

Artículo Breve/Brief Article

Comparación entre los Intentos de Suicidio Leves, Graves y las Muertes por Suicidio en Navarra

Adriana Goñi-Sarriés^a, José J. López-Goñi^b y Leire Azcárate-Jiménez^a^aServicio Navarro de Salud - Osasunbidea, España; ^bUniversidad Pública de Navarra, EspañaINFORMACIÓN
DEL ARTÍCULO*Historia del artículo:*

Recibido el 4 de enero de 2019
Aceptado el 5 de marzo de 2019
Online el 15 de abril de 2019

Palabras clave:

Muerte por suicidio
Intento de suicidio leve
Intento de suicidio grave

Keywords:

Death by suicide
Mild suicide attempt
Serious suicide attempt

RESUMEN

Este trabajo compara personas fallecidas por suicidio con personas que realizaron algún intento (leves o graves), identificando factores asociados a cada grupo. En el estudio se utilizan dos muestras en las que se recogieron variables sociodemográficas y clínicas de las personas fallecidas por suicidio en Navarra (2010-2013, $n = 180$) y de personas atendidas en urgencias de psiquiatría por un intento de suicidio (enero-octubre 2015, $n = 207$). Los resultados indican que un método de suicidio no violento, no estar jubilado y la ausencia de intentos de suicidio previos se asocian a quienes realizan intentos leves. Ser hombre, la ausencia de atenciones previas en urgencias de psiquiatría y el haber nacido en España se asocian a los fallecidos por suicidio. Se concluye que las diferencias encontradas entre los fallecidos y los intentos de suicidio subrayan la necesidad de abordajes diferenciados en la prevención de la repetición de la conducta suicida.

Comparison between mild and serious suicide attempts and suicide deaths in Navarre Region

ABSTRACT

This paper compares people who committed suicide with people who made some (mild or severe) attempt, identifying factors associated with each group. This study uses two samples in which sociodemographic and clinical variables of people dying by suicide in Navarre (2010-2013, $n = 180$) and people attending psychiatry emergencies for an attempted suicide (January-October 2015, $n = 207$) were collected. The results show that a non-violent method of suicide, not being retired, and the absence of previous suicide attempts are associated with those who perform mild attempts. Being a male, the absence of previous attendances in psychiatry emergencies and being born in Spain are associated with those who have committed suicide. It is concluded that the differences between the deceased and suicide attempts underline the need for differentiated approaches in preventing the recurrence of suicidal behavior.

La prevención de la conducta suicida es uno de los grandes retos a los que se enfrenta la política sanitaria. Para ello es necesario mejorar la comprensión del fenómeno. Conocer su incidencia entraña numerosas dificultades metodológicas. Se estima que por cada suicidio se producen entre 10 y 20 intentos no letales. Según el proyecto europeo multicéntrico/WHO y el más actual MONSUE, España arroja tasas por debajo de la media europea (7.67 vs. 10.90) (World Health Organization, 2017) pero con importantes diferencias entre las regiones, así como en función del sexo y de variables sociodemográficas (Jiménez-Treviño et al., 2012).

Se considera que las personas que se suicidan y las que lo intentan comparten características, pero son poblaciones diferentes. Las personas fallecidas por suicidio suelen ser hombres de mayor edad, que

emplean métodos violentos y con una historia previa de intentos de suicidio si no fallecen en el primero (Parra Uribe et al., 2013). Una vez que se produce un intento de suicidio este es un factor de riesgo tanto para un intento posterior como para fallecer por suicidio (Giner et al., 2013). Hay una gran heterogeneidad entre quienes realizan intentos de suicidio. El grado de planificación del intento iría asociado a la gravedad del mismo (Chaudhury et al., 2016). Quienes realizan intentos con consecuencias graves tienden a repetirlo de una forma planificada y suelen presentar algún trastorno mental (Runeson, Haglund, Lichtenstein y Tidemalm, 2016). No se han encontrado diferencias entre quienes realizan intentos de gran letalidad y quienes los consuman (Fedyszyn, Erlangsen, Hjorthoj, Madsen y Nordentoft, 2016; Giner et

Para citar este artículo: Goñi-Sarriés, A., López-Goñi, J. J. y Azcárate-Jiménez, L. (2019). Comparación entre los intentos de suicidio leves, graves y las muertes por suicidio en Navarra. *Clínica y Salud*, 30, 109-113. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a9>

Financiación: El trabajo relativo al análisis de los intentos de suicidio se financió con una ayuda del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (Resolución 3036/2014). Correspondencia: josejavier.lopez@unavarra.es (J. J. López-Goñi).

