

**Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención.  
Jujuy, noroeste de Argentina**  
**Profile of methods in suicide attempts: trends and implications for prevention. Jujuy,  
northwestern of Argentina**

Lorena Cecilia López Steinmetz<sup>1</sup>, ORCID 0000-0001-6255-4031

<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Argentina

**Resumen:** Se realizó la primera descripción del perfil de métodos en intentos suicidas en Jujuy (Argentina) y se discutieron sus implicancias para prevención. El estudio fue epidemiológico, transversal. Se incluyeron todos los intentos suicidas asistidos psicológicamente durante dos bienios en el Servicio de Guardia del principal hospital (n = 481). Usar un solo método fue prevalente (84%) en todas las franjas etarias y ambos sexos, pero combinar métodos caracterizó a masculinos ( $p < .05$ ). Auto-envenenamiento con medicamentos (39.8%) y auto-lesión mediante cortes (27.3%) fueron los más frecuentes en ambos sexos. Métodos no violentos fueron prevalentes en ambos sexos, aunque masculinos tendieron a usar métodos más violentos y potencialmente más letales. Algunos métodos de los hallados podrían ser objeto de intervenciones preventivas que limiten su disponibilidad (e.g. medicamentos, especialmente psicofármacos, bebidas alcohólicas, lugares de salto, armas de fuego). En cambio, otros métodos (e.g. ahorcamiento, gases, productos de limpieza, etc.) parecen de difícil restricción.

**Palabras clave:** métodos, intento de suicidio, sexo, edad, prevención

**Abstract:** This article reports the first description of the methods profile in suicide attempts conducted up to date in Jujuy (Argentina), and a discussion of its implications for prevention. The study was epidemiological and transversal. Data set include all suicide attempts (n = 481) psychologically assisted during two biennia at the Emergency Service of the main hospital. Using a single method was prevalent (84%) in all age ranges and in both sexes, but combining methods it is characterized by males ( $p < .05$ ). Self-poisoning by medications (39.8%) and self-harm by cuts (27.3%) were the most frequent in both sexes. Non-violent methods were prevalent in both sexes, although males tended to use more violent and potentially more lethal methods. Some of the identified methods might be prevented simply by limiting their availability (e.g., medications, especially psychotropic, alcoholic beverages, jumping sites, firearms). Instead, other methods (e.g., hanging, gases, cleaning products, etc.) are difficult to be restricted.

**Key words:** methods, suicide, attempted, sex, age, prevention

Recibido: 18/09/2018

Aceptado: 02/07/2019

Esta investigación se realizó con una beca doctoral otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina (Resolución D N° 4352, 07 de diciembre de 2012).

Cómo citar este artículo:

López Steinmetz, L. C. (2019). Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención. Jujuy, noroeste de Argentina. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 197-208. doi: 10.22235/cp.v13i2.1872

*Correspondencia:* Lorena Cecilia López Steinmetz. Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIPsi), Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Córdoba - Argentina. Pasaje Santo Tomás 388. Barrio Alberdi. Córdoba Capital. Córdoba, Argentina. CP: X5000LAB. E-mail: [cecilialopezsteinmetz@unc.edu.ar](mailto:cecilialopezsteinmetz@unc.edu.ar)



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional

## Introducción

Muchas de las muertes por suicidio son atribuidas a factores ambientales o contextuales. En este sentido, el acceso a los métodos de suicidio es un importante factor de riesgo y la disponibilidad de los mismos es uno de los factores más importantes en la elección de un método específico (Ajdacic-Gross et al., 2008). Circunstancias adicionales, específicas de cada individuo –tales como impulsos emocionales y afectivos, y habilidades cognitivas– pueden influir también la forma como se realiza el acto suicida y el método con el que se lo realiza (Deisenhammer et al., 2016). Empero, hay evidencia suficiente acerca de que la disponibilidad de métodos tales como armas de fuego, medicamentos, drogas, fuentes de monóxido de carbono (Milner, Witt, Maheen, & LaMontagne, 2017) y vías férreas (Too, Spittal, Bugeja, McClure, & Milner, 2016), entre otros, está relacionada con un aumento en el riesgo basal de suicidio.

Complementariamente, hay evidencia creciente de que reducir la disponibilidad de un método suicida específico tiene un efecto de reducción sobre las tasas generales de suicidio (Daigle, 2005), y datos internacionales sugieren que restringir el acceso a métodos suicidas es más urgente y técnicamente más factible que nunca antes (Ajdacic-Gross et al., 2008). Ello se basa en la idea de que si los individuos tienen una preferencia por un método suicida específico y si, esencialmente, experimentan crisis suicidas de corta duración, la restricción del acceso a un método específico no debería conducir a un aumento en la sustitución por otros métodos (Daigle, 2005), y así parecen demostrarlo algunos estudios (Law, Svetcic, & De Leo, 2014; Skegg & Herbison, 2009). Algunos aspectos relacionados con las funciones ejecutivas, tales como la flexibilidad cognitiva y la toma de decisiones que parecen estar dañadas en individuos suicidas, pueden contribuir a explicar la eficacia de la limitación en el acceso a métodos suicidas para la prevención del suicidio (Bridge et al., 2012; Deisenhammer et al., 2016; Dombrovski

et al., 2010; Jollant et al., 2005). Sin embargo, se debe señalar que la restricción del acceso a métodos potencialmente letales no es siempre una recomendación útil o aplicable. Por ejemplo, en países como Nueva Zelanda, que tiene una de las tasas más altas de suicidio juvenil entre los países desarrollados (Beautrais, 2003), los marcados aumentos en las tasas de suicidio juvenil durante 1977-1996 se debieron, en su mayor parte, a aumentos en las tasas de suicidio mediante métodos tales como ahorcamiento e intoxicación con gases de escape de vehículos, los cuales son ampliamente disponibles y difíciles de restringir (Beautrais, 2000).

