

## VARIABLES RELACIONADAS CON LA TENTATIVA SUICIDA EN UNA PROVINCIA DE ESPAÑA DURANTE TRES AÑOS (2009-2011)

Variables related to suicide attempt  
in a Spanish province over a three-year period (2009-2011)

David Sánchez-Teruel<sup>1</sup>

José-Antonio Muela-Martínez<sup>2</sup>

Manuel González-Cabrera<sup>3</sup>

María-Remedios Fernández-Amela y Herrera<sup>3</sup>

Ana García-León<sup>2</sup>

**Abstract** *The aim was to identify and describe sociodemographic and clinical variables in individuals who have made a suicide attempt. An analysis of electronically stored records on persons admitted to the emergency departments of a northern health district during the period 2009–2011 for mental disorders was conducted. The records of 826 patients (30.1% of the total), where 485 (58.7%) were female, aged between 14 and 94 years (M = 49.3; SD = 12.7), were selected. This amounted to 412 individuals (49.9%) who had made a suicide attempt, and were compared with others without prior suicide attempt. A binary logistic regression analysis was performed to examine the strongest predictors of suicide attempt. The results show that the risk of making a suicide attempt increases with age, those most at risk being aged 34 to 53 years ( $p < 0.01$ ; OR = 6.99), female ( $p < 0.05$ ; OR = 2.70) and unemployed ( $p < 0.05$ ; OR = 4.98). The most predictive psychopathological diagnoses for suicide attempt were anxiety disorders ( $p < 0.01$ ; OR = 3.95) and impulse control disorders/addictions ( $p < 0.01$ ; OR = 3.76). The importance of creating specific risk and protection profiles when implementing contextualized health policies on suicide attempt prevention is discussed.*

**Key words** *Suicide attempt, Emergency department, Epidemiology, Mental health*

**Resumen** *Se trató de detectar y describir variables socio-demográficas y clínicas en personas que han realizado una tentativa suicida. Se llevó a cabo un análisis de los registros telemáticos sobre personas admitidas en los servicios de Urgencias del distrito sanitario norte durante el periodo 2009-2011 por trastornos mentales. Se seleccionaron 826 registros de personas, donde 485 eran mujeres, entre 14 y 94 años. Del total, 412 habían realizado un intento de suicidio, y fueron comparadas con otras personas sin tentativa suicida previa. Se aplicó un análisis de regresión logística binaria para examinar los factores más predictivos del intento de suicidio. Los resultados muestran que el riesgo de realizar un intento de suicidio aumenta con la edad, donde el periodo de mayor riesgo es el de 34 a 53 años ( $p < 0,001$ ; OR = 6,99), ser de género femenino ( $p < 0,05$ ; OR = 2,70) y encontrarse desempleada ( $p < 0,05$ ; OR = 4,98). Los diagnósticos psicopatológicos más predictivos para la tentativa suicida fueron los trastornos de ansiedad ( $p < 0,01$ ; OR = 3,95) y los trastornos del control de impulsos/adicciones ( $p < 0,01$ ; OR = 3,76). Se discute la importancia de crear perfiles de riesgo y protección concretos para la puesta en marcha de políticas sanitarias contextualizadas de prevención de la tentativa suicida.*

**Palabras clave** *Intento de suicidio, Urgencias, Epidemiología, Salud mental*

<sup>1</sup> Faculty of Education Sciences, Dept. of Psychology-Personality, Evaluation and Psychological Treatment, University of Córdoba.

Avda. San Alberto Magno s/n/ 1<sup>ª</sup>. 70814071 Córdoba Espanha. dsteruel@uco.es

<sup>2</sup> University of Jaén. Jaén Andalucía Espanha. dsteruel@ujaen.es

<sup>3</sup> Hospital General San Agustín de Linares. Jaén Andalucía Espanha.

## Introducción

El suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte no accidental en el mundo<sup>1</sup>. Las mayores tasas de muerte por suicidio se producen en Japón, Australia, EEUU y Canadá, y ahora también en economías emergentes como China y Brasil<sup>2,3</sup>. Sin embargo, no parecen existir diferencias en el número de tentativas suicidas entre países desarrollados y en vías de desarrollo<sup>4</sup>.

Respecto a la Unión Europea, los últimos datos publicados sobre suicidios consumados muestran importantes diferencias entre los estados miembros, siendo los países más afectados los del norte de Europa y los menos los países mediterráneos<sup>5</sup>. Sin embargo, en todos se muestra una tendencia a la reducción de las tasas de suicidio, excepto en España donde existe una tendencia lineal de incremento de mortalidad por suicidio<sup>6</sup>. Los últimos datos publicados en este país, muestran que el suicidio es la primera causa externa de muerte, muy por encima de homicidios y accidentes de tráfico<sup>7</sup>. En cambio, no existen registros oficiales sobre las tentativas de suicidio, aunque se podrían estimar que se producen 120.000 intentos de suicidio al año<sup>8</sup>, con importantes efectos adversos, tanto económicos como personales<sup>9</sup>.