ISSN: 1130-5274/© 2019 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tabla 1. Datos sociodemográficos

	Total (n = 387)		Intentos leves (a) (n = 131)		Intentos graves (b) (n = 76)		Consumados (c) (n = 180)		χ^2 (gl)	p	Post hoc																																																																																																																																																																					
	n	%	n	%	n	%	n	%																																																																																																																																																																								
Sexo																																																																																																																																																																																
Hombre	221	57.1	46	35.1	39	51.3	136	75.6	51.2 (2)	< .001	c > (a, b) (a, b) > c																																																																																																																																																																					
Mujer	166	42.9	85	64.9	37	48.7	44	24.4				Estado civil												Soltero/a	123	36.3	40	30.5	30	39.5	53	40.2	10.3 (6)	.111		Casado/a en pareja	124	36.6	52	39.7	29	38.2	43	32.6	Divorciado/a separado/a	73	21.5	14	18.4	35	26.7	24	18.2	Viudo/a	19	5.6	4	3.1	3	3.9	12	9.1	Ocupación												Empleado	161	46.1	72	55.0	39	51.3	50	35.2	31.8 (4)	< .001	a > c c > (a, b)	No empleado	75	21.5	34	26.0	19	25.0	22	15.5	Retirado	113	32.4	25	19.1	18	23.7	70	49.3	Edades agrupadas												18-34	74	19.4	32	24.4	19	25.0	23	13.1	28.8 (6)	< .001	a > c (b, c) > a	35-44	84	22.0	37	28.2	17	22.4	30	17.1	45-54	106	27.7	41	31.3	17	22.4	48	27.4	> 55	118	30.9	21	16.0	23	30.3	74	42.3	Con hijos/as	182	54.3	79	60.3	35	46.1	68	53.1	4.1 (2)	.131		Nacidos en España	347	89.7	110	84.0	67	88.2	170	94.4
Estado civil																																																																																																																																																																																
Soltero/a	123	36.3	40	30.5	30	39.5	53	40.2	10.3 (6)	.111																																																																																																																																																																						
Casado/a en pareja	124	36.6	52	39.7	29	38.2	43	32.6																																																																																																																																																																								
Divorciado/a separado/a	73	21.5	14	18.4	35	26.7	24	18.2																																																																																																																																																																								
Viudo/a	19	5.6	4	3.1	3	3.9	12	9.1				Ocupación												Empleado	161	46.1	72	55.0	39	51.3	50	35.2	31.8 (4)	< .001	a > c c > (a, b)	No empleado	75	21.5	34	26.0	19	25.0	22	15.5	Retirado	113	32.4	25	19.1	18	23.7	70	49.3	Edades agrupadas												18-34	74	19.4	32	24.4	19	25.0	23	13.1	28.8 (6)	< .001	a > c (b, c) > a	35-44	84	22.0	37	28.2	17	22.4	30	17.1	45-54	106	27.7	41	31.3	17	22.4	48	27.4	> 55	118	30.9	21	16.0	23	30.3	74	42.3	Con hijos/as	182	54.3	79	60.3	35	46.1	68	53.1	4.1 (2)	.131		Nacidos en España	347	89.7	110	84.0	67	88.2	170	94.4	9.2 (2)	.010	c > a																																																
Ocupación																																																																																																																																																																																
Empleado	161	46.1	72	55.0	39	51.3	50	35.2	31.8 (4)	< .001	a > c c > (a, b)																																																																																																																																																																					
No empleado	75	21.5	34	26.0	19	25.0	22	15.5																																																																																																																																																																								
Retirado	113	32.4	25	19.1	18	23.7	70	49.3				Edades agrupadas												18-34	74	19.4	32	24.4	19	25.0	23	13.1	28.8 (6)	< .001	a > c (b, c) > a	35-44	84	22.0	37	28.2	17	22.4	30	17.1	45-54	106	27.7	41	31.3	17	22.4	48	27.4	> 55	118	30.9	21	16.0	23	30.3	74	42.3	Con hijos/as	182	54.3	79	60.3	35	46.1	68	53.1	4.1 (2)	.131		Nacidos en España	347	89.7	110	84.0	67	88.2	170	94.4	9.2 (2)	.010	c > a																																																																																										
Edades agrupadas																																																																																																																																																																																
18-34	74	19.4	32	24.4	19	25.0	23	13.1	28.8 (6)	< .001	a > c (b, c) > a																																																																																																																																																																					
35-44	84	22.0	37	28.2	17	22.4	30	17.1																																																																																																																																																																								
45-54	106	27.7	41	31.3	17	22.4	48	27.4																																																																																																																																																																								
> 55	118	30.9	21	16.0	23	30.3	74	42.3				Con hijos/as	182	54.3	79	60.3	35	46.1	68	53.1	4.1 (2)	.131		Nacidos en España	347	89.7	110	84.0	67	88.2	170	94.4	9.2 (2)	.010	c > a																																																																																																																																													
Con hijos/as	182	54.3	79	60.3	35	46.1	68	53.1	4.1 (2)	.131																																																																																																																																																																						
Nacidos en España	347	89.7	110	84.0	67	88.2	170	94.4	9.2 (2)	.010	c > a																																																																																																																																																																					

