



Ahogamiento intencional como método de lesión autoinflingida y suicidio: un análisis de veintiún años en Galicia

Intentional drowning as a method of self-inflicted injury and suicide: a 21-year analysis of Galicia

AUTORES

- (1,2) Patricia Sánchez-Lloria
 (2) Roberto Barcala-Furelos
 (2,3) Martín Otero-Agra
 (4) Silvia Aranda-García
 (5,6,7) Santiago Martínez-Isasi
 (8,9) Ignacio Muñoz-Barús
 (5,6,7,10) Antonio Rodríguez-Núñez
 (1) José Antonio Iglesias-Vázquez

FILIACIONES

- (1) Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061 (FPUSG-061). Servicio Gallego de Salud. SANTIAGO DE COMPOSTELA, ESPAÑA.
 (2) Grupo de Investigación REMOSS (Rendimiento y Motricidad para el Salvamento y el Socorrismo). Facultad de Educación y Ciencias del Deporte. Universidade de Vigo. PONTEVEDRA, ESPAÑA.
 (3) Escuela de Enfermería de Pontevedra. Universidade de Vigo. PONTEVEDRA, ESPAÑA.
 (4) Grupo de Investigación GRAFAIS (Actividad Física, Alimentación y Salud). Institut Nacional d'Educació Física de Catalunya. Universitat de Barcelona. BARCELONA, ESPAÑA.
 (5) Grupo de Investigación CLINURSID (Enfermería clínica, Urgencias, simulación e innovación docente). Escuela de Enfermería. Universidad de Santiago de Compostela. SANTIAGO DE COMPOSTELA, ESPAÑA.
 (6) Simulación, soporte vital y cuidados intensivos (SICRUS). Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IIS). SANTIAGO DE COMPOSTELA, ESPAÑA.
 (7) Intervenciones de Atención Primaria para la Prevención de Enfermedades Crónicas Maternoinfantiles de Origen Perinatal y del Desarrollo (RICORS) (RD 21/0012/0025). Instituto Carlos III. MADRID, ESPAÑA.
 (8) Departamento de Ciencias Forenses, Anatomía Patológica, Ginecología y Obstetricia, Pediatría. Universidad de Santiago de Compostela. SANTIAGO DE COMPOSTELA, ESPAÑA.
 (9) Instituto de Ciencias Forenses. Universidad de Santiago de Compostela. SANTIAGO DE COMPOSTELA, ESPAÑA.
 (10) Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. SANTIAGO DE COMPOSTELA, ESPAÑA.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

CONCEPTUALIZACIÓN, METODOLOGÍA, INVESTIGACIÓN, VALIDACIÓN, REDACCIÓN-REVISIÓN, EDICIÓN: P. Sánchez-Lloria, R. Barcala-Furelos, M. Otero-Agra, S. Aranda-García, S. Martínez-Isasi, I. Muñoz-Barús, A. Rodríguez-Núñez, J.A. Iglesias-Vázquez.

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido ninguna financiación.

CORRESPONDENCIA

Roberto Barcala-Furelos roberto.barcala@uvigo.es

Facultad de Ciencias de la Educación y el Deporte. Universidade de Vigo. A Xunqueira, s/n. CP 36005. Pontevedra, España.

CITA SUGERIDA

Sánchez-Lloria P, Barcala-Furelos R, Otero-Agra M, Aranda-García S, Martínez-Isasi S, Muñoz-Barús I, Rodríguez-Núñez A, Iglesias-Vázquez JA. Ahogamiento intencional como método de lesión autoinflingida y suicidio: un análisis de veintiún años en Galicia. Rev Esp Salud Pública. 2026; 100: 19 de enero e202601001.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

NOTAS



RESUMEN

FUNDAMENTOS // El ahogamiento y el suicidio son fenómenos complejos interconectados y representan importantes problemas de Salud Pública. El objetivo de este trabajo fue identificar y describir las características y factores asociados a los ahogamientos intencionales en Galicia (España), analizando una cohorte retrospectiva de veintidós años.

MÉTODOS // Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal (2001-2021) que analizó una cohorte de pacientes de entre cero y cien años atendidos por unidades de Soporte Vital Básico y Avanzado (SVB/SVA) del FPUSG 061 y por centros hospitalarios del Servicio Gallego de Saúde (SERGAS). Se incluyeron los registros codificados con diagnóstico de ahogamiento o casi ahogamiento, recodificados como *ahogado mortal* y *no mortal* según recomendaciones internacionales, así como aquellos que contenían los términos *suicidio*, *autolisis* o *intento autolítico* en los registros asistenciales o hospitalarios.

RESULTADOS // Se documentaron 99 casos, representando el 9% de todos los ahogamientos en Galicia y el 14% de las personas ahogadas mayores de sesenta y cinco años. El 82% de las víctimas eran residentes del municipio donde ocurrió el incidente y el 60% eran mujeres. El 99% tenía diagnóstico previamente algún trastorno de salud mental. Las personas mayores de sesenta y cinco años representaron el 53% de los casos, con una tasa de mortalidad del 50%. La presencia de testigos se asoció con menor mortalidad.

CONCLUSIONES // Existe una relación entre los ahogamientos con fines autolíticos y los trastornos de salud mental. En estos eventos, la presencia de testigos es un factor protector, mientras que la edad avanzada es un factor de riesgo de mortalidad. El ahogamiento intencional es un problema de salud complejo y poco estudiado, por lo que se deberían poner en marcha estrategias de prevención y Salud Pública para disminuir estas muertes evitables.

PALABRAS CLAVE // Ahogamiento; Sumersión; Suicidio; Autolisis; Salud mental; Prevención; Salud Pública; Galicia.

ABSTRACT

BACKGROUND // Drowning and suicide are interconnected complex phenomena and represent significant Public Health issues. The aim of this paper was to identify and describe the characteristics and factors associated with intentional drownings in Galicia (Spain), analyzing a retrospective cohort of twenty-one years.