Existe una amplia investigación que muestra resultados diversos, e incluso contradictorios, respecto a los factores asociados a la tentativa suicida en comparación con el suicidio consumado<sup>10,11</sup>. Algunos estudios evidencian que determinadas variables sociodemográficas (sexo, edad, desempleo) o clínicas (trastornos mentales activos) modulan, en mayor o menor medida, el número de tentativas suicidas<sup>8</sup>, y que esta influencia es variable según contextos geográficos diversos<sup>12</sup>.

Así, en la tentativa suicida parece ser que las mujeres realizan mayor número de intentos que los hombres, y los hombres consiguen un resultado más letal que ellas<sup>13</sup>. Sin embargo, la modulación sexual de la tentativa suicida es variable según países<sup>12,14,15</sup> e incluso en territorios de un mismo país<sup>16-19</sup>. También existe una importante relación en la conducta suicida entre el sexo y la edad<sup>20</sup>. Parece ser que las personas con mayor riesgo de suicidio consumado son aquellas que tienen edades entre 16 y 39 años y las personas que superan los 50 años<sup>11</sup>. Sin embargo, existen importantes diferencias en el tramo de edad si se analiza el intento de suicidio, según zonas territoriales de un mismo país<sup>21-23</sup>. Por lo tanto, parecen existir lagunas sobre la edad de mayor prevalencia en la tentativa suicida en España.

También, parece ser que el estado civil tiene

cierta influencia sobre el suicidio consumado, aunque no está muy claro el tipo de estado de mayor riesgo en la tentativa suicida<sup>24</sup>. De hecho, algunos estudios refieren que personas separadas o divorciadas tienen mayor riesgo de realizar una tentativa<sup>25</sup>, en otros estudios plantean que son las personas solteras las de mayor riesgo<sup>26</sup> o incluso que no existe influencia alguna del estado civil sobre la tentativa suicida<sup>8,27</sup>.

Otras variables como la situación económica y el desempleo tienen una influencia decisiva sobre las tasas de suicidio consumado, sobre todo en países desarrollados o en vías de desarrollo<sup>2,3,28</sup>, pero existen escasos resultados donde se valore el desempleo y la tentativa suicida, sobre todo en periodos de crisis económica<sup>21</sup>. Así, recientes estudios han demostrado como el desempleo modula la gravedad de la tentativa suicida<sup>23,29</sup>, aunque dicha variable parece estar influida por otros factores como el sexo, la edad o los trastornos psicológicos activos<sup>30-32</sup>.

En esta línea, parece ser que los trastornos del estado de ánimo y los psicóticos producen tasas muy altas de suicidio consumado<sup>26,33</sup>. Sin embargo, los trastornos de conducta, el trastorno límite de la personalidad, las adicciones y trastornos de ansiedad parecen ser los más predictivos para las tentativas suicidas<sup>4,34</sup>, y estos últimos los más predictivos para las tentativas suicidas repetidas<sup>35</sup>, aunque el sexo y la edad modulan esta influencia<sup>12,22</sup>.

Algunas administraciones sanitarias han publicado guías clínicas de prácticas eficaces y basadas en la evidencia ante la tentativa suicida<sup>36</sup>. Sin embargo, todavía dichas recomendaciones no han tenido suficiente calado en los servicios de urgencias<sup>37</sup>, debido a la intensa heterogeneidad de las tentativas suicidas tanto en variables sociodemográficas como clínicas, según territorios y zonas de actuación sanitaria en un mismo país<sup>11,38</sup>. En España, ofrecer datos de estas características de una provincia tiene especial relevancia sanitaria y clínica por varias razones. Por un lado, por sus implicaciones respecto a las políticas públicas de prevención del suicidio que pudiesen llevarse a cabo<sup>13</sup>. También para ofrecer datos de comparación entre provincias y comunidades autónomas de este país<sup>18</sup>. Y finalmente, por la inexistencia, en España, de métodos de registro oficiales para las tentativas sin resultado de muerte<sup>6,33,39</sup>.

De ahí, que el objetivo del presente estudio fuese detectar y describir las variables sociodemográficas y clínicas de las personas que han realizado alguna tentativa suicida. También se desea comprobar que variables sociodemográficas y

clínicas son más predictivas para la realización de una tentativa suicida. Considerando además, que la tentativa suicida será explicada en mayor medida por algunas variables socio-demográficas como el sexo, edad y encontrarse en situación de desempleo y algunas variables clínicas como los trastornos de ansiedad y adictivos.