al., 2013). Respecto a quienes realizan intentos leves, no se han publicado estudios en nuestro entorno que comparen con personas que hayan realizado intentos con consecuencias graves o que hayan fallecido por suicidio.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es comparar variables sociodemográficas y clínicas entre las muertes por suicidio y los intentos, leves y graves, en población navarra e identificar factores asociados a los tres grupos.

Método

La presente investigación cuenta con las autorizaciones del Comité Ético de Investigación Clínica del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (proyectos nº 44/2012 y 95/2014).

Participantes

La muestra de este estudio procede de dos investigaciones realizadas previamente en dos periodos diferentes. El primer estudio (Azcárate et al., 2015) se realizó con todas las personas fallecidas por suicidio en Navarra en el periodo 2010-2013 (n = 180). El segundo estudio (Goñi-Sarriés, Blanco, Azcárate, Peinado y López-Goñi, 2018) se llevó a cabo con aquellos pacientes que acudieron por un intento de suicidio al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra y del Hospital "Reina Sofía" de Tudela entre enero y octubre de 2015 (n = 207). Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, acudir a urgencias psiquiátricas por un intento de suicidio y firmar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron no aceptar participar, presentar imposibilidad para contestar, tener dificultad con el idioma o padecer discapacidad intelectual. En este caso se consideró como un intento de suicidio todo comportamiento autoinfligido, potencialmente perjudicial, con resultado no fatal, para el cual había evidencia, explícita o implícita, de intención de muerte.

Instrumentos

Se utilizó un protocolo que recogía variables sociodemográficas y variables clínicas. Las variables sociodemográficas conside-

radas fueron: edad, sexo, estado civil, ocupación y tener hijos. Las variables clínicas incluidas fueron: intentos previos de suicidio, atención previa en urgencias psiquiátricas, estar en tratamiento en salud mental en el momento de la atención/muerte, diagnóstico clínico principal según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) y método utilizado. Se consideró intento leve el que no implicó ingreso hospitalario e intento grave el que requirió ingreso debido a las complicaciones orgánicas o en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica para la contención del riesgo.

Procedimientos

En la primera muestra de personas fallecidas por suicidio, los datos correspondientes a las variables sociodemográficas y clínicas se obtuvieron revisando las historias clínicas informatizadas del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea de cada sujeto, así como las autopsias forenses. Cada historia clínica se revisó dos veces por diferentes investigadores (psicólogos clínicos) para asegurar la corrección de los datos. En caso de no coincidencia, el resto del equipo de investigación participó hasta lograr el consenso.