Los intentos suicidas son los más fuertes predictores de suicidio. Principalmente, las conductas suicidas repetidas son uno de los principales factores de riesgo para nuevos intentos suicidas así como para suicidio consumado (Beghi, Rosenbaum, Cerri, & Cornaggia, 2013). Por ello, los procesos agudos que conducen a la conducta suicida no fatal a menudo son utilizados como un modelo aproximado de suicidio consumado (Deisenhammer et al., 2016; Beautrais, 2003), aunque las correspondencias no son totales ni unívocas y está claro que el suicidio intentado y consumado difieren en algunos aspectos importantes (Beautrais, 2003), tales como los relacionados con el sexo y la edad (Brent, Baugher, Bridge, Chen, & Chiappetta, 1999; Móscicki, 1994). Según algunos datos, los métodos en intentos suicidas son fluctuantes e impredecibles (Owens et al., 2015), y el método de la primera tentativa no predeciría futuras tentativas (Bhaskaran et al., 2014). Sin embargo, hay evidencias que contradicen lo anterior, ya que mostraron asociaciones entre algunos métodos específicos usados en intentos suicidas y subsecuente riesgo de suicidio o de nuevos intentos (Bergen et al., 2012; Miller et al., 2013; Runeson, Tidelman, Dahlin, Lichtenstein, & Långström, 2010). Asimismo, se identificaron ciertas características de los métodos usados en intentos suicidas que serían predictivas de la estabilidad en las elecciones de métodos en tentativas suicidas repetidas (Deisenhammer et al., 2016; Huang, Wu, Chen, & Wang, 2014).

Por todo lo mencionado, restringir el acceso a métodos de suicidio es una recomendación incluida en la mayoría de los programas preventivos (Sarchiapone, Mandelli, Iosue, Andrisano, & Roy, 2011).

En la provincia de Jujuy (extremo noroeste de Argentina) las tasas de suicidio son elevadas (Dirección General de Epidemiología Jujuy, 2013) y los intentos suicidas son altamente prevalentes entre los casos asistidos psicológicamente en urgencias (López Steinmetz, 2015). Sin embargo, el perfil de los métodos usados en intentos suicidas era desconocido hasta ahora. Teniendo en cuenta ello, y dado que se requieren acciones preventivas en este campo, el objetivo del presente estudio fue describir el perfil local de los métodos utilizados en intentos suicidas y discutir su potencial utilidad e implicancia para la prevención.

## **Materiales y Métodos**

### ***Ámbito, tipo de estudio y fuente de datos***

Este estudio fue epidemiológico, descriptivo, de diseño retrospectivo, transversal, y con procesamiento cuantitativo de datos. El procedimiento del estudio fue aprobado por el Comité Provincial de Bioética (Jujuy, 08 de enero de 2012). Las fuentes de datos fueron los registros escritos de asistencias psicológicas del Servicio de Guardia del Hospital Pablo Soria (HPS) de Jujuy. El HPS es el principal hospital público de la provincia y brinda asistencia a pacientes de ambos sexos desde los 15 años de edad. Hasta julio de 2012 era el único hospital en toda la provincia que brindaba asistencia en casos de urgencias/emergencias en salud mental.

### ***Muestra y categorías de análisis***

Se incluyeron los registros de todos los casos asistidos psicológicamente por intento de suicidio durante dos bienios (2007-2008 y 2011-2012). La selección de dicho período respondió a un muestreo de tipo accidental (Grasso, 1999). La codificación como caso o

no-caso fue establecida de acuerdo a la siguiente definición de intento de suicidio: conducta auto-infligida y potencialmente lesiva que no produce la muerte pero para la que hay una intención evidente, ya sea explícita o implícita, de morir (O'Carroll et al., 1996). De este modo, la muestra consistió en  $n = 481$  casos, de los cuales 293 (60.9%) fueron femeninos y 188 (39.1%) masculinos. La edad media (media,  $\pm$  desviación estándar) fue 27 años en el grupo ambos sexos ( $27.3, \pm 10.5$ ) y en el sexo femenino ( $26.9, \pm 10.1$ ), y 28 años en el sexo masculino ( $27.9, \pm 11$ ) (López Steinmetz, 2017a). El 19% de la muestra tenía historia de intentos suicidas previos y el 28% había recibido algún diagnóstico de trastorno mental (López Steinmetz, 2017b), entre los cuales, trastornos relacionados con sustancias (24%) y trastornos del ánimo (20%) fueron los más frecuentes (López Steinmetz, 2017b, n.d.).

El perfil de métodos usados en intentos suicidas se analizó según: 1) uso de métodos: simple-combinado; y 2) tipos de métodos. 1) "Uso simple" agrupó los casos que usaron un solo método para realizar el intento suicida, mientras que "uso combinado" agrupó los casos que usaron dos o más métodos simultáneamente. 2) Los tipos de métodos registrados se agruparon siguiendo la clasificación de la CIE-10 (World Health Organization, 1994) para auto-lesión intencional (códigos X60-X84). En la muestra se hallaron tipos de métodos que se correspondieron sólo con los códigos X60-X65, X67-X70, X72, X76, X78 y X80. Por lo tanto, las categorías de tipos de métodos en las que se clasificaron los casos fueron las siguientes: auto-envenenamiento (o auto-intoxicación) intencional con medicamentos (X60, X61, X63 y X64); auto-envenenamiento intencional con narcóticos y psicodislépticos, i.e. drogas ilegales (X62); auto-envenenamiento intencional con alcohol (X65); auto-envenenamiento intencional con gases, i.e. monóxido de carbono y gas de escape de motor de vehículo (X67); auto-envenenamiento intencional con pesticidas (X68); auto-envenenamiento intencional con otros productos químicos y sustancias nocivas, e.g. productos de limpieza (X69); auto-lesión

intencional mediante ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación (X70); auto-lesión intencional por disparo de arma de fuego, i.e. arma corta (X72); auto-lesión intencional con fuego y llamas (X76); auto-lesión intencional mediante objeto cortante (X78); auto-lesión intencional por salto desde un lugar elevado (X80).