## Metodología

### Participantes

La muestra estuvo constituida por 826 historias clínicas de personas admitidas por los servicios de urgencias del área norte de Jaén (España), durante los años 2009, 2010 y 2011, periodo de fuerte crisis económica en España. La media de población del área norte durante el periodo de estudio fue de 280.987 habitantes. El total de personas admitidas por los servicios de urgencias de los hospitales comarcales de esta área norte durante el periodo de estudio fue de 2.742 personas (2.467 admisiones). Los criterios de inclusión en el estudio fueron ingreso en urgencias del Hospital comarcal de zona para valoración psiquiátrica o derivación a centro de salud mental de su zona. El criterio de exclusión utilizado fue la readmisión durante dos o más veces el mismo periodo de estudio. Del total de personas admitidas por los servicios de urgencias se seleccionaron 826 personas (30,1% sobre el total), donde 485 (58,7%) eran mujeres y 341 (41,3%) eran hombres, entre 14 y 94 años ( $M = 49,3$ ;  $DT = 12,7$ ), con diversas características sociodemográficas y clínicas (Tabla 1). Se dividió la muestra total en personas que habían sido admitidas por realizar una tentativa suicida previa (412; 49,9%), y aquellas otras que habían sido admitidas por otras causas (414; 50,1%). Para las personas con tentativa suicida deberían tener registrado en la historia clínica un intento de suicidio con diagnóstico principal de *intento de suicidio, conducta autolítica o tentativa suicida*. Se ha respetado en todo momento la L.O.P.D. 15/1999 de protección de Datos de Carácter Personal (13 de Diciembre de 1999), puesto que los datos personales de los pacientes (nombre, apellidos, DNI, dirección y teléfono) eran eliminados, asignándole un número a cada registro para impedir que se pudiera revelar ningún dato sobre la identidad de las personas. De hecho, se obtuvieron previamente los informes favorables de la Comisión de Ética de la Investigación de la Universidad de Jaén y del Comité de Ética de la Investigación del Servicio

**Tabla 1.** Descripción de datos socio-demográficos y clínicos de la muestra.

	n (%)
Sexo	
Mujeres	485(58,7)
Hombres	341(41,3)
Edad	
De 14 a 23 años	104(12,6)
De 24 a 33 años	117 (14,1)
De 34 a 43 años	174(21,1)
De 44 a 53 años	174(21,1)
De 54 a 63 años	142(17,2)
De 64 a 94 años	115(13,9)
Estado civil	
Soltero	261(31,6)
Casado	224(27,1)
Separado/divorciado	183(22,2)
Pareja de hecho	111(13,4)
Viudo	47(5,7)
Patología previa	
Trastornos del estado de Ánimo	136(16,5)
Trastorno de Ansiedad	145(17,6)
Trastornos Psicóticos	64(7,7)
Trastornos de Personalidad	111(13,4)
Trastornos Control /Adicciones	128(15,5)
Trastorno Físico	91(11,0)
Sin diagnóstico previo	151(18,3)
Situación laboral	
Desempleado	488(59,1)
Ocupado	338(40,9)
Total	826

Andaluz de Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (España).

### Medidas e instrumentos de evaluación

Para la realización de este estudio se contó con la colaboración de personal sanitario (una psicóloga clínica y dos enfermeros de urgencias), cuya ayuda consistió en obtener los datos relativos a la muestra completa. Los datos de las personas admitidas por el servicio de urgencias de los Hospitales fueron obtenidos a través de los registros telemáticos de los historiales de salud mental de los pacientes, trasladando esta información a un archivo Excel con las variables objeto de estudio (sexo, edad, estado civil, situación laboral y patología previa). El personal entrenado utilizó para obtener esta información del programa informático denominado Sistema Integrado de Gestión e

Información para la Atención Sanitaria (DIRA-YA) de la Comunidad Autónoma de Andalucía, que sustituye las historias clínicas en papel por un conjunto de registros clínicos de carácter telemático, relacionados con los procesos de salud y enfermedad en soporte digital, con garantías de transmisión telemática y total confidencialidad. Estudios recientes han planteado que las historias clínicas (digitales o en papel) son instrumentos adecuados para valorar la salud mental y el riesgo suicida<sup>40</sup>.