METHODS // A descriptive, retrospective, and longitudinal study (2001-2021) was conducted analyzing a cohort of patients aged 0 to 100 years who were treated by Basic and Advanced Life Support (BLS/ALS) units of the FPUSG 061 and by hospitals within the Galician Health Service (SERGAS). Records coded with a diagnosis of drowning or near-drowning were included and were recoded as *fatal* or *non-fatal* drowning according to international recommendations. Additionally, records containing the terms *suicide*, *self-harm*, or *suicide attempt* in prehospital or hospital documentation were also included.

RESULTS // Ninety-nine cases were documented, representing 9% of all drownings in Galicia and 14% of individuals aged over sixty five who drowned. Eighty-two percent of the victims were residents of the municipality where the incident occurred, and 60% were women. Ninety-nine percent had a prior diagnosis of mental health disorder. Individuals over sixty five accounted for 53% of the cases, with a mortality rate of 50%. The presence of witnesses was associated with lower mortality.

CONCLUSIONS // There is a relationship between intentional drownings and mental health disorders. In these events, the presence of witnesses is a protective factor, while advanced age is a risk factor for mortality. Intentional drowning is a complex and understudied health issue, so prevention and Public Health strategies should be implemented to reduce these preventable deaths.

KEYWORDS // Drowning; Submersion; Suicide; Self-harm; Mental health; Public Health; Galicia.

INTRODUCCIÓN

El ahogamiento y el suicidio son fenómenos complejos que pueden interaccionar entre sí, expresando cierta conexión entre la salud mental y los intentos autolíticos. Sin embargo, el ahogamiento suele ser conceptualizado como un proceso en lugar de un acto, lo que conduce a que, con frecuencia, se clasifique el ahogamiento fatal como una muerte no intencional.

A nivel global se estima que fallecen ahogadas cada año cerca de 300.000 personas (1), lo que supone la segunda causa de muerte no intencional después de los accidentes de tráfico (2). Lo que es poco conocido es que el ahogamiento por sumersión también es un método común de suicidio (3), pudiendo llegar a suponer el 15,5% de las personas ahogadas (4). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima anualmente unas 800.000 muertes por suicidio, así como numerosos intentos por cada fallecimiento (5). En España, el suicidio es la causa de muerte violenta más prevalente, superando en número (el doble) a los accidentes de tráfico (6,7) y con una relación de riesgo según la zona de residencia y el sexo (8). En este contexto, el ahogamiento, (tanto intencional como no intencional) es un problema de Salud Pública (9,10) relacionado con los determinantes sociales de salud (11) sobre el que debería investigarse para conocer sus desencadenantes y así poder desarrollar políticas de prevención y control efectivas (12).

En los últimos años se ha relacionado el ahogamiento con condiciones médicas preexistentes (13) entre las que se encuentran los problemas de salud mental como la depresión (14), y que tienen un especial impacto entre las personas mayores (13-15).

Estos hechos sugieren la hipótesis de que numerosos ahogamientos, inicialmente codificados como *muerte no intencional*, podrían ser en realidad intentos autolíticos. Hasta donde sabemos, no se ha realizado ningún estudio en España que aborde el ahogamiento como método autolítico (suicidio o lesión autoinflingida), que abarque desde el origen del incidente hasta el resultado final prehospitalario u hospitalario (*éxitus* o supervivencia). Por tanto, esta investigación tuvo como objetivo identificar y describir las características de los ahogamientos intencionales en Galicia, considerando las relaciones entre la franja etaria, el sexo, la localización del suceso, la patología psiquiátrica previa y el pronóstico de la víctima, analizando una cohorte retrospectiva de veintiún años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño. Se elaboró un diseño cuantitativo, descriptivo y retrospectivo longitudinal que analizó una cohorte con edades comprendidas entre los cero y los cien años.

Recolección de datos. Los datos se recogieron del registro de FPUS O61 Galicia,

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

de pacientes atendidos por unidades de Soporte Vital Básico (SVB) y de Soporte Vital Avanzado (SVA) (ambulancias y helicópteros), así como de los datos hospitalarios relativos a los ingresos hospitalarios en centros del Servicio Galego de Saúde (SERGAS) de estos pacientes obtenidos por el aplicativo informático IANUS, a través del acceso personal e intransferible que proporciona el Sergas. La fecha de monitorización de datos fue desde el 1 de enero de 2001 hasta el 31 de diciembre de 2021. Los datos fueron recolectados por P Sánchez-Lloria y el personal sanitario colaborador en este estudio. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Fundación Biomédica Galicia Sur (código 2020/030, 21/01/2020) y se realizó siguiendo las consideraciones éticas de la *Declaración de Helsinki*.

Criterios de elegibilidad. Se establecieron dos criterios objetivos de inclusión: a) registros codificados con el diagnóstico de ahogamiento o casi ahogamiento por el personal médico que realizó la asistencia o por el personal de la Central de Coordinación del FPUS 061. Los autores recodificaron ahogamiento como *ahogado mortal* y casi ahogamiento como *ahogado no mortal*, de acuerdo a las recomendaciones internacionales (16); b) que apareciesen los términos de *suicidio*, *autolisis*, *tentativa autolítica* o *intento de suicidio* en el registro asistencial del FPUS 061, registro del personal de Atención Primaria o el informe de asistencia hospitalaria. Se excluyeron los historiales de muerte intencional que no fuesen en entornos acuáticos.

Variables. Se analizaron tres tipos de variables:

a) Biodemográficas: sexo; edad; localidad.

- b) Descriptivas: tipo de municipio (costero frente a interior y urbano frente a rural); provincia; periodo estacional (primavera, verano, otoño, invierno); franja horaria; presencia de testigos.
- c) Asistencia médica y resultado del intento autolítico: supervivencia (con o sin morbilidad); fallecimiento (*éxitus in situ* u hospitalario).