Debido a que el sexo y la edad son típicamente destacados como factores cruciales que determinan las dimensiones de suicidios intentados y consumados (Brent et al., 1999; Móscicki, 1994), el perfil de métodos usados en intentos suicidas fue caracterizado también según estos dos factores demográficos principales. El sexo fue analizado como variable dicotómica: femenino-masculino (por convención, usados como equivalentes de mujer-varón). La distribución por edad fue analizada en términos de franjas etarias, compuestas por estratos de 10 años de edad cada uno (rango total: 15-74 años).

### Análisis estadísticos

Se emplearon estadísticos descriptivos (frecuencias, porcentajes, proporciones, modo, razón) y se calcularon asociaciones entre métodos (uso simple-combinado; tipos de métodos) y factores demográficos principales (sexo; edad) con test de Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ). El nivel de significación estadística se fijó en  $p \leq .05$ . Cuando se hallaron asociaciones estadísticamente significativas, la fuerza de dichas asociaciones fue determinada con el coeficiente V de Cramer (V). Para realizar los análisis se utilizó R Studio versión 3.1.1 (2014-07-10).

## Resultados

### Uso simple-combinado de métodos en intentos suicidas

Totales y sexo. La mayoría de los casos (84%) usó un solo método en el intento suicida (tabla 1). La razón según sexo (femenino-masculino) fue 1.8 a 1 en el grupo que usó un solo método, mientras que fue 0.7 a 1 en el grupo que combinó métodos. La razón según uso de métodos (simple-combinado) fue 7.9 a 1 en casos femeninos y fue 3.3 a 1 en masculinos. Las diferencias halladas entre uso de métodos y sexo fueron estadísticamente significativas ( $\chi^2(1) = 12.5, p < .05$ ). La fuerza de la asociación fue de  $V = 0.2$ . El uso de un solo método en el intento suicida caracterizó a los casos femeninos y combinar métodos caracterizó a los masculinos.

Tabla 1.  
Casos de intento de suicidio según uso de métodos simple-combinado y sexo

Sexo	Uso de métodos		Total
	Simple	Combinado	
Femenino	260 (88.7%)	33 (11.3%)	293 (100%)
Masculino	144 (76.6%)	44 (23.4%)	188 (100%)
Ambos sexos	404 (84%)	77 (16%)	481 (100%)

$\chi^2(1) = 12.5, p < .05, V = 0.2$ .

Franjas etarias y sexo. El modo por edad fue 19.5 años tanto en el grupo que usó un solo método como en el que los combinó. Los casos que usaron un solo método en el intento suicida predominaron en todas las franjas etarias. No hubo casos que combinaran métodos en el intento suicida en las franjas etarias 55-64 y 65-74 años del sexo femenino, ni en 45-54 y 65-74 años del sexo masculino (tabla 2). No se hallaron diferencias significativas en el uso de métodos según franjas etarias en el grupo ambos sexos ( $\chi^2(4) = 2.1, p > .05$ ), en el sexo femenino ( $\chi^2(4) = 1.9, p > .05$ ) ni en el masculino ( $\chi^2(4) = 6.1, p > .05$ ) analizados separadamente.

Tabla 2.  
Casos de intento de suicidio según uso de métodos (simple o combinado) y franjas etarias en cada sexo y ambos sexos

Franjas etarias	Femeninos (n = 293)		$\chi^2$
	Uso de métodos		
	Simple	Combinado	
15-24	145 (55.8%)	16 (48.5%)	1.9 (4), $p > .05$
25-34	64 (24.6%)	9 (27.3%)	
35-44	34 (13.1%)	6 (18.2%)	
45-54	11 (4.2%)	2 (6.1%)	
55-64	4 (1.5%)	0 (0%)	
65-74	2 (0.8%)	0 (0%)	
Total	260 (100%)	33 (100%)	
Franjas etarias	Masculinos (n = 188)		$\chi^2$
	Uso de métodos		
	Simple	Combinado	
15-24	68 (47.2%)	28 (63.6%)	6.1 (4), $p > .05$
25-34	42 (29.2%)	10 (22.7%)	
35-44	17 (11.8%)	5 (11.4%)	
45-54	12 (8.3%)	0 (0%)	
55-64	3 (2.1%)	1 (2.3%)	
65-74	2 (1.4%)	0 (0%)	
Total	144 (100%)	44 (100%)	
Franjas etarias	Ambos sexos (n = 481)		$\chi^2$
	Uso de métodos		
	Simple	Combinado	
15-24	213 (52.7%)	44 (57.1%)	2.1 (4), $p > .05$
25-34	106 (26.2%)	19 (24.7%)	
35-44	51 (12.6%)	11 (14.3%)	
45-54	23 (5.7%)	2 (2.6%)	
55-64	7 (1.7%)	1 (1.3%)	
65-74	4 (1%)	0 (0%)	
Total	404 (100%)	77 (100%)	