### Procedimiento

Se realizó solicitud de permiso a Gerencia de los hospitales públicos de esta provincia del sur de España. Posteriormente, se solicitó la colaboración de personal sanitario en cada uno de los servicios de urgencias de los hospitales y se les entrenó para la recogida de datos de las variables de interés. En el momento de la realización del estudio, este personal presentaba entre 8 y 15 años de experiencia laboral en los Hospitales de referencia, y fueron entrenados para la recogida de información durante dos sesiones. La recogida de datos, según la disponibilidad del personal sanitario colaborador, duró entre 3 y 4 meses aproximadamente, obteniendo los datos socio-demográficos y clínicos de las personas que fueron admitidas por los servicios de urgencias de los Hospitales del área sanitaria Norte de esta provincia.

### Análisis de datos

Para detectar la existencia de relaciones entre variables se calculó  $\chi^2$ , con una estimación del intervalo de confianza al 95% (IC), además del tamaño del efecto ( $\eta^2$ ) y la potencia. A continuación, se valoró la normalidad multivariante, la multicolinealidad de la muestra y la medición de la independencia de los errores de las variables independientes (VI), donde se transformó de forma artificial la variable dependiente (VD) nominal dicotómica en métrica y después se aplicó los índices necesarios para hallar los supuestos de partida. Posteriormente, se realizó un análisis de regresión logística binaria con método intro, donde la VD sería la tentativa suicida (sí o no) y las VIs serían las variables sociodemográficas y clínicas. Este método de análisis es el único que admite variables dependientes dicotómicas dentro de los modelos de regresión. El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante el paquete SPSS versión 19.0. El nivel de signifi-

cación requerido en estas pruebas ha sido de  $p < 0,05$  ó  $p < 0,01$ .

### Resultados

Los resultados obtenidos en este estudio parecen mostrar que no existen diferencias entre ambos grupos (con tentativa y sin tentativa suicida) en ninguna de las variables sociodemográficas y clínicas, valoradas ( $\chi^2 =$  Entre 2,98 y 19,26;  $p > 0,05$ ). Además, todas las variables presentan un adecuado tamaño del efecto ( $\eta^2 =$  entre 0,51 y 0,94) y una adecuada potencia (entre 0,10 y 1) (Tabla 2).

Respecto a la última hipótesis se realizó un análisis de regresión binaria con método intro. Para valorar los supuestos de independencia de errores y no multicolinealidad se transformó la variable dependiente en métrica a través del programa SPSS-22. Los resultados referidos a los supuestos de independencia de los errores a través de la prueba de Durwin-Watson indican que se cumple este supuesto en todas variables independientes (VI) utilizadas como criterio. También el supuesto de no multicolinealidad se cumple para todas las VI, puesto que su valor está por debajo de  $10^{41}$  (VIF = entre 2,12 y 9,14). Por otro lado, el resultado obtenido por la puntuación de eficiencia estadística de ROA ( $\chi^2$ ) indica que hay una mejora significativa en la predicción de la probabilidad de ocurrencia de las categorías dicotómicas de la VD (intento o no intento de suicidio) sobre las personas que han sido admitidas por servicios de urgencias. Además, los valores de Nagelkerke indican que el modelo pronosticado explica entre un 17,5% y un 78,9% de la varianza de la variable dependiente según variable independiente incluida. La potencia del contraste de ajuste del modelo es alta según el estadístico Hosmer-Lemeshow (0,831 a 0,982) (Tabla 3). Todos estos criterios ofrecen un pronóstico adecuado sobre el cumplimiento de los supuestos de partida necesarios para aplicar un análisis de regresión logística binaria, y ofrecen una garantía sobre la potencia de la predicción.

Del análisis de la predicción de las variables independiente sobre la variable dependiente dicotómica (intento y no intento de suicidio), se comprueba que algunos aspectos sociodemográficos (sexo, edad, situación laboral) y clínicos (trastorno de ansiedad, trastorno del control de impulsos y adicciones) pronostican la probabilidad de ocurrencia de una tentativa de suicidio, confirmando esta hipótesis del estudio. Según los resultados mostrados en la Tabla 4 la ecua-

ción muestra el coeficiente beta ( $\beta$ ) positivo de cada una de las VIs (sexo, edad, patología previa y situación laboral) en la variable dependiente (desde 0,23 a 0,98) lo que informa de que todas ellas son factores de riesgo, el error estándar es

adecuado, no siendo superior a 1 (S.E. desde 0,01 a 0,17), el estadístico de Wald del contraste de hipótesis (equivalente al valor t en regresiones simples y múltiples), indica que estas variables independientes son buenas predictoras significa-