En la segunda muestra, correspondiente a las personas atendidas por intento de suicidio, se realizaron entrevistas de evaluación en las que se recogieron las variables sociodemográficas y clínicas objeto de estudio junto con la evaluación psiquiátrica.

Se realizaron análisis descriptivos para todas las variables. En las comparaciones entre los pacientes que habían realizado un intento leve, un intento grave o habían fallecido se empleó el análisis de χ^2 , considerándose una $p < .05$ como significativa. Para el análisis multivariado de las variables relacionadas con la pertenencia a cada uno de los grupos se realizó un análisis de regresión logística multinomial. Se incorporaron las variables que habían mostrado diferencias estadísticamente significativas y posteriormente se realizó la prueba de bondad de ajuste de Homer-Lemeshow. Nuevamente se consideraron significativas las diferencias de $p < .05$. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS (vs. 15.0).

Tabla 2. Datos clínicos

	Total (n = 387)		Intentos leves (a) (n = 131)		Intentos graves (b) (n = 76)		Consumados (c) (n = 180)		χ^2 (gl)	p	Post hoc
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Atención en salud mental	216	55.8	67	51.1	49	64.5	100	55.6	3.5 (2)	.176	
Atención previa urgencias psiquiátricas	157	42.9	71	54.2	44	57.9	42	26.4	31.4 (2)	< .001	(a, b) > c
Diagnóstico											
Sin diagnóstico	124	32.0	34	26.0	21	27.6	69	38.3			
Trastorno de consumo	42	10.9	18	13.7	10	13.2	14	7.8			
Trastornos psicóticos	29	7.5	5	3.8	10	13.2	14	7.8			b > a
Trastornos afectivos	79	20.4	24	18.3	20	26.3	35	19.4	25.5 (12)	< .013	
Trastornos adaptativos y de ansiedad	62	16.0	30	22.9	4	5.3	28	15.6			a > b
Trastornos de personalidad	30	7.8	13	9.9	6	7.9	11	6.1			
Otros	21	5.4	7	5.3	5	6.6	9	5.0			
Método violento ¹	193	49.9	19	14.5	28	36.8	146	81.1	141 (2)	< .001	c > b > a
Intentos de suicidio previos	148	38.2	59	45.0	35	46.1	54	30.0	9.7 (2)	.008	(a, b) > c

Nota. ¹Violento: ahorcamiento, precipitación desde altura, disparo, ahogamiento, lesión con arma blanca, quemarse, asfixia.

Resultados

En la [Tabla 1](#) se presenta la comparación en los datos sociodemográficos. Las personas que fallecieron por suicidio eran en mayor proporción hombres, se encontraban retiradas, tenían más de 55 años y habían nacido en España.

En la [Tabla 2](#) se presenta la comparación en variables clínicas entre los tres grupos. Quienes fallecieron por suicidio presentaban un menor porcentaje de atenciones previas en urgencias de psiquiatría, de intentos de suicidio previos y de empleo de métodos no violentos. En cuanto a los diagnósticos, un 38.3% no tenían diagnóstico psiquiátrico. Por su parte, los diagnósticos de trastornos adaptativo y de ansiedad se hallaban en una mayor proporción entre quienes habían tenido un intento leve.

En la [Tabla 3](#) se presentan los resultados de la regresión multinomial realizada tomando como referencia el grupo de quienes fallecieron por suicidio. Las principales variables asociadas a las personas con intentos leves frente a quienes fallecieron por suicidio son el emplear un método de suicidio no violento, encontrarse sin empleo o con empleo (no ser jubilado) y la ausencia de intentos de suicidio previos. Por el contrario, ser hombre, la ausencia de atenciones previas en urgencias de psiquiatría y el haber nacido en España se asocian al grupo de fallecidos por suicidio.

