos subgrupos no se delimitan tan claramente, no correspondiendo con una población tan homogénea.

El interés de cualquier estudio sobre el suicidio y el parasuicidio es el de obtener un conocimiento tan preciso como sea posible sobre una de las primeras causas de mortalidad a nivel mundial. En aproximadamente la mitad de los suicidios se encuentra un intento previo en la historia de la persona, que puede ofrecer una oportunidad para la prevención. Existen actualmente dos enfoques al respecto (37): ya sea con medidas dirigidas a una parte determinada de la población que presenta alto riesgo, ya sea dirigiéndonos a toda la población en su conjunto. El mejor conocimiento del paciente parasuicida se encuadraría entre las medidas dirigidas a la prevención de una determinada población en riesgo.

Como conclusión podemos decir que el parasuicidio es un importante problema de nuestra sociedad, que refleja las dificultades de una parte de la población con escasos recursos sociales, económicos, de formación, laborales y otros, para afrontar acontecimientos vitales adversos. Nos parece muy llamativo que pese a estar bien establecido el potencial riesgo suicida de determinadas poblaciones no se han desarrollado los recursos necesarios para su manejo. Dada la complejidad del perfil clínico de estos pacientes y sus numerosas demandas a diferentes niveles del sistema sanitario, se hace necesario un mejor conocimiento de dichos pacientes para planificar una asistencia integral y adecuar los recursos sanitarios a los principales motivos de demanda clínica.

#### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Valdés, M. y otros, «Multinational European project and multicenter Spanish study of quality improvement of assistance on consultation - liaison psychiatry in general hospital: clinical profile in Spain», *Med Clin*, 2000, 115 (18), 690-4.
2. Lonnqvist, JK., *Suicidio 1233-1240*, En: Gelder, MG.; López-Ibor, JJ.; Andreasen, N., *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Psiquiatría Editores, 2003.
3. Morgan, HG. y otros, «Deliberate self-harm: a follow-up study of 279 patients», *Br J Psychiatry*, 1976, 128, 361-8.
4. Kreitman, N.; Philip, AE., «Parasuicide», *Br J Psychiatry*, 1969, 115, 746-7.
5. Mardomingo, M J., *Psiquiatría del niño y del adolescente*, Madrid, Díaz de Santos, 1994.
6. Welch, SS., «A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in general population», *Psychiatr Serv*, 2001, 52 (3), 368-75.
7. Lonnqvist, JK., *Suicidio*, en Gelder, MG.; Lopez Ibor, JJ.; Andreasen, N., *Tratado de Psiquiatría*, 1233-64, Barcelona, Ars Médica, 2002.
8. Borrell, C. y otros, «Trends in young adult mortality in three European cities: Barcelona, Bologna and Munich, 1986-1995», *J. Epidemiol Community Health*, 2001, 55(8), 577-82.
9. Diekstra, RFW., «The epidemiology of suicide and parasuicide», *Acta Psychiatr Scand*, 1993, Suppl 371, 9-20.
10. World Health Organization, *World health statistics annual*, World Health Organization, Geneve; 1998,1999, 2000, 2001, 2002.
11. Terra, JL., «Are new data collection systems needed to achieve public health and research goals for the prevention of suicide?», *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2002, 50 (1), 41-8.
12. Schmidtke, A. y otros, «Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide», *Acta Psychiatr Scand*, 1996, 93 (5), 327-38.