**Tabla 2.** Descripción de datos socio-demográficos y clínicos de la muestra con y sin tentativa suicida.

	Tentativa suicida n(%)	Sin tentativa suicida n(%)	$\chi^2$	g.l.	p	$\eta^2^{***}$	potencia
Sexo							
Mujeres	268(65,0)	260(62,8)	13,98	1	0,92 <sup>ns</sup>	0,72	0,89
Hombres	144(35,0)	154(37,2)					
Edad							
De 14 a 23 años	67(16,2)	57(13,8)	19,26	5	0,83 <sup>ns</sup>	0,94	1,00
De 24 a 33 años	82 (20,0)	85(20,5)					
De 34 a 43 años	111(26,9)	110(26,6)					
De 44 a 53 años	89(21,6)	91 (21,9)					
De 54 a 63 años	33(8,0)	36(8,7)					
De 64 a 94 años	30(7,3)	35(8,5)					
Estado civil							
Soltero	131 (31,8)	130 (31,4)	2,98	4	0,97 <sup>ns</sup>	0,51	0,10
Casado	113(27,4)	111(26,8)					
Separado/divorciado	90 (21,8)	93(22,5)					
Pareja de hecho	56 (13,6)	55(13,3)					
Viudo	22 (5,4)	25(6,0)					
Patología previa							
Trastornos del estado de Ánimo	43(10,4)	53(12,7)	6				
Trastorno de Ansiedad	89(21,6)	86(20,8)					
Trastornos Psicóticos	30(7,3)	24(5,8)					
Trastornos de Personalidad	82(19,9)	79(19,1)					
Trastornos Control /Adicciones	91(22,1)	97(23,4)					
Trastorno Físico	10(2,4)	11(2,7)					
Sin diagnóstico previo	67(16,3)	64(15,5)					
Situación laboral							
Desempleado	269(65,8)	263(63,5)	14,1	1	0,34 <sup>ns</sup>	0,91	0,96
Ocupado	143(34,2)	151(36,5)					
Total	412	414					

g.l. = grados de libertad; \*p < .05; \*\*p < .01; ns = no significativo; \*\*\* Tamaño del efecto (*Eta cuadrado*).

**Tabla 3.** Supuestos de independencia de errores, eficiencia estadística de ROA, R<sup>2</sup> Nagelkerke y potencia del contraste (Hosmer-Lemeshow) de las variables independientes (socio-demográficas y clínicas) en personas admitidas por servicios de urgencias (N = 826).

VIs	D-W	VIF	$\chi^2$	g.l.	-2Log(vero)	R <sup>2</sup> Nagelkerke	H-S
Sexo	2,03	9,14	41,03*	1	8,12	0,175	---
Edad	1,86	7,16	9,78**	1	0,34	0,609	0,831
Patología Previa	6,26	3,22	4,12**	1	0,13	0,789	0,982
Situación laboral	4,38	2,12	5,34**	1	0,22	0,682	0,834

D-W = Prueba de Durwin-Watson; VIF= Factor de inflación de la Varianza-VIF (estadístico de multicolinealidad);  $\chi^2$  = Prueba de eficiencia estadística de ROA; \*p < 0.05; \*\* p < 0.01; ns = no significativo; -2Log(vero)= Logaritmo de la verosimilitud menos 2; R<sup>2</sup> Nagelkerke = Varianza explicada por cada VI; H-S = Prueba de Hosmer-Lemeshow o potencia del contraste.

**Tabla 4.** Valores de la ecuación de regresión para las variables independientes (sociodemográficas y clínicas) en personas admitidas por servicios de urgencias (N = 826).

V.I.	$\beta$	SE	Wald	g.l.	O.R.	I.C. (95%) para O.R	
						L.I.	L.S.
Sexo (mujer)	0,36	0,17	3,41*	1	2,70	2.23	3.11
Edad (24-33 años)	0,23	0,01	4,78*	1	4,72	3,22	4.98
Edad (34-33 años)	0,42	0,29	3,45*	1	2,89	1,29	3.11
Edad (34-53 años)	0,31	0,03	6,73**	1	6,99	5.45	8.01
Patología previa (ansiedad)	0,83	0,07	3,34**	1	3,95	2.40	4.01
Patología previa (TCI/adicción)	0,98	0,04	2,25**	1	3,76	2.93	4.89
Situación laboral (desempleado)	0,43	0,11	7,28*	1	4,98	1.62	2.45

$\beta$  = coeficiente beta; SE = error Estándar; Wald = estadístico de potencia de contraste;  $p$  = Nivel de significación; \* $p < 0.05$ ;

\*\*  $p < 0.01$ ; ns = no significativo; O.R. = Odds Ratio o resultado de la ecuación de regresión-Exp.( $\beta$ ).

tivas del riesgo de suicidio (siendo  $H_0: \beta = 0$ ) ( $p =$  entre .00 y 02). En concreto, los valores beta y las odds ratio (IC 95%) indican que las variables ser mujer, edad (entre 24 y 53 años), presentar una patología previa (ansiedad, trastorno del control de impulsos o adicciones) y encontrarse en situación de desempleo son los factores socio-demográficos y clínicos que promueven con una mayor probabilidad la realización de una tentativa suicida en la población valorada.