**Tipos de métodos usados en el intento suicida**

Totales y sexo. Debido a los casos que combinaron métodos, la cantidad total de métodos registrados (n = 575) fue mayor que el total de casos de intento de suicidio (n = 481). En el grupo ambos sexos y en el sexo femenino, el modo por métodos fue auto-envenenamiento intencional con medicamentos, seguido en frecuencia por auto-lesión intencional mediante objeto cortante. En el sexo masculino, el modo por métodos fue auto-lesión intencional mediante objeto cortante, seguido en frecuencia por auto-envenenamiento intencional con medicamentos (tabla 3). Cabe mencionar que el 55.5% de los registros de auto-envenenamiento intencional con medicamentos (X60, X61, X63 y X64) en ambos sexos (58.4% en el sexo femenino,

46.4% en el sexo masculino) correspondió a auto-envenenamiento con psicotrópicos (X61) (datos no presentados). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el uso de tipos de métodos específicos según sexo ( $\chi^2(8) = 73.9, p < .05$ ). La fuerza de la asociación fue de  $V = 0.4$ . Principalmente, los casos femeninos se caracterizaron por el uso de auto-envenenamiento intencional con medicamentos como método, mientras que los casos masculinos se caracterizaron por el uso de auto-lesión intencional mediante ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, y por auto-envenenamiento intencional con alcohol como métodos. Cabe mencionar que el uso que le dieron los casos masculinos a los métodos auto-envenenamiento con alcohol y a auto-envenenamiento con drogas (ilegales) fue, fundamentalmente, el de potenciadores de otros métodos (datos no presentados).

Tabla 3.  
Tipos de métodos registrados en casos de intentos de suicidio según sexo

Tipos de métodos*	Sexo		
	Femenino	Masculino	Ambos sexos
Medicamentos (X60, X61, X63, X64)	173 (51.3%)	56 (23.5%)	229 (39.8%)
Drogas (X62)	6 (1.8%)	10 (4.2%)	16 (2.8%)
Alcohol (X65)	18 (5.3%)	35 (14.7%)	53 (9.2%)
Gases (X67)	2 (0.6%)	1 (0.4%)	3 (0.5%)
Pesticidas (X68)	23 (6.8%)	10 (4.2%)	33 (5.7%)
Productos de limpieza (X69)	6 (1.8%)	1 (0.4%)	7 (1.2%)
Ahorcamiento, estrangulamiento, sofocación (X70)	12 (3.6%)	27 (11.3%)	39 (6.8%)
Disparo de arma de fuego (X72)	0 (0%)	3 (1.3%)	3 (0.5%)
Fuego y llamas (X76)	1 (0.3%)	4 (1.7%)	5 (0.9%)
Objeto cortante (X78)	76 (22.5%)	81 (34%)	157 (27.3%)
Salto desde altura (X80)	20 (5.9%)	10 (4.2%)	30 (5.2%)
Total	337 (100%)	238 (100%)	575 (100%)

$\chi^2(8) = 73.9, p < .05, V = 0.4$

\* Clasificación según World Health Organization (1994).

Franjas etarias y sexo. El modo según tipos de métodos fue auto-envenenamiento intencional con medicamentos en todas las franjas etarias del grupo ambos sexos y del sexo femenino, mientras que fue auto-lesión intencional mediante objeto cortante en casi todas las franjas etarias (excepto en 65-74 años) del sexo masculino (tabla 4). No hubieron diferencias estadísticamente significativas en el uso de tipos de métodos específicos según franjas etarias en el grupo ambos sexos ( $\chi^2(15) = 17.1, p > .05$ ), en el sexo femenino ( $\chi^2(10) = 12.8, p > .05$ ) ni en el masculino ( $\chi^2(10) = 16.5, p > .05$ ) analizados separadamente.

Del total que correspondió al método auto-envenenamiento intencional con medicamentos (X60, X61, X63 y X64), cabe señalar que los porcentajes que correspondieron específicamente a auto-envenenamiento con psicotrópicos (X61) en cada franja etaria fueron los siguientes: grupo ambos sexos: 41.8% en 15-24 años, 62.9% en 25-34, 84.4% en 35-44, 61.5% en 45-54, y 50% tanto en 55-64 como en 65-74; Sexo femenino: 44.7% en 15-24, 65.3% en 25-34, 84.6% en 35-44, 70% en 45-54, 50% en 55-64, y 100% en 65-74; Sexo masculino: 32% en 15-24, 57.1% en 25-34, 83.3% en 35-44, 33.3% en 45-54, mientras que no fue utilizado en las franjas etarias 55-64 ni en 65-74.

Tabla 4.  
Casos de intentos de suicidio según tipos de métodos usados y franjas etarias en cada sexo y en ambos sexos