Tamaño muestral. Los datos recogidos de los sujetos de estudio representaron el 100% de los registros disponibles codificados por el personal médico que realizaba la asistencia o por el personal de la Central de Coordinación, con el diagnóstico de ahogamiento o casi ahogamiento.

Aspectos éticos. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Fundación Biomédica Galicia Sur (código 2020/030, 21/01/2020) y se realizó siguiendo las consideraciones éticas de la *Declaración de Helsinki*.

Análisis Estadístico. El análisis estadístico se realizó con el programa *IBM SPSS Statistics* versión 21 para *Windows* (Armonk, NY, EE.UU.). En el caso de las variables cualitativas, la descripción se realizó a través de frecuencias absolutas y relativas. En el caso de las variables cuantitativas, la descripción se realizó a través de medidas de tendencia central (mediana) y de dispersión (rango intercuartílico; RIC). Para la comparación de los factores en las variables cualitativas, se utilizó el test Chi Cuadrado y el test V de Cramer en las comparaciones estadísticamente significativas para calcular el tamaño del efecto. Para la clasificación del tamaño del efecto se utilizaron los siguientes rangos: Pequeño (0,1-0,3); Mediano (0,3-0,5); Grande (mayor de

0,5). Se utilizó un valor de $p < 0,05$ para todos los análisis.

RESULTADOS

De las 1.083 personas ahogadas en Galicia, la muestra final de este estudio fue de 99 personas que representaron el 9% en la que la causa fue la tentativa de suicidio.

Variables biodemográficas. Los resultados de las variables biogeográficas de las víctimas se muestran en la **Tabla 1**. De las 99 personas ahogadas debido a una tentativa de suicidio en Galicia,

el 82% estaban empadronadas en el mismo municipio en el que ocurrió el suceso, siendo un 60% de sexo femenino. Es destacable que casi la totalidad (99%) de las víctimas habían sido diagnosticadas previamente de algún tipo de trastorno de salud mental. En relación a la edad, un 53% de las víctimas fueron personas mayores (sesenta y cinco años o más), teniendo en cuenta que en torno al 25% de la población gallega está en ese rango de edad. Un 36% tenían entre treinta y seis y sesenta y cuatro años; un 9% entre dieciocho y treinta y cinco años y solamente hubo un caso de una persona menor de edad.

Tabla 1
 Variables biodemográficas de ahogamiento intencional.

Variables	Total (N=99)		15-17 años (N=1)		18-35 años (N=9)		36-64 años (N=36)		≥65 años (N=52)		p	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sexo	Mujer	59	60%	1	100%	4	44%	22	61%	31	60%	p=0,69
	Hombre	40	40%	0	0%	5	56%	14	39%	21	40%	
Origen en relación al suceso	Del mismo municipio del suceso	80	82%	1	100%	8	89%	26	72%	45	86%	p=0,32
	De distinto municipio del suceso	18	18%	0	0%	1	11%	10	28%	7	14%	
Diagnosticada con patología psiquiátrica		96	99%	1	100%	9	100%	34	97%	52	100%	p=0,62

Nota: N=1 con edad desconocida: Mujer/de origen gallego/con patología psiquiátrica.

Descriptivas del intento autolítico (suicidio o lesión autoinflingida). Los resultados de las variables que caracterizan los incidentes se muestran en la **TABLA 2**, en la **FIGURA 1** y en los **ANEXOS**. A Coruña fue la provincia con mayor número de casos (38%), seguida de Pontevedra (35%), Ourense (14%) y Lugo (12%). El número de casos por año osciló entre dos y nueve, siendo 2021 el año con mayor número de casos registrados y 2006 el año con menor número. Un 64% de los sucesos tuvieron lugar en un municipio costero. La distribución por estaciones fue similar (25% en cada una de ellas). Hubo un mayor número de casos entre semana (60%), registrándose el mayor número de casos entre las 10 y las 15 horas (40%). En cuanto a la relación entre las franjas etarias y el lugar de residencia, las personas mayores de ámbito rural presentaron un mayor porcentaje de intentos de suicidios en comparación a las que residieron en entornos urbanos (63% frente a 37%), al contrario que ocurrió con los adultos jóvenes, que preferentemente intentaron el suicidio en entornos urbanos (rural 11% frente a urbano 89%). Hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos etarios ($p=0,004$; $Es=0,37$) [**TABLA 2**].

Los datos globales mostraron que, aproximadamente, en uno de cada dos intentos de suicidio había un testigo presente (56%); sin embargo, se apreció una variación significativa asociada a la edad. Cuánto más mayor fue la víctima, también mayor fue el intento suicida no presenciado (sin testigos), en contraposición con las personas más jóvenes ($p=0,008$; $ES=0,40$) [**TABLA 2**].

En relación a la presencia o no de testigos, al valorar factores relacionados con las características de los

municipios, destacó la alta frecuencia de casos presenciados en municipios urbanos y costeros ($n=29$, 53%). También destacó la alta frecuencia de casos no presenciados en municipios rurales y de interior ($n=16$, 41%), con un alto número de casos de personas mayores ($n=2$, 75%). En relación a sucesos en municipios urbanos, los suicidios ocurrieron preferentemente en playa o mar ($n=24$, 52%) y en río o embalse ($n=17$, 37%), donde menos ocurrieron fue en piscinas ($n=5$, 11%). En los entornos rurales se observó una presencia de localizaciones más repartida, con mayor proporción de casos en piscinas y apareciendo localizaciones como pozos, lavaderos o pilones [**FIGURA 1**].

No se observaron diferencias del sexo con ninguna de las variables analizadas.