## Discusión

El presente estudio ha intentado detectar y describir las variables sociodemográficas y clínicas de las personas que han realizado alguna tentativa suicida en una provincia del sur de España. Y ha comprobado que variables sociodemográficas y clínicas son más predictivas para la realización de una tentativa suicida en esta zona, planteando que la tentativa suicida será explicada en mayor medida por algunas variables socio-demográficas como el sexo, edad y encontrarse en situación de desempleo y algunas variables clínicas como los trastornos de ansiedad, control de impulsos y adictivos.

Los resultados de este estudio muestran que el sexo, en concreto ser mujer, es una factor de riesgo para la realización de una tentativa suicida en esta provincia del sur de España, tal y como lo plantean estudios anteriores sobre otras zonas de este país<sup>16,18</sup>. Y están en la línea de resultados de otros estudios internacionales en países europeos sobre tentativas suicidas<sup>32</sup>. Este hecho podría ser explicado porque las mujeres suelen utilizar métodos menos letales que los hombres de sui-

cidio, como lo han planteado estudios previos<sup>21</sup>, o también porque buscan precozmente métodos de auxilio ante la primeros indicios de problemas emocionales<sup>14,24</sup>. Lo que parece informar sobre la tremenda importancia de tener en cuenta esta variable demográfica para la puesta en marcha de programas de prevención eficaces sobre fases previas al suicidio consumado, como son la tentativa suicida.

Por otro lado, los datos de este estudio, referidos a los tramos de edad de mayor vulnerabilidad o riesgo respecto a la tentativa, vienen a corroborar lo que muchos autores y organizaciones, nacionales e internaciones plantean al respecto y es que el tramo de especial peligrosidad se encuentra entre los 15 y los 44 años de edad (en ambos sexos), tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo<sup>7,11,42-45</sup>. Este estudio muestra que tener entre 24 años y 53 años es un factor de riesgo importante para realizar un intento de suicidio, y en concreto el tramo de edad entre 34 años y 53 años es el de mayor peligrosidad. Este hecho podría ser explicado por la especial vulnerabilidad que existe en estas etapas de la vida, donde algunas situaciones adversas (problemas laborales, problemas de pareja, falta de apoyo social,, etc...) producen mayores niveles de estrés que en otras etapas vitales del individuo, lo que puede ser un factor que module la aparición de trastornos psicológicos o los agrave, tal y como lo han planteado estudios anteriores<sup>19,46</sup>. De ahí, que sea de especial importancia para graduar el nivel de riesgo para una tentativa suicida el tener en cuenta la edad del individuo y las situaciones adversas a la que se ve sometido, tal y como lo reflejan otros resultados<sup>23,31</sup>. Esto podría ayudar, no solo a determinar qué nivel de riesgo existe

en realizar una tentativa suicida, sino también revelaría cuales son las edades de especial vulnerabilidad, para la realización de un reintento posterior de mayor letalidad, para poner en marcha acciones de prevención del suicidio consumado de una forma más certera.

Por otro lado, los resultados de este estudio confirman que el estado civil no es una variable predictiva de la tentativa suicida en esta provincia del sur de España. Estos resultados van en la línea de otros estudios anteriores que plantean que el tener uno u otro estado civil no afecta al riesgo de realizar una tentativa de suicidio<sup>27</sup>, y que serán otras variables las que presenten un mayor nivel predictivo<sup>35</sup>. El desempleo es un factor que tiene gran importancia en países como España, que presenta las tasas de paro y de contratación temporal más altas de la Unión Europea<sup>47</sup>. De hecho, los resultados de este estudio, recogidos en plena crisis económica en España, muestran que el encontrarse en situación de desempleo, puede influir decisivamente sobre la realización de una tentativa suicida, tal y como lo han planteado estudios anteriores<sup>23</sup>, algunos de revisión y meta-análisis<sup>29</sup>. Aunque España presenta políticas de lucha contra el desempleo, no parece que dichas acciones mejoren el nivel de vida y bienestar de la población, lo que puede influir en una baja salud mental y en un incremento de las tasas de suicidio en población desempleada. Este aspecto debiera ser tenido en cuenta para propiciar mejoras en el sistema de protección social sobre el colectivo de desempleados.