Tipos de métodos*	Femeninos					
	Franjas etarias					
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74
Medicamentos (X60, X61, X63, X64)	85 (47%)	49 (57%)	26 (55.3%)	10 (62.5%)	2 (50%)	1 (33.3%)
Drogas (X62)	3 (1.7%)	2 (2.3%)	1 (2.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Alcohol (X65)	9 (5%)	5 (5.8%)	3 (6.4%)	1 (6.2%)	0 (0%)	0 (0%)
Gases (X67)	1 (0.5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)
Pesticidas (X68)	13 (7.2%)	4 (4.6%)	5 (10.6%)	1 (6.2%)	0 (0%)	0 (0%)
Productos de limpieza (X69)	5 (2.8%)	1 (1.2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ahorcamiento, estrangulamiento, sofocación (X70)	7 (3.9%)	1 (1.2%)	1 (2.1%)	1 (6.2%)	1 (25%)	1 (33.3%)
Fuego y llamas (X76)	0 (0%)	1 (1.2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Objeto cortante (X78)	47 (26%)	18 (20.9%)	8 (17%)	2 (12.5%)	0 (0%)	1 (33.3%)
Salto desde altura (X80)	11 (6.1%)	5 (5.8%)	3 (6.4%)	1 (6.2%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	181 (100%)	86 (100%)	47 (100%)	16 (100%)	4 (100%)	3 (100%)
$\chi^2 (10) = 12.8, p > .05$						
Tipos de métodos*	Masculinos					
	Franjas etarias					
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74
Medicamentos (X60, X61, X63, X64)	25 (19.5%)	21 (32.8%)	6 (22.2%)	3 (25%)	0 (0%)	1 (50%)
Drogas (X62)	8 (6.2%)	2 (3.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Alcohol (X65)	22 (17.2%)	9 (14.1%)	2 (7.4%)	0 (0%)	2 (40%)	0 (0%)
Gases (X67)	1 (0.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Pesticidas (X68)	1 (0.8%)	4 (6.2%)	3 (11.1%)	2 (16.7%)	0 (0%)	0 (0%)
Productos de limpieza (X69)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3.7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ahorcamiento, estrangulamiento, sofocación (X70)	18 (14.1%)	3 (4.7%)	4 (14.8%)	1 (8.3%)	1 (20%)	0 (0%)
Disparo de arma de fuego (X72)	1 (0.8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (8.3%)	0 (0%)	1 (50%)
Fuego y llamas (X76)	2 (1.6%)	2 (3.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Objeto cortante (X78)	44 (34.4%)	21 (32.8%)	10 (37%)	4 (33.3%)	2 (40%)	0 (0%)
Salto desde altura (X80)	6 (4.7%)	2 (3.1%)	1 (3.7%)	1 (8.3%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	128 (100%)	64 (100%)	27 (100%)	12 (100%)	5 (100%)	2 (100%)
$\chi^2 (10) = 16.5, p > .05$						
Tipos de métodos*	Ambos sexos					
	Franjas etarias					
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74
Medicamentos (X60, X61, X63, X64)	110 (55.6%)	70 (46.7%)	32 (43.2%)	13 (46.4%)	2 (22.2%)	2 (40%)
Drogas (X62)	11 (3.6%)	4 (2.7%)	1 (1.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Alcohol (X65)	31 (10%)	14 (9.3%)	5 (6.8%)	1 (3.6%)	2 (22.2%)	0 (0%)
Gases (X67)	2 (0.6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (11.1%)	0 (0%)
Pesticidas (X68)	14 (4.5%)	8 (5.3%)	8 (10.8%)	3 (10.7%)	0 (0%)	0 (0%)
Productos de limpieza (X69)	5 (1.6%)	1 (0.7%)	1 (1.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ahorcamiento, estrangulamiento, sofocación (X70)	25 (8.1%)	4 (2.7%)	5 (6.8%)	2 (7.1%)	2 (22.2%)	1 (20%)
Disparo de arma de fuego (X72)	1 (0.3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3.6%)	0 (0%)	1 (20%)
Fuego y llamas (X76)	2 (0.6%)	3 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Objeto cortante (X78)	91 (29.4%)	39 (26%)	18 (24.3%)	6 (21.4%)	2 (22.2%)	1 (20%)
Salto desde altura (X80)	17 (5.5%)	7 (4.7%)	4 (5.4%)	2 (7.1%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	309 (100%)	150 (100%)	74 (100%)	28 (100%)	9 (100%)	5 (100%)
$\chi^2 (15) = 17.1, p > .05$						

\* Clasificación según World Health Organization (1994).

## Discusión y Conclusiones

Este estudio analizó el perfil de métodos utilizados en el total de 481 casos de intento suicida asistidos psicológicamente durante dos períodos bienales en el Servicio de Guardia del principal hospital público de Jujuy. Se halló que la mayoría de los casos usó un solo método en el intento suicida. Esta tendencia se observó en todas las franjas etarias. Estos hallazgos son consistentes con un reciente estudio que también halló que es frecuente la utilización de un solo método durante el intento suicida, ya que fue predominante en el 63.1% de los casos (Deisenhammer et al., 2016). En el presente estudio, sin embargo, el mencionado predominio fue aún más elevado (84%). Sin embargo, el uso de un solo método caracterizó particularmente a los casos femeninos. En contraste, los casos masculinos se caracterizaron por combinar métodos así como por usar métodos más violentos y potencialmente más letales en sus intentos suicidas (tales como auto-lesiones por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, por disparo con arma de fuego, y por fuego y llamas). En este sentido, hay estudios que reportan que el suicidio consumado después de un intento no fatal se asocia con el uso de métodos combinados (Birtwistle, Kelley, House, & Owens, 2017) y que los sujetos masculinos usan métodos más letales en sus intentos suicidas comparados con los femeninos (Beautrais, 2003; Brent et al., 1999). Ambos aspectos conjugados podrían explicar, en parte o bien completamente, las tasas de suicidio típicamente más altas en masculinos y la prevalencia del sexo femenino en intentos suicidas (Móscicki, 1994). En efecto, algunos estudios sugieren que la elección de métodos más letales por masculinos puede contribuir a sus altas tasas de suicidio (Brent et al., 1999). En cambio, otros estudios afirman que al menos entre jóvenes que realizan intentos suicidas graves, las diferencias de género en el resultado (suicidio consumado o intentado) se explican completamente por la elección del método y sugieren que las tasas de suicidio más altas