Las principales variables asociadas a las personas con intentos graves, frente a quienes fallecieron por suicidio, son el emplear un método de suicidio no violento y encontrarse sin empleo o con empleo (no ser jubilado). Ser hombre, haber nacido en España no haber tenido atención psiquiátrica en urgencias y tener un diagnóstico de trastorno adaptativo o de ansiedad se asocia con los fallecidos por suicidio.

La ausencia de intentos de suicidio previos se asocia con los intentos leves, no con los graves, y el diagnóstico de trastorno adaptativo y ansiedad se asocia con los intentos graves, no con los leves.

Discusión

Los resultados de este estudio parecen sugerir que podrían existir algunas diferencias entre quienes fallecen por suicidio y quienes lo intentan. En cuanto a las variables sociodemográficas, se confirma el perfil de varones, de mayor edad y retirados en el grupo de fallecidos. Sin embargo, ser mujer joven y estar empleada caracteriza al grupo de intentos ([Mendez-Bustos, de Leon-Martinez, Miret, Baca-Garcia y Lopez-Castroman, 2013](#)), sin diferencias significativas entre los intentos con consecuencias leves y graves.

En contraposición a trabajos anteriores en los que la presencia de intentos de suicidio previos con mayor letalidad y planificación se presenta más en quienes tienen intentos graves que en los no gra-

ves ([Giner et al., 2014](#)), esta investigación obtiene una diferencia clara en relación a los intentos previos entre el grupo de fallecidos y el grupo de quienes lo intentan. Es decir, las personas que consumaron el suicidio lo habían intentado menos previamente que quienes lo intentaron y no fallecieron, ya sea de forma leve o grave. Desde una perspectiva cuantitativa, este dato subraya el valor limitado de los intentos previos como factor pronóstico, ya que la mayoría de suicidios se producen en el primer intento ([Goñi-Sarriés et al., 2018; Parra Uribe et al., 2013](#)). Sin embargo, la mitad de quienes no consumaron el suicidio en el primer intento lo conseguirán en el segundo ([Goñi-Sarriés et al., 2018](#)) y, por tanto, el riesgo de consumarlo aumenta con la repetición de la conducta suicida ([Lopez-Castroman et al., 2011](#)). Esto otorga una gran validez clínica a la exploración de los intentos previos en todas las personas atendidas por ideación y conducta de características suicidas.

Las personas que tienen intentos previos han acudido con anterioridad a los servicios de urgencias de psiquiatría por este u otros motivos, por lo que se puede inferir que han solicitado ayuda especializada en momentos de crisis, sin diferencias entre quienes tuvieron un intento leve o grave. Por tanto, resulta necesario subrayar la importancia de realizar una evaluación comprehensiva en el abordaje de la conducta suicida en urgencias.

Quienes consumaron el suicidio no acudieron en la misma proporción y sólo la mitad de las personas que fallecen por suicidio han estado en contacto con servicios de salud mental ([Gómez-Durán, Forti-Buratti, Gutiérrez-López, Belmonte-Ibáñez y Martín-Fumadó, 2016](#)). Esto supone que la prevención de la conducta suicida debe ser un objetivo compartido por todo el ámbito sanitario. En este sentido es destacable la iniciativa multinivel *Zero Suicides*, que incorpora buenas prácticas basadas en la evidencia, que buscan mejorar la detección y evaluación del riesgo, el aumento de los cuidados cuando es necesario y la monitorización en los periodos de mayor riesgo ([La-bouliere et al., 2018](#)).

En esta muestra, un tercio del grupo de fallecidos no tienen un diagnóstico clínico. El trastorno afectivo es el diagnóstico más frecuente en este grupo, seguido por los trastornos adaptativos y de ansiedad. Este resultado difiere de trabajos previos que encuentran mayor asociación de este segundo diagnóstico con intentos de suicidio ([Beautrais, 2001](#)), aunque otros autores ya habían señalado que diagnósticos menos frecuentes pueden expresar un alto riesgo de suicidio ([Hawton y Van Heeringen, 2009](#)). Estas diferencias entre investigaciones pueden deberse a la metodología utilizada en el diagnóstico de los casos. En este trabajo no se utilizaron instrumentos estructurados. Los diagnósticos de los intentos de suicidio se obtuvieron a través de la entrevista psicopatológica en el contexto de urgencias y para los fallecidos se recogieron los registrados en las historias clínicas.