Asistencia médica y resultado del intento autolítico. Los resultados relativos a la asistencia a las víctimas se muestran en la **FIGURA 2**. En un 35% de los casos, las víctimas se encontraban en parada cardiorrespiratoria a la llegada de los servicios de emergencias, cifra que fue del 50% en las personas mayores. En un 15% de los sucesos, los testigos iniciaron reanimación cardiopulmonar básica (RCP). Un 29% de los casos ($n=28$) consumaron el intento autolítico en la escena (siendo declarados *éxitus in situ*, sin iniciar medidas de RCP por los profesionales).

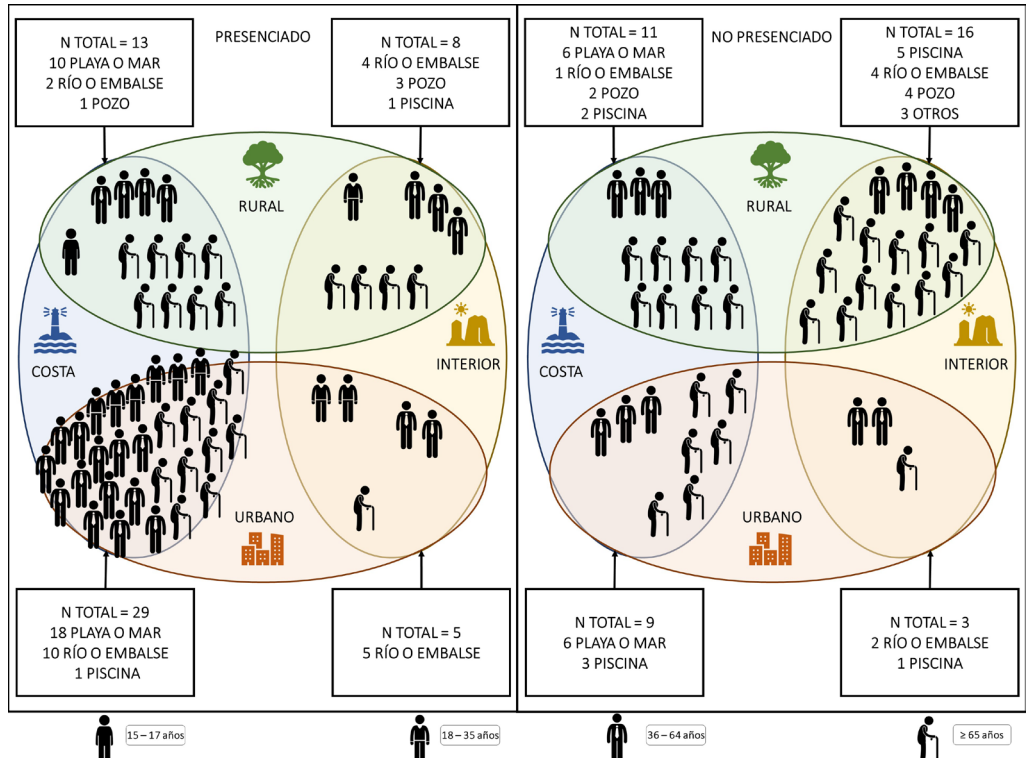
De las 70 personas que no fallecieron en el suceso (71%), un 47% necesitaron únicamente asistencia en Urgencias, un 12% en una planta hospitalaria y un 27% precisaron su ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos. Un 33% de los pacientes (55% de las personas mayores) desarrollaron algún grado de

Tabla 2
Caracterización del incidente.

Variables		Total (N=99)		15-17 años (N=1)		18-35 años (N=9)		36-64 años (N=36)		≥65 años (N=52)		p
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Tipo de municipio	Costero	63	64%	1	100%	6	67%	24	67%	32	61%	p=0,84
	De interior	36	36%	0	0%	3	33%	12	33%	20	39%	
Tipo de municipio del suceso	Urbano	48	49%	0	0%	8	89%	20	56%	19	37%	b vs d=0,004 (0,37)
	Rural	51	51%	1	100%	1	11%	16	44%	33	63%	
Provincia del suceso	A Coruña	38	38%	1	100%	1	11%	18	50%	18	35%	p=0,56
	Lugo	12	12%	0	0%	2	22%	3	8%	7	13%	
	Ourense	14	14%	0	0%	1	11%	5	14%	7	13%	
	Pontevedra	35	35%	0	0%	5	56%	10	28%	20	39%	
Estación	Verano	25	25%	0	0%	1	11%	8	22%	16	31%	p=0,74
	Otoño	25	25%	0	0%	2	23%	9	25%	14	27%	
	Invierno	24	25%	1	100%	3	33%	9	25%	10	19%	
Día de semana	Primavera	25	25%	0	0%	3	33%	10	28%	12	23%	p=0,47
	Entre semana	59	60%	1	100%	6	67%	18	50%	33	64%	
Hora del suceso	Fin de semana	40	40%	0	0%	3	33%	18	50%	19	36%	p=0,70
	10:00-15:00	39	40%	0	0%	3	33%	14	39%	21	40%	
	15:00-19:00	23	23%	1	100%	1	11%	8	22%	13	25%	
	19:00-22:00	15	15%	0	0%	1	11%	6	17%	8	16%	
	22:00-10:00	22	22%	0	0%	4	45%	8	22%	10	19%	
Presenciado por testigos	Presenciado	55	56%	1	100%	9	100%	22	61%	23	44%	b vs d=0,008 (0,40)
	No presenciado	40	40%	0	0%	0	0%	12	33%	27	52%	
	Desconocido	4	4%	0	0%	0	0%	2	6%	2	4%	

Nota: N=1 con edad desconocida, en municipio de interior y urbano, en provincia de Ourense, en invierno, en día de semana, entre las 10:00 y las 15:00 y no presenciado.

Figura 1
 Diagrama de casos en función de la presencialidad, las características de los municipios y la franja etaria.



edema pulmonar. 63 víctimas (90% de las supervivientes inicialmente) sobrevivieron al alta hospitalaria, quedando tres (4,7%) con secuelas: una incapacidad cerebral y general moderada, y dos con una incapacidad general moderada.