entre masculinos en las sociedades occidentales surgen de preferencias de género culturalmente determinadas en las elecciones de métodos; a pesar de ello, reconocen que existe la posibilidad de que otros factores específicos de género, tales como la agresividad y el uso de sustancias, puedan contribuir a dichas tasas en algunos contextos (Beautrais, 2003). En la provincia de Jujuy hay estadísticas oficiales sobre suicidios pero no sobre intentos suicidas. Tal como en los estudios antes mencionados, los datos locales también reportan tasas de suicidio más altas en masculinos (Dirección General de Epidemiología Jujuy, 2013). En cuanto a los intentos suicidas, en un estudio previo realizado en Jujuy (López Steinmetz, 2017a) encontramos más casos femeninos que masculinos, pero también encontramos esta preponderancia femenina en todos los demás casos asistidos por otros motivos de consulta psicológica en urgencias. Además, aunque las diferencias halladas según sexo no alcanzaron significación estadística, el índice de masculinidad fue más alto en intento de suicidio que en otros motivos de consulta psicológica en urgencias. Dichos hallazgos anteriores, junto con los resultados presentados aquí, sugieren que las preferencias de sexo en las elecciones de métodos podrían explicar en parte, pero no completamente, las diferencias en la prevalencia local de casos de suicidio consumado e intentado.

En el presente estudio se evidenció la frecuente utilización del alcohol como método en intentos de suicidio. Ello sugiere que el fortalecimiento de políticas públicas, tal como el cumplimiento de la restricción de la venta de bebidas alcohólicas a menores, podría tener utilidad para la prevención de intentos suicidas, además de su obvia utilidad para la prevención de trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Asimismo, se halló que los casos masculinos se caracterizaron por usar alcohol y drogas (ilegales) como métodos, los cuales fueron usados principalmente como potenciadores de otros métodos. Al respecto, en un análisis anterior (López Steinmetz, 2017b) hallamos que los trastornos relacionados con sustancias, especialmente

dependencia de alcohol, caracterizaron a casos masculinos de intento suicida. Considerados en conjunto, estos hallazgos sugieren una posible interrelación entre diagnósticos de trastorno mental y métodos en intentos de suicidio masculinos. En este sentido, numerosos estudios destacaron asociaciones entre: suicidio y sobredosis (Bohnert, Roeder, & Ilgen, 2010); suicidio y consumo de alcohol, ya sea intoxicación (Norström & Rossow, 2016) o dependencia de alcohol (Wilcox, Conner, & Caine, 2004); uso agudo de alcohol y una mayor probabilidad de intento de suicidio, en particular a dosis elevadas (Borges et al., 2017); intentos de suicidio y una mayor probabilidad de aparición de dependencia de sustancias (Agrawal et al., 2017). Al mismo tiempo, se reportó que entre quienes intentan suicidarse, los alcohólicos y los usuarios de drogas más frecuentemente son masculinos (Hawton, Simkin, & Fagg, 1997). Además, hay evidencias de que los usuarios de sustancias que intentan suicidarse son más propensos a informar una sobredosis y viceversa, por lo que se sugirió que esta relación puede explicarse parcialmente por el hecho de que la sobredosis es un método comúnmente utilizado en suicidios (Bohnert, Roeder, & Ilgen, 2011).

Los hallazgos presentados aquí coincidieron con estudios que también reportaron auto-intoxicación con medicamentos y auto-lesión mediante objeto cortante como los métodos más frecuentes en intentos suicidas (Birtwistle et al., 2017; Miller et al., 2013). Además, como reportó el estudio de Lilley et al. (2008), contrario a la creencia popular, las auto-lesiones mediante objeto cortante ocurrieron en una mayor proporción de hombres que de mujeres. Lo hallado también coincidió con estudios que reportaron que el predominio de auto-intoxicación con medicamentos es especialmente cierto en casos femeninos (Beautrais, 2003; Mateos Rodríguez, Huerta Arroyo, & Benito Vellisca, 2007) y que, en particular, es frecuente el uso de medicamentos psicotrópicos (Mateos Rodríguez et al., 2007). Los resultados presentados aquí muestran que medicamentos en general, y especialmente medicamentos

psicotrópicos, estuvieron ampliamente disponibles para ser usados como métodos no violentos en intentos suicidas. Estos hallazgos son potencialmente útiles para la prevención ya que la disponibilidad de medicamentos para este uso se puede reducir, por ejemplo, disminuyendo su venta sin receta mediante el refuerzo de las políticas de control en la venta de medicamentos.

Hay evidencias de que quienes realizan intentos suicidas repetidos, en su mayoría (67%) (Lilley et al., 2008) o en un alto porcentaje (46.5%) (Deisenhammer et al., 2016), usan el mismo tipo de métodos en episodios posteriores. Al mismo tiempo, hay indicios de que los individuos que inicialmente usan un método no violento en el primer intento suicida muestran una mayor estabilidad en la elección del método en intentos posteriores (Deisenhammer et al., 2016; Huang et al., 2014). Especialmente, el método de auto-intoxicación es el menos propenso a cambiar en intentos suicidas repetidos (Owens et al., 2015). Por otra parte, hay estudios que mostraron que la mayoría de los sujetos que intentaron suicidarse habían recibido tratamiento médico antes de la tentativa, por lo que podrían haber tenido medicamentos recetados a su alcance, lo que sugiere que la estabilidad en la elección del método podría explicarse por la presumiblemente mayor disponibilidad (Deisenhammer et al., 2016). Al respecto, cabe mencionar que el 23% de la muestra analizada en el presente estudio estuvo bajo tratamiento médico antes del intento suicida o en el momento del mismo –debido a trastornos mentales (19.7%) (López Steinmetz, 2017b) o debido a enfermedades orgánicas (3.3%) (López Steinmetz, n.d.)–, por lo que pudieron haber tenido medicamentos recetados a su alcance. En estos casos, insistir en la importancia de delegar el control de la medicación en un adulto responsable sería útil para fines preventivos.