Tabla 3. Resultados regresión logística multinomial

	Exp (B)	p	Intervalo confianza (95%)	
			Inferior	Superior
Leves vs. fallecidos				
Intersección		.477		
Método no violento	29.414	.000	13.617	63.539
Ocupación (no empleado)	3.592	.008	1.396	9.245
Intentos de suicidio previos (no)	2.697	.021	1.162	6.255
Ocupación (empleado)	2.414	.035	1.064	5.476
Sexo (hombre)	0.258	.000	0.124	0.538
Atención previa urgencias psiquiátricas (no)	0.220	.000	0.096	0.505
Nacido en España	0.235	.023	0.067	0.818
Diagnóstico (sin diagnóstico)	0.661	.605	0.137	3.179
Diagnóstico (trastorno de consumo)	0.450	.368	0.079	2.556
Diagnóstico (trastornos psicóticos)	0.287	.212	0.040	2.041
Diagnóstico (trastornos afectivos)	0.320	.172	0.062	1.641
Diagnóstico (trastornos adaptativos y de ansiedad)	0.315	.177	0.059	1.685
Diagnóstico (trastornos de personalidad)	0.311	.227	0.047	2.069
Graves vs. fallecidos				
Intersección		.316		
Método no violento	9.017	.000	4.206	19.329
Ocupación (no empleado)	2.776	.034	1.078	7.145
Ocupación (empleado)	2.474	.030	1.092	5.602
Sexo (hombre)	0.397	.016	0.187	0.843
Nacido en España	0.308	.067	0.087	1.088
Atención previa en urgencias psiquiátricas (no)	0.231	.000	0.102	0.522
Diagnóstico (trastornos adaptativos y de ansiedad)	0.075	.005	0.012	0.462
Intentos de suicidio previos (no)	1.827	.154	0.797	4.188
Diagnóstico (sin diagnóstico)	0.623	.532	0.142	2.744
Diagnóstico (trastorno de consumo)	0.375	.253	0.070	2.016
Diagnóstico (trastornos psicóticos)	0.722	.706	0.133	3.923
Diagnóstico (trastornos afectivos)	0.452	.309	0.098	2.091
Diagnóstico (trastornos de personalidad)	0.233	.127	0.036	1.513
$R^2 = .529$				
Prueba de bondad de ajuste (Hosmer-Lemeshow)	Total	Leves	Graves	Consumados
Casos correctamente clasificados	68.4%	80.2%	15.8%	86.7%

Este trabajo presenta limitaciones. La principal es que los datos obtenidos de los fallecidos por suicidio se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas y de los datos aportados de los médicos forenses, pero no se realizaron entrevistas a los familiares. Otra limitación es la diferencia de los periodos temporales en la obtención de las muestras. La baja *ratio* de fallecidos por suicidio en esta Comunidad obligó a tomar como referencia varios años para poder obtener un tamaño de muestra suficiente. En tercer lugar, los intentos de suicidio se han obtenido únicamente en el contexto de urgencias de psiquiatría. Esto implica que el perfil analizado puede diferir del perfil de quienes realizan un intento y no llegan a recibir atención médica, aunque los datos obtenidos son representativos de la población estudiada.

A pesar de estas limitaciones, el presente estudio apoya la hipótesis de que las personas que fallecen por suicidio y las que lo intentan son poblaciones diferentes. Más concretamente, quienes tienen intentos graves se asemejan más a los que tienen intentos leves que a quienes fallecen. Las diferencias encontradas plantean la necesidad de abordajes diferenciados en la prevención de la conducta suicida.