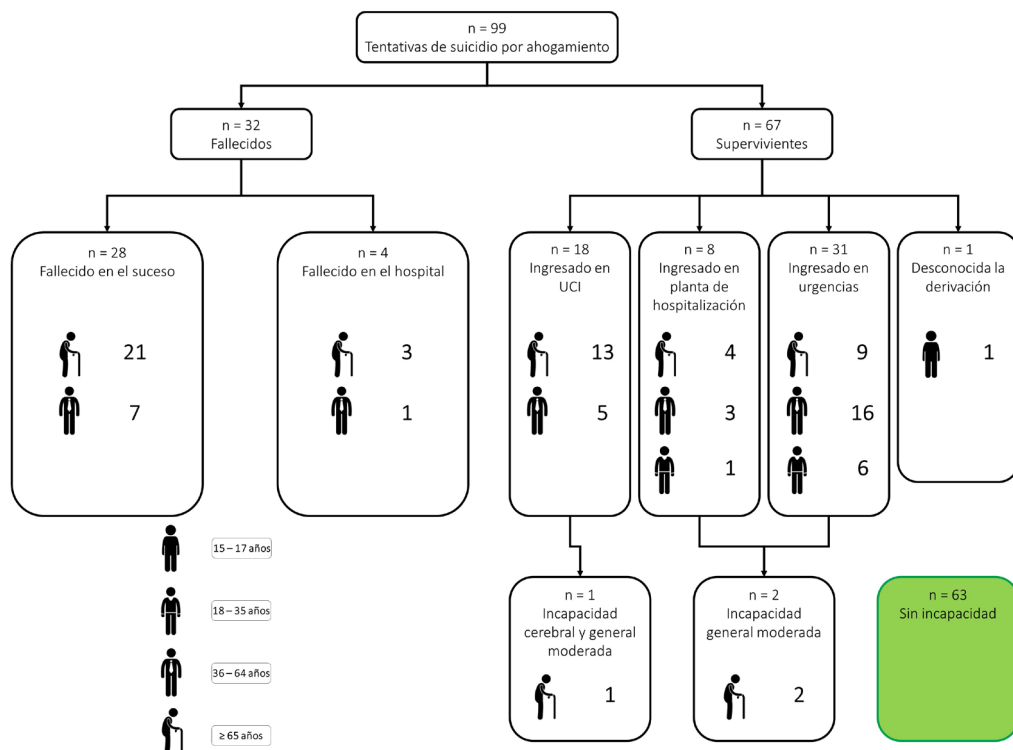
El 95% de los casos que fueron presenciados por testigos sobrevivieron, dato que contrasta con el 28% de los casos que se ahogaron en solitario ($p < 0,001$; $ES = 0,71$). En relación a la localización del suceso, se observó que un 83% de los casos que sucedieron en una playa o en el mar y que un

78% de los casos que sucedieron en un río o en un embalse no fallecieron, dato que contrasta con el 60% de fallecidos en sucesos que ocurrieron en pozos y el 75% de fallecidos en sucesos que ocurrieron en piscinas ($p < 0,001$; $ES = 0,52$).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar el ahogamiento como método de lesión autoinflingida y/o suicidio en Galicia, así como las características de las víctimas y condiciones del incidente.

Figura 2
 Diagrama en el que se clasifica el proceso de las víctimas.



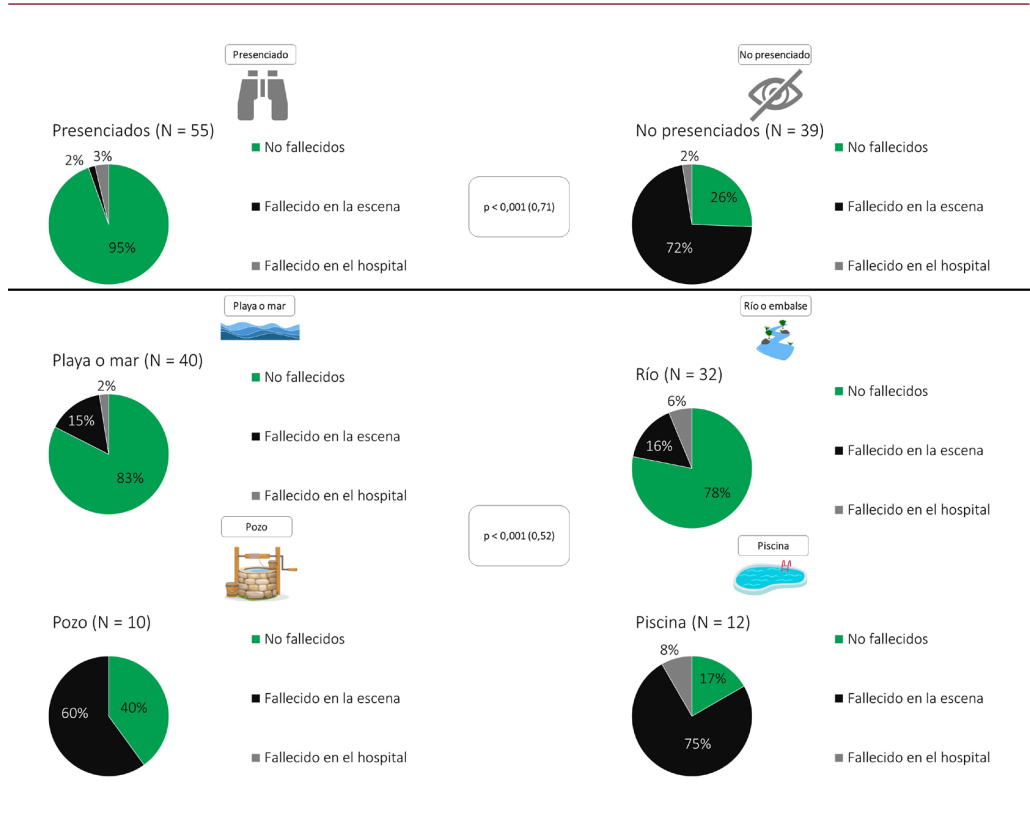
Los principales hallazgos fueron:

- a) El ahogamiento con fines autolíticos supuso el 9% de los 1.083 ahogamientos entre 2001 y 2021 (intencionales y no intencionales) y, en personas mayores de sesenta y cinco años alcanzó el 14% de todos los casos.
- b) El 99% de las víctimas tuvieron una patología psiquiátrica diagnosticada previamente.
- c) La mayor parte de los ahogamientos con fines suicidas en jóvenes ocurrieron en entornos urbanos y en

presencia de testigos. Por el contrario, en las personas mayores ocurrieron principalmente en ámbito rural y sin testigos. Los testigos jugaron un papel clave en la supervivencia.

- d) Uno de cada dos personas mayores (más de sesenta y cinco años) fallecieron como consecuencia del intento y dos de cada diez en la franja de treinta y seis a sesenta y cuatro años, mientras que todos los intentos con edades inferiores (los más jóvenes) tuvieron una supervivencia al alta del 100% sin déficit neurológico.

Figura 3
 Gráficos de estudio de la mortalidad en función de la presencia de testigos y de las localizaciones de los sucesos.



Existe una gran dificultad en determinar si una muerte por ahogamiento es resultado de un daño autoinflingido o de un accidente no intencional (3,17). Esta dificultad posiblemente conduce a una subrepresentación de casos y a que una proporción de muertes clasificadas como indeterminadas sean *de facto* suicidios (18). De hecho, en España este es un problema complejo y, a efectos de organismos públicos que ofrecen estadísticas sobre suicidio como el Instituto Nacional de Estadística (INE) o el Instituto de Medicina Legal (IML), no existe concordancia en los resultados reportados (6). En este estudio, las

fuentes documentales se basaron en las evidencias (nota escrita, llamada telefónica, etc.) registradas en la historia clínica del FPO61 o SERGAS durante la asistencia a ahogamientos (fatales o no fatales) con violencia autodirigida o suicida.

En Galicia en los últimos veintinueve años se registraron 99 casos documentados de ahogamiento con fines autolíticos de un total de 1.083, lo que representó un 9% de todos los casos de ahogamiento en esta comunidad, datos superiores a otros países como Holanda (6,6%) o Suecia (5,3%) (19), pero infe-

riosos a Irlanda, el país con mayor tasa de suicidio por ahogamiento (16% para los hombres y 25,5% para las mujeres) (20), y a Cataluña, 15% (4).

En relación al sexo, las mujeres representaron un 20% más de ahogamiento intencional que los hombres. Sin embargo, a nivel nacional, en el año 2022 el INE (21) reportó 105 casos codificados como *Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión*, en la que los hombres (67%) constituyeron la mayoría, al igual que el estudio realizado en Cataluña (56%) (4). Esta disparidad puede estar sesgada por la metodología del registro de datos, ya que nuestro estudio no contempla otros indicios o informes forenses. Lo cierto es que la prevalencia de un sexo u otro fluctúa en función del país o la cultura, ya que, por ejemplo, en Croacia las mujeres también fueron la población más representada (22) en el ahogamiento suicida pero en Australia fueron los hombres (15).

En nuestro estudio destacó el incremento del riesgo asociado a la edad, en la que las personas mayores alcanzaron el mayor porcentaje de ahogamientos con fines autolíticos (14%), y esto es acorde con la literatura, ya que la mortalidad por este tipo de causas ocurre mayoritariamente en personas mayores (3,22,23).

El ahogamiento ha sido descrito como uno de los métodos más letales de suicidio (15,24). Sin embargo, en nuestro estudio, en todos los intentos de menores de treinta y cinco años resultó una supervivencia del 100%, sin ningún daño neurológico y siempre con la presencia de testigos. En contraste, en las personas mayores, estos intentos de suicidio suelen resultar en fallecimiento y raramente hay testigos, por

lo que cabe preguntarse si el desenlace (mortal o no mortal) está relacionado con la exposición pública del intento de suicidio o con la intencionalidad real de la víctima. Posiblemente la explicación sea multifactorial, ya que también está documentado que la presencia de testigos es uno de los factores más relevantes con la supervivencia de cualquier ahogado (25).

En relación al lugar, se ha sugerido que las poblaciones próximas a grandes áreas de costa (playas, ríos, lagos) (26) presentarían un mayor riesgo para el ahogamiento intencional (3), pero esta asociación no está clara, e incluso podría ser contradictoria (7,15). En nuestro estudio, dos tercios de los incidentes ocurrieron en municipios costeros y numerosos casos se localizaron en ámbito rural, incluso en municipios que no tienen grandes zonas de agua. Lo cierto es que una bañera, pilón o pozo pueden ser utilizados para fines autolíticos (3), y en Galicia esto es bastante frecuente y constituye un medio de acceso al ahogamiento intencional.

¿Existe un mes, día u hora preferente? La literatura científica sugiere una tendencia suicida los lunes por la noche o los fines de semana a primeras horas del día (27). Según el INE, en España la distribución es bastante homogénea en los diferentes meses (21) y es concordante con nuestro estudio, que no encontró ninguna variación significativa, ni en día de la semana o el mes, con una distribución uniforme del 25% para cada estación. Estos resultados contrastan con el ahogamiento no intencional en España, que ocurre mayoritariamente en verano (28,29), lo que sugiere que el impulso suicida no está ligado a las condiciones climáticas. En el análisis de la franja horaria, desde

las 10 hasta las 15 horas se concentra el 40% de los intentos suicidas, especialmente en personas mayores, mientras que en los datos de ahogamiento infantil en Galicia, la mayor representatividad es a partir de las 15 horas (28). Estos datos pueden ofrecer una valiosa información para conocer el origen intencional frente al no intencional o establecer mecanismos de alerta y estrategias de prevención específicas para grupos de edad.