Por otro lado, administraciones sanitarias internacionales plantean que presentar trastornos del estado de ánimo o psicóticos previos y activos promueven un especial riesgo para el suicidio consumado<sup>11</sup>. Sin embargo, los resultados referidos a tentativas suicidas no parecen ir en esta línea, tal y como lo han planteado otros estudios<sup>4</sup>. De hecho, los resultados de esta investigación muestran que los trastornos de ansiedad y del control de impulsos/adicciones son los más predictivos dentro de la muestra de personas que habían realizado un intento de suicidio, tal y como lo han demostrado otros estudios recientes<sup>34</sup>, algunos realizados en países europeos como Francia y España<sup>35</sup>. Estos resultados van en la línea de estudios anteriores sobre tentativa suicida en otras zonas de España<sup>8,16,21</sup> incluidos algunos realizados en el sur de este país con resultados similares al obtenido en este estudio<sup>30</sup>. Este sorprendente resultado podría ser explicado por la modulación de otras variables como el sexo o la edad en la tentativa suicida, en línea con

lo planteado por otros estudios anteriores<sup>35</sup>. La transición de la tentativa al suicidio consumado es de crucial interés para la prevención global del suicidio, y algunas variables sociodemográficas o clínicas tienen especial trascendencia en este aspecto. De ahí, que los resultados de este estudio pongan de relieve la importancia de algunas variables clínicas como los trastornos de ansiedad y del control de impulsos/adicciones en la transición de una tentativa suicida a una conducta suicida más letal.

En línea, con otros resultados previos, el análisis de regresión realizado en este estudio sobre las personas que han realizado una tentativa suicida en el sur de España muestra que el sexo, la edad, desempleo y los trastornos de ansiedad y del control de impulsos/adicciones son los más predictivos para la tentativa suicida<sup>14,22</sup>. En concreto, los resultados de este estudio plantean que estas variables sociodemográficas y clínicas explican entre el 17,5% y el 78,9% de la realización de un intento de suicidio en una provincia del sur España, apoyando otros resultados sobre esta comunidad autónoma española<sup>30</sup>. Este estudio ofrece un perfil muy particular sobre las personas que realizan alguna tentativa suicida en este contexto territorial. En concreto, serían mujeres, de entre 24 y 53 años, desempleadas y con trastorno de ansiedad o del control de impulsos/adicción. Así, este estudio pone de manifiesto la importancia de las variables culturales y sociodemográficas en el análisis de la tentativa suicida, y destaca qué variables debieran ser consideradas para la elaboración y ejecución de programas de prevención de esta conducta en subpoblaciones específicas, tal y como lo han planteado otros autores<sup>14</sup>. Pero además, su aportación más novedosa es la modulación de variables clínicas, diferenciadas del suicidio consumado, como la existencia de trastornos de ansiedad o del control de impulsos y adicciones para la valoración de la tentativa suicida.

Recientemente administraciones profesionales y sanitarias en España empiezan a contemplar el suicidio como un verdadero problema de salud pública<sup>36,43</sup>. Sin embargo, debido al origen multifactorial de esta conducta todavía quedan muchas incógnitas por resolver. Por lo que sabemos, este es el primer estudio sobre qué variables sociodemográficas y clínicas son más predictivas en los intentos de suicidio en base a los registros de los servicios de urgencias en esta provincia del sur de España. Sin embargo, este estudio presenta limitaciones asociadas al procedimiento de obtención de datos basado en los registros de las

historias clínicas digitalizadas. Estudios previos ya han planteado la necesaria cautela sobre resultados obtenidos bajo este tipo de procedimientos cuando se valoran las tentativas suicidas<sup>35</sup>. Sin embargo, los registros sanitarios o estadísticos sobre tentativa, en muchos países con altas tasas de suicidio consumado, son inexistentes o están poco actualizados<sup>33</sup>, con escasas excepciones como Irlanda, donde se ha empezado a registrar oficialmente el número de tentativas suicidas basadas en datos de los servicios de urgencias<sup>48</sup>. Además, la escasa existencia de escalas adaptadas culturalmente a la tentativa suicida, y no meras traducciones, todavía sigue siendo un reto metodológico para este tipo de análisis<sup>39</sup>. Ambos hechos podrían justificar la metodología utilizada en esta investigación. Futuros estudios sobre

esta fase previa del suicidio consumado deberían utilizar métodos mixtos de recogida de datos, donde la realización de auto informes adaptados culturalmente debiera ser una parte sustancial de la metodología aplicada. Otra de las limitaciones de este estudio es la tremenda contextualización territorial de los datos obtenidos, lo que dificulta la generalización de resultados. Sin embargo, estudios anteriores han planteado que existe una tremenda influencia de factores culturales, entre otros, sobre el análisis de las tentativas de suicidio<sup>12,14</sup>. Lo que hace necesario un análisis de esta conducta en contextos geográficos específicos para avanzar en los factores que la modulan, y así plantear políticas públicas de prevención contextualizadas para luchar contra esta fase previa del suicidio consumado.