Si es cierto que el uso de un método no violento en el primer intento de suicidio predice la estabilidad del método en aproximadamente la mitad de los intentos posteriores (Deisenhammer et al., 2016), y teniendo en cuenta que restringir el acceso a

un método específico no parece conducir a un aumento en la sustitución por otros métodos (Daigle, 2005; Law et al., 2014; Skegg & Herbison, 2009), entonces la alta frecuencia de métodos no violentos encontrada en la muestra –tales como auto-envenenamiento con medicamentos, pero también con productos de limpieza, con gases y con pesticidas, además de auto-lesiones mediante objeto cortante– permite sugerir que muchos de los intentos suicidas locales podrían prevenirse al limitar el acceso a algunos de estos métodos o su disponibilidad. No obstante, algunos de estos métodos son difíciles de restringir. Sumado a ello, dado que ya demostramos que algunas de las características identificadas como típicas de intentos suicidas en casuísticas foráneas no caracterizan a la casuística local (López Steinmetz, 2015, 2017a, 2017b), estas inferencias deben tomarse con precaución y se necesitarán más investigaciones para probar dicha hipótesis y para analizar la estabilidad de los métodos en datos locales.

Como se indicó anteriormente, los métodos violentos no fueron prevalentes. No obstante ello, caben algunos señalamientos finales al respecto. A fines preventivos, algunos métodos violentos, tales como auto-lesiones mediante ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (6.8%), y mediante fuego y llamas (0.9%), son difíciles de restringir. En cambio, el salto desde un lugar elevado (5.2%) podría ser restringido. Dado que estudios foráneos muestran que restringir el acceso a puntos suicidas no traslada el problema a otra ubicación (Daigle, 2005; Law et al., 2014; Skegg & Herbison, 2009), en futuras investigaciones locales será necesario determinar cuáles son los sitios de salto más usados en intentos suicidas y suicidios consumados a fin de restringir su acceso.

**Contribución de los autores:**

a) Concepción y diseño del trabajo; b) Adquisición de datos; c) Análisis e interpretación de datos; d) Redacción del manuscrito; e) revisión crítica del manuscrito.

L.C.L.S. ha contribuido en a,b,c,d,e

## Referencias

- Agrawal, A., Tillman, R., Grucza, R. A., Nelson, E. C., McCutcheon, V. V., Few, L., ... Buchholz, K. K. (2017). Reciprocal relationships between substance use and disorders and suicidal ideation and suicide attempts in the Collaborative Study of the Genetics of Alcoholism. *Journal of Affective Disorders*, 213, 96-104. doi: 10.1016/j.jad.2016.12.060
- Ajdacic-Gross, V., Weiss, M. G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., & Rossler W. (2008). Methods of suicide: International suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 726-732.
- Beautrais, A. L. (2000). Methods of youth suicide in New Zealand: Trends and implications for prevention. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 413-419. doi: 10.1080/j.1440-1614.2000.00690.x
- Beautrais, A. L. (2003). Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1093-1099. doi: 10.1176/appi.ajp.160.6.1093
- Beghi, M., Rosenbaum, J. F., Cerri, C., & Cornaggia, C. M. (2013). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: A literature review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1725-1736. doi: 10.2147/NDT.S40213
- Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Ness, J., Cooper, J., Steeg, S., & Kapur, N. (2012). How do methods of non-fatal self-harm relate to eventual suicide? *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 526-533. doi: 10.1016/j.jad.2011.10.036
- Bhaskaran, J., Wang, Y., Roos, L., Sareen, J., Skakum, K., & Bolton, J. M. (2014). Method of suicide attempt and reaction to survival as predictors of repeat suicide attempts: A longitudinal analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(8), e802-e808. doi: 10.4088/JCP.13m08879
- Birtwistle, J., Kelley, R., House, A., & Owens, D. (2017). Combination of self-harm methods and fatal and non-fatal repetition: A cohort study. *Journal of*