Un aspecto relevante son las comorbilidades y, al igual que en el estudio de Mahony *et al.* (14), en las personas mayores existen numerosas condiciones médicas preexistentes como enfermedades cardiovasculares, demencia, depresión o epilepsia. En nuestra investigación, el 99% de la población estudiada presentó una patología psiquiátrica previa. Los problemas psiquiátricos previos al intento suicida son un hecho reportado en numerosos estudios con elevadas tasas de aparición (3,15,19,30,31).

Implicaciones prácticas. Trabajar hacia una respuesta integral para la prevención del suicidio debería ser un elemento nuclear en las estrategias de Salud Pública (10) por lo que el análisis que incluya la perspectiva local y cultural puede ayudar a la comprensión de las reacciones, la ideación y el intento suicida (32). Este estudio introduce un nuevo enfoque, hasta ahora no contemplado en las estrategias de prevención del ahogamiento y atención a las personas en riesgo autolítico. Históricamente, los esfuerzos en Galicia se han centrado en la prevención del ahogamiento como causa de daño no intencional, pero este modelo requiere un replanteamiento

que contemple los entornos acuáticos (incluso los no habituales como pilones, pozos o bañeras) como medios usables para el daño intencional y el intento suicida. Por lo que, el desarrollo e implementación de programas de educación y concienciación que incluyan la identificación de signos de riesgo de suicidio, incluyendo los entornos acuáticos, y la importancia de buscar apoyo adecuado, orientados tanto a la población en general como a los profesionales de la salud y servicios de emergencia, podría ser un buen planteamiento de Salud Pública.

Un diagnóstico previo de trastorno mental, añadido también a intentos previos de suicidio, especialmente por ahogamiento, es una combinación que requiere una identificación clínica, tratamiento médico-psiquiátrico y un seguimiento eficiente para una prevención activa del suicidio (33). La creación de bases de datos que permitan monitorear los eventos de suicidio y sus características podrán ayudar a identificar a las personas vulnerables o a la población de alto riesgo (15).

Limitaciones de este estudio. La mayor limitación es que no se puede descartar que existan casos que no hayan sido contemplados al no tener la evidencia fehaciente en la historia clínica ni el informe forense, pues no siempre es posible llegar a conocer la etiología médico-legal de una muerte violenta ni aclarar todas las circunstancias que la rodean, más allá del modo de morir. En este sentido el principal problema es la conectividad de los datos y la transferencia de información entre los diferentes agentes en la atención sanitaria, ya que cuentan con diferentes sistemas de registro durante la cadena asistencial.

A modo de conclusión, señalar que existe una relación entre los ahogamientos con fines autolíticos y los trastornos de salud mental. En estos eventos, la presencia de testigos es un factor protector, mientras que la edad avanzada es un factor de riesgo de mortalidad. El ahogamiento intencional es un problema de salud complejo y poco estudiado, por lo que se deberían poner en marcha estrategias de prevención y Salud Pública para disminuir estas muertes evitables. 

BIBLIOGRAFÍA

1. Franklin RC, Peden AE, Hamilton EB, Bisignano C, Castle CD, Dingels ZV *et al.* *The burden of unintentional drowning: global, regional and national estimates of mortality from the Global Burden of Disease 2017 Study*. *Inj Prev* [Internet]. 2020 Oct;26(Suppl 1):i83-i95. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32079663>
2. Van Beeck EF, Branche CM, Szpilman D, Modell JH, Bierens JJLM. *A new definition of drowning: towards documentation and prevention of a global public health problem*. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2005 Nov;83(11):853-856. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16302042>
3. Haw C, Hawton K. *Suicide and Self-Harm by Drowning: A Review of the Literature*. *Arch Suicide Res* [Internet]. 2016;20(2):95-112. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26359547>
4. Suelves Joanxich JM, Barberia Marcalain E, Casadesús Valbí JM, Ortega Sánchez M, Xifré Collsamata A. *Mortalidad por ahogamientos en Cataluña (2019-2022)*. *Rev Esp Salud Pública*. 2024; 98: 5 de junio e202406039. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/668>
5. World Health Organization. *Preventing suicide: a global imperative* [Internet]. World Health Organization; 2014 [consultado 4 nov 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/131056>
6. Giner L, Guija JA. *Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal*. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2014 Jul;7(3):139-146. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1888989114000056>
7. Cayuela A, Cayuela L, Sánchez Gayango A, Rodríguez-Domínguez S, Pilo Uceda FJ, Velasco Quiles AA. *Tendencias de la mortalidad por suicidio en España, 1980-2016*. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2020 Apr;13(2):57-62. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1888989118300727>
8. Cayuela L, Cerame del Campo Á, López Sánchez EJ, Rodríguez-Domínguez S, Cayuela A. *Evolución espaciotemporal del riesgo de mortalidad por suicidio en la España peninsular (1999-2018)*. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94: 5 de agosto e202008082. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/816>