Conflicto de Intereses

Leire Azcárate-Jiménez trabajó como personal de apoyo a la investigación de los intentos de suicidio con un contrato de 12 meses

con cargo a la ayuda recibida para el proyecto. El resto de autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Azcárate, L., Peinado, R., Blanco, M., Goñi, A., Cuesta, M. J., Pradini, I., & López-Goñi, J. J. (2015). Características de los suicidios consumados en Navarra en función del sexo (2010-2013). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38(1), 9-20.
- Beautrais, L. A. (2001). Suicides and serious suicide attempts: Two populations or one? *Psychological Medicine*, 31, 837-845. <https://doi.org/10.1017/S0033291701003889>
- Chaudhury, S. R., Singh, T., Burke, A., Stanley, B., Mann, J. J., Grunebaum, M., . . . Oquendo, M. A. (2016). Clinical correlates of planned and unplanned suicide attempts. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204, 806-811. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000502>
- Fedyszyn, I. E., Erlangsen, A., Hjorthoj, C., Madsen, T. y Nordentoft, M. (2016). Repeated suicide attempts and suicide among individuals with a first emergency department contact for attempted suicide: A prospective, nationwide, Danish register-based study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77, 832-840. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m09793>
- Giner, L., Blasco-Fontecilla, H., Pérez-Rodríguez, M. M., García-Nieto, R., Giner, J., Guija, J. A., . . . Baca-García, E. (2013). Personality disorders and health problems distinguish suicide attempters from completers in a direct comparison. *Journal of Affective Disorders*, 151, 474-483. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.029>
- Giner, L., Jausent, I., Olie, E., Beziat, S., Guillaume, S., Baca-García, E., . . . Courtet, P. (2014). Violent and serious suicide attempters: One step closer to suicide? *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, E191-E197. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08524>
- Gómez-Durán, E. L., Forti-Buratti, M. A., Gutiérrez-López, B., Belmonte-Ibáñez, A. y Martín-Fumadó, C. (2016). Trastornos psiquiátricos en

- los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010 [Psychiatric disorders in cases of completed suicide in a hospital area in Spain between 2007 and 2010]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9, 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.02.001>
- Goñi-Sarriés, A., Blanco, M., Azcárate, L., Peinado, R. y López-Goñi, J. J. (2018). Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide? *Psicothema*, 30, 33-38.
- Goñi-Sarriés, A., Janda-Galan, L., Macaya-Aranguren, P., Azcárate, L., López-Goñi, J. J., & Álvarez, I. (2018). Diferencias entre los intentos de suicidio y otras urgencias psiquiátricas hospitalarias [Differences between suicide attempts and other psychiatric hospital emergencies]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46, 83-91.
- Hawton, K., y Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 372-381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- Jiménez-Treviño, L., Saiz, P. A., Corcoran, P., García-Portilla, M. P., Buron, P., Garrido, M., . . . Bobes, J. (2012). The incidence of hospital-treated attempted suicide in Oviedo, Spain. *Crisis*, 33(1), 46-53. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000094>
- Labouliere, C. D., Vasan, P., Kramer, A., Brown, G., Green, K., Rahman, M., . . . Stanley, B. (2018). "Zero Suicide" - A model for reducing suicide in United States behavioral healthcare. *Suicidology*, 23(1), 22-30. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.6198>
- Lopez-Castroman, J., Perez-Rodriguez, M. M., Jausent, I., Alegria, A. L. A., Artes-Rodriguez, A., Freed, P., . . . European Res Consortium, S. (2011). Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 619-625. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.09.017>
- Mendez-Bustos, P., de Leon-Martinez, V., Miret, M., Baca-Garcia, E. y Lopez-Castroman, J. (2013). Suicide reattempters: A systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 21, 281-295. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000001>
- Parra Uribe, I., Blasco-Fontecila, H., García-Parés, G., Giró Batalla, M., Llorens Capdevila, M., Cebrià Meca, A., . . . Palao, V. D. J. (2013). Attempted and completed suicide: Not what we expected? *Journal of Affective Disorders*, 150, 840-846. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.013>
- Runeson, B., Haglund, A., Lichtenstein, P. y Tidemalm, D. (2016). Suicide risk after nonfatal self-harm: A national cohort study, 2000-2008. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77, 240-246. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09453>
- World Health Organization. (2017). *Suicide data 2017*. Ginebra, Suiza: Autor.