- Affective Disorders*, 218, 188-194. doi: 10.1016/j.jad.2017.04.027
- Bohnert, A. S., Roeder, K. M., & Ilgen, M. A. (2010). Unintentional overdose and suicide among substance users: A review of overlap and risk factors. *Drug and Alcohol Dependence*, 110(3), 183-192. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.03.010
- Bohnert, A. S., Roeder, K. M., & Ilgen, M. A. (2011). Suicide attempts and overdoses among adults entering addictions treatment: comparing correlates in a U.S. National study. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1-2), 106-112. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.05.032
- Borges, G., Bagge, C. L., Cherpitel, C. J., Conner, K. R., Orozco, R., & Rossow, I. (2017). A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological Medicine*, 47(5), 949-957. doi: 10.1017/S0033291716002841
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L. (1999). Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1497-1505. doi: 10.1097/00004583-199912000-00010
- Bridge, J. A., McBee-Strayer, S. M., Cannon, E. A., Sheftall, A. H., Reynolds, B., Campo, J. V., ... Brent, D. A. (2012). Impaired decision making in adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(4), 394-403. doi: 10.1016/j.jaac.2012.01.002
- Daigle, M. S. (2005). Suicide prevention through means restrictions: Assessing the risk of substitution: A critical review and synthesis. *Accident; Analysis and Prevention*, 37(4), 625-632. doi: 10.1016/j.aap.2005.03.004
- Deisenhammer, E. A., Kuen, D., Ing, Ch.-M., Kemmler, G., Defrancesco, M., von Gleissenthall, G., & Weiss, E. M. (2016). Stability in the choice of method during the period preceding a suicide attempt and in attempt repeaters. *The European Journal of Psychiatry*, 30(3), 205-217.
- Dirección General de Epidemiología Jujuy (2013). Boletín de vigilancia: enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Boletín N° 1: mortalidad. Jujuy: Ministerio de Salud.
- Dombrowski, A. Y., Clark, L., Siegle, G. J., Butters, M. A., Ichikawa, N., Sahakian, B., & Szanto, K. (2010). Reward/punishment reversal learning in older suicide attempters. *The American Journal of Psychiatry*, 167(6), 699-707. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09030407
- Grasso, L. (1999). *Introducción a la estadística en ciencias sociales y del comportamiento*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Hawton, K., Simkin, S., & Fagg, J. (1997). Deliberate self-harm in alcohol and drug misusers: Patient characteristics and patterns of clinical care. *Drug and Alcohol Review*, 16(2), 123-129. doi: 10.1080/09595239700186411
- Huang, Y. C., Wu, Y. W., Chen, C. K., & Wang, L. J. (2014). Methods of suicide predict the risks and method-switching of subsequent suicide attempts: A community cohort study in Taiwan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 711-718. doi: 10.2147%2FNDT.S61965
- Jollant, F., Bellivier, F., Leboyer, M., Astruc, B., Torres, S., Verdier, R., ... Courtet P. (2005). Impaired decision making in suicide attempters. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 304-310. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.304
- Law, C. K., Svetlicic, J., & De Leo, D. (2014). Restricting access to a suicide hotspot does not shift the problem to another location. An experiment of two river bridges in Brisbane, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 38(2), 134-138. doi: 10.1111/1753-6405.12157
- Lilley, R., Owens, D., Horrocks, J., House, A., Noble, R., Bergen, H., ... Kapur N. (2008). Hospital care and repetition following self-harm: Multicentre comparison of self-poisoning and self-injury. *The British Journal of Psychiatry*, 192(6), 440-445. doi: 10.1192/bjp.bp.107.043380
- López Steinmetz, L. C. (2015). Marcadores temporales de riesgo supuesto en casos asistidos psicológicamente en un Servicio

- de Guardia: descripción de sus distribuciones y confrontación de la hipótesis de asociación entre temporalidad y conductas suicidas. *Investigaciones en Psicología*, 20(2), 79-93.
- López Steinmetz, L. C. (2017a). Caracterización de riesgo diferencial-demográfico en urgencias psicológicas: intento de suicidio y otros motivos de consulta. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 9(1), 44-53.
- López Steinmetz, L. C. (2017b). Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 89-100. doi: 10.22235/cp.v11i1.1350
- López Steinmetz L. C. (n.d.). *Coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas: un enfoque psicoanalítico y epidemiológico* (Tesis de Doctorado). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Mateos Rodríguez, A. A., Huerta Arroyo, A., & Benito Vellisca, M. A. (2007). Características epidemiológicas del intento autolítico por fármacos. *Emergencias*, 19(5), 251-254.
- Miller, M., Hempstead, K., Nguyen, T., Barber, C., Rosenberg-Wohl, S., & Azrael, D. (2013). Method choice in nonfatal self-harm as a predictor of subsequent episodes of self-harm and suicide: Implications for clinical practice. *American Journal of Public Health*, 103(6), e61-e68. doi: 10.2105/AJPH.2013.301326
- Milner, A., Witt, K., Maheen, H., & LaMontagne, A. D. (2017). Access to means of suicide, occupation and the risk of suicide: A national study over 12 years of coronial data. *BMC Psychiatry*, 17(1), 125. doi: 10.1186/s12888-017-1288-0
- Móscicki, E. K. (1994). Gender differences in completed and attempted suicides. *Annals of Epidemiology*, 4(2), 152-158. doi: 10.1016/1047-2797(94)90062-0
- Norström, T., & Rossow, I. (2016). Alcohol consumption as a risk factor for suicidal behavior: A systematic review of associations at the individual and at the population level. *Archives of Suicide Research*, 20(4), 489-506. doi: 10.1080/13811118.2016.1158678
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
- Owens, D., Kelley, R., Munyombwe, T., Bergen, H., Hawton, K., Cooper, J., ... Kapur, N. (2015). Switching methods of self-harm at repeat episodes: Findings from a multicentre cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 180, 44-51. doi: 10.1016/j.jad.2015.03.051
- Runeson, B., Tidemalm, D., Dahlin, M., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2010). Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: National long term cohort study. *BMJ*, 341, c3222. doi: 10.1136/bmj.c3222
- Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., & Roy, A. (2011). Controlling access to suicide means. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(12), 4550-4562. doi: 10.3390/ijerph8124550
- Skegg, K., & Herbison, P. (2009). Effect of restricting access to a suicide jumping site. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(6), 498-502. doi: 10.1080/00048670902873698
- Too, L. S., Spittal, M. J., Bugeja, L., McClure, L., & Milner, A. (2016). Individual and community factors for railway suicide: A matched case-control study in Victoria, Australia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(6), 849-856. doi: 10.1007/s00127-016-1212-9
- Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, S11-S19. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003
- World Health Organization (1994). Chapter XX. External causes of morbidity and mortality (V01-Y98). Intentional self harm (X60-X84). En: WHO, *Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders* (pp. 68-70). Edinburgh: Churchill Livingstone.