13. Harris, EC.; Barraclough, B., «Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis», *Br J Psychiatry*, 1997, 170, 205-28.
14. Jenkins, G.R.; Hale, R.; Papanastassiou, M.; Crawford, M.J.; Tyrer, P., «Suicide rate 22 years later parasuicide: cohort study», *BMJ*, 2003, 16; 325 (7373), 1155.
15. Colman, I.; Newman, S.C.; Schopflocher, D.; Bland, R.C.; Dyck, R.J., «A multivariate study of predictors of repeat parasuicide», *Acta Psychiatr Scand*, 2004, 109 (4): 306-12.
16. Tyrer, P.; Jones, V.; Thompson, S.; Catalan, J.; Schmidt, U.; Davidson, K.; Ukomunne, O.C.; POPMACT group, «Service variation in baseline variables and prediction risk in a randomised controlled trial of psychological treatment in repeated parasuicide: the POPMACT Study», *Int J Soc Psychiatry*, 2003, 49 (1), 58-69.
17. Maris, RW., *The relationship of nonfatal suicide attempts to completed suicide*, en: *Assesment and prediction of suicide*, ed. Maris RW, Bermna JT, Maltzberger, Yufit RI, 362-80. Guilford Press, New York, 1992.
18. Hawton, K.; Van Heringen, C., *The international Handbook of suicide and attempted suicide*, Wiley, Chichester, 2000.
19. Comtois, K.A., «A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide», *Psychiatr Serv*, 2002, 53 (9), 1138-44.
20. McNeill, Y.L.; Gillies, M.L.; Wood, S.F., «Fifteen year old at risk of parasuicide or suicide: how can we identify them in general practice?», *Fam Pract*, 2002, 19 (5), 461-5.
21. Bland, RC.; Newman, SC.; Dyck, RJ., «The epidemiology of parasuicide in Edmonton», *Can J Psychiatry*, 1994, 39 (8), 391-6.
22. Mhlongo, T.; Peltzer, K., «Parasuicide among youth in a general hospital in South Africa», *Curationis*, 1999, 22 (2), 72-6.
23. Fernández, A.; González, MA.; Lasa, A., «Tentativas de suicidio en jóvenes adultos: estudio de los acontecimientos vitales recientes y eventos precipitantes», *Psiquis*, 1996, 17, 51-58.
24. Chastang, F. y otros, «Prospective study of attempted suicide», *Encephale*, 1997, 23, (2), 100-4.
25. Corcoran, P.; Keely, H.S.; O'Sullivan, M.; Perry, I.J., «Parasuicide and suicide in the south-west of Ireland», *Ir J Med Sci*, 2003, 172 (3), 107-11.
26. Hjelmeland, H. y otros, «Why people engage in parasuicide: a cross-cultural study of intentions», *Suicide Life Threat Behav*, 2002, 32 (4), 380-93.
27. Mirón, JA.; Sáenz, MC.; Blanco, L.; Fernández, C., «Descriptive epidemiology of suicide in Spain (1906-1990)», *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 1997, 25 (5), 327-31.
28. Beck, AT.; Schuyler, D.; Herman, I., *Development of suicidal intent scales*, en Beck, AT.; Renisck, HLP.; Lettieri, DJ. (eds). *The prediction of suicide*, Bowie, MD., Charles Press. 1974, 45-56.
29. Antretter, ED. ; Dunkel, y otros, « The WHO/EURO Multicenter Study of Suicidal Behavior : result of the Australian Research Center compared with Europe», *Wien Klin Wochenschr*, 2000, 112 (22), 955-64.

30. Dieserud, G. ; Loeb, M. y otros, « Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway : a 12 year prospective study of parasuicide and suicide», *Suicide Life Threat Behav*, 2000, 30 (1), 61-73.
31. Henriksson, MH. y otros, «Mental disorders and comorbidity in suicide», *Am J Pychychiatry*, 1993, 150, 935-40.
32. Ferreira de Castro, E., «Parasuicide and mental disorders», *Acta Psychiatr Scand*, 1998, 97 (1), 25-31.
33. Bostwick, JM.; Shane Pankratz, V., «Trastornos afectivos y riesgo suicida: una reevaluación» *Am J Psychiatry*, 2000; 157, 1925-32.
34. Robins, LN.; Kulbok, PA., «Epidemiological studies in suicide», *Psychiatric Annals*, 1998, 18 (619), 623-627.
35. Kerkhof, AJFM.; Arensman, E., *Intento de suicidio y autolesión deliberada: epidemiología y factores de riesgo*, en Gelder, MG. Lopez Ibor, JJ.; Andreasen, N., *Tratado de Psiquiatría*: 1240-7, Barcelona, Ars Médica, 2002.
36. Arensman, E.; Kerkhof, AJF., «Classification of attempted suicide: a review of empirical studies, 1963-1993», *Suicide ad Life-Threatening Behav*, 1996, 26, 46-47.
37. Lewis, G.; Hawton, K.; Jones, P., «Strategies for preventing suicide», *Br J Psychiatry*, 1997, 171, 351-4.

Carolina Lozano Serrano

*Psiquiatra. Clínica Nuestra Señora de la Paz. Madrid*

Abigail Huertas Patón

*Psiquiatra. Facultativo Especialista de Área de Ciudad Real*

Carlos Jeremías Martínez Pastor

*Psiquiatra. Servicio de Salud Mental de Altavix. Elche*

Elena Ezquiaga Terrazas

*Psiquiatra. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid*

Eduardo García-Camba de la Muela

*Psiquiatra. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid*

Francisco Jose Rodríguez Salvanés

*Médico Adjunto del Sº de Epidemiología del Hospital Universitario de La Princesa. Madrid*

Correspondencia:

Carolina Lozano Serrano

C/ Pablo Sarasate. Nº 10 1º D

28047 - Madrid

Teléfono: 914649528 / 649447492

Correo-e: [carolinals@mixmail.com](mailto:carolinals@mixmail.com)