- 9.** Wu Y, Huang Y, Schwebel DC, Hu G. *Unintentional Child and Adolescent Drowning Mortality from 2000 to 2013 in 21 Countries: Analysis of the WHO Mortality Database*. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2017;14(8). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28777318>
- 10.** World Health Organization. *Preventing drowning. Practical guidance for the provision of day-care, basic swimming and water safety skills, and safe rescue and resuscitation training* [Internet]. Geneva; 2022 [consultado 11 jul 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046726>
- 11.** Tan H, Lin Z, Fu D, Dong X, Zhu S, Huang Z et al. *Change in global burden of unintentional drowning from 1990 to 2019 and its association with social determinants of health: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019*. BMJ Open. 2023;13(4):1-10.
- 12.** Szpilman D, Tipton M, Sempsrott J, Webber J, Bierens J, Dawes P et al. *Drowning timeline: a new systematic model of the drowning process*. Am J Emerg Med [Internet]. 2016 Nov;34(11):2224-2226. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2016.07.063>
- 13.** Peden AE, Taylor DH, Franklin RC. *Pre-Existing Medical Conditions: A Systematic Literature Review of a Silent Contributor to Adult Drowning*. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 Jul 21;19(14). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35886717>
- 14.** Mahony AJ, Peden AE, Franklin RC, Pearn JH, Scarr J. *Fatal, unintentional drowning in older people: an assessment of the role of preexisting medical conditions*. Heal Aging Res [Internet]. 2017;06(01). Disponible en: <https://www.longdom.org/articles/fatal-unintentional-drowning-in-older-people-an-assessment-of-the-role-of-preexisting-medical-conditions.pdf>
- 15.** Lawes JC, Peden AE, Bugeja L, Strasiotto L, Daw S, Franklin RC. *Suicide along the Australian coast: Exploring the epidemiology and risk factors*. PLoS One [Internet]. 2021;16(5):e0251938. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34015048>
- 16.** Idris AH, Bierens JJLM, Perkins GD, Wenzel V, Nadkarni V, Morley P et al. *2015 revised Utstein-style recommended resuscitation: for uniform reporting of data from drowning-related resuscitation: An ILCOR advisory statement*. Resuscitation [Internet]. 2017 Sep 1 [consultado 21 oct 2021];118:147-158. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28728893/>
- 17.** Frisoni P, Diani L, De Simone S, Bosco MA, Cipolloni L, Neri M. *Forensic Diagnosis of Freshwater or Saltwater Drowning Using the Marker Aquaporin 5: An Immunohistochemical Study*. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2022 Oct 15;58(10). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36295616>
- 18.** Linsley KR, Schapira K, Kelly TP. *Open verdict v. suicide - importance to research*. Br J Psychiatry [Internet]. 2001 May;178:465-468. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11331564>
- 19.** Värnik A, Kölves K, Van der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A et al. *Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression"*. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2008 Jun;62(6):545-551. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18477754>
- 20.** Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F et al. *Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database*. Bull World Health Organ [Internet]. 2008 Sep;86(9):726-732. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18797649>
- 21.** Instituto Nacional de Estadística (INE). *Suicidios por medio empleado, sexo y edad*. [Internet]. [Consultado 2 dic 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxit3/Datos.htm?tpx=61482#!tabs-grafico>
- 22.** Stemberga V, Bralic M, Coklo M, Cuculic D, Bosnar A. *Suicidal drowning in Southwestern Croatia: a 25-year review*. Am J Forensic Med Pathol [Internet]. 2010 Mar;31(1):52-54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19918158>
- 23.** Salib E. *Trends in suicide by drowning in the elderly in England and Wales 1979-2001*. Int J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2005 Feb;20(2):175-181. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15660403>
- 24.** Lim M, Lee SU, Park JI. *Difference in suicide methods used between suicide attempters and suicide completers*. Int J Ment Health Syst [Internet]. 2014;8(1):54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25584067>
- 25.** Quan L, Bierens JJLM, Lis R, Rowhani-Rahbar A, Morley P, Perkins GD. *Predicting outcome of drowning at the scene: A systematic review and meta-analysis*. Resuscitation [Internet]. 2016 Jul;104:63-75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.04.006>

26. Wirthwein DP, Barnard JJ, Prahlow JA. *Suicide by drowning: a 20-year review.* J Forensic Sci [Internet]. 2002 Jan;47(1):131-136. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12064640>

27. Stando J, Fechner Z, Gmitrowicz A, Andriessen K, Kryszynska K, Czabanski A. *Increase in Search Interest for "Suicide" and "Depression" for Particular Days of the Week and Times of Day: Analysis Based on Google Trends.* J Clin Med [Internet]. 2022 Dec 26;12(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36614992>

28. Sánchez-Lloria P, Barcala-Furelos R, Otero-Agra M, Aranda-García S, Cosido-Cobos Ó, Blanco-Prieto J *et al.* *Análisis descriptivo de las causas, consecuencias y respuesta de los sistemas de Salud Pública en los ahogamientos pediátricos en Galicia. Un estudio retrospectivo de 17 años.* Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2022 Jun 22 [consultado 4 jul 2022];96. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/299>

29. Pascual LM. *Ahogamiento: Datos 2021 a 2023* [Internet]. [Consultado 4 mar 2024]. Disponible en: <http://ahogamientos.blogspot.com/2021/10/datos-2021.html>

30. Byard RW, Houldsworth G, James RA, Gilbert JD. *Characteristic features of suicidal drownings: a 20-year study.* Am J Forensic Med Pathol [Internet]. 2001 Jun;22(2):134-138. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11394746>

31. Peden AE, Franklin RC, Queiroga AC. *Epidemiology, risk factors and strategies for the prevention of global unintentional fatal drowning in people aged 50 years and older: a systematic review.* Inj Prev [Internet]. 2018 Jun;24(3):240-247. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28774894>

32. An S, Cruwys T, Lee H, Chang MXL. *Cultural Differences in Reactions to Suicidal Ideation: A Mixed Methods Comparison of Korea and Australia.* Arch Suicide Res [Internet]. 2020;24(3):415-434. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31159683>

33. Ahlm K, Lindqvist P, Saveman B-I, Björnstig U. *Suicidal drowning deaths in northern Sweden 1992-2009 - The role of mental disorder and intoxication.* J Forensic Leg Med [Internet]. 2015 Aug;34:168-172. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26165679>

Anexo I Número de casos por año.