### Colaboradores

D Sánchez-Teruel trabajó en la elaboración y en la redacción final de este artículo; A García-León realizó la revisión bibliográfica; MR Fernández-Amela y Herrera recogió los datos sociodemográficos y clínicos del Hospital 1; M González-Cabrera recogió los datos sociodemográficos y clínicos del Hospital 2; JA Muela-Martínez realizó en análisis de datos y metodología de este artículo.

## Referencias

- World Health Organization (WHO). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Geneva: WHO Document Production Services; 2012.
- Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013; 347:f5239.
- Piacheski de Abreu K, Dias da Silva MA, Kohlrausch E, Fachinelli J. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Efemagen* 2010; 12(1):195-200.
- Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Andrade LH, Angermeyer MC, Beautrais A, Bromet E, Bruffaerts R, de Girolamo G, Florescu S, Gureje O, Hu C, Karam EG, Kovess-Masfety V, Lee S, Levinson D, Medina-Mora ME, Ormel J, Posada-Villa J, Sagar R, Tomov T, Uda H, Williams DR, Kessler RC. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry* 2011; 71(12):1617-1628.
- European Statistical Office of the European Commission-Eurostat. *Population and social conditions: Who dies of what in Europe before the age of 65?* Brussels: European Commission; 2009.
- Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, Sáiz PA, Saiz Ruiz J; Grupo RECOMS. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2012; 5(1):8-23.
- Instituto Nacional de Estadística-I.N.E. *Defunciones por causas (lista detallada), sexo y edad* [informe]. 2013. [consultado 2015 jun 1]. Disponible en: <http://www.ine.es>
- López-Castroman J, Mendez-Bustos P, Perez-Fominaya M, Villoria-Borrego L, Zamorano-Ibarra MJ, Molina CA, Vega AL, Pacheco-Tabuena T, Casado-Florez I, Baca-García E. Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos. *Actas Esp Psiquiatr* 2015; 43(3):142-148.
- Bobes-García J, Giner-Ubago J, Saiz-Ruiz J. *Suicidio y psiquiatría Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Triacastela; 2011.
- Parra-Urbe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, Giró Batalla M, Llorens-Capdevila M, Cebrià-Meca A, de Leon-Martinez V, Pérez-Solà V, Palao Vidal DJ. Attempted and completed suicide: not what we expected? *J Affect Disord* 2013; 150(3):840-846.
- World Health Organization (WHO). *Mental health action plan 2013-2020 (spanish version)*. Geneva: WHO Document Production Services; 2013.
- Boyd A, Van de Velde S, Vilagut G, de Graaf R, O'Neill S, Florescu S, Alonso J, Kovess-Masfety V; EU-WMH Investigators. Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: results from a large cross-sectional population-based study. *J Affect Disord* 2015; 173:245-254.
- Vázquez-Lima MJ, Álvarez-Rodríguez C, López-Rivadulla M, Cruz-Landeira A, Abellás-Álvarez C. Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias. *Emergencias* 2012; 24:121-125
- Méndez-Bustos P, Lopez-Castroman J, Baca-García E, Ceverino A. Life cycle and suicidal behavior among women. *Scientific World Journal* 2013; 2013:485851.
- Yip PSF, Liu Ka Y, Law CK. Years of Life Lost from Suicide in China, 1990-2000. *CRISIS Journal* 2008; 29(3):131-136.
- De Miguel-Bouzas JC, Castro-Tubío E, Bermejo-Barrera AM, Fernández-Gómez P, Estévez-Núñez JC, Tabernero-Duque MJ. Epidemiological study of acute poisoning cases treated at a Galician hospital between 2005 and 2008. *Adicciones* 2012; 24(3):239-246.
- Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, Almansa J, Codony M, Haro JM. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMED. *Med Clin (Barc)* 2007; 129(13):494-500.
- Mejías Y, García Caro MP, Schmidt J, Quero A, Gorlat B. Estudio preliminar de las características del intento de suicidio en la provincia de Granada. *An Sist Sanit Navar* 2011; 34(3):431-441.
- Nguyen TV, Dalman C, Le TC, Nguyen TV, Tran NV, Allebeck P. Suicide attempt in a rural area of Vietnam: Incidence, methods used and access to mental health care International. *J Mental Health* 2010; 40(1):3.
- Salmeron D, Cirera L, Ballesta M, Navarro-Mateu F. Time trends and geographical variations in mortality due to suicide and causes of undetermined intent in Spain, 1991-2008. *J Public Health* 2013; 35(2):237-245
- González-Navarro MD, Lorenzo-Román MI, Luna-Maldonado A, Gómez-Zapata M, Imbernón-Pardo E, Ruiz-Riquelme J. Análisis de los intentos de autolisis en un área de salud (2008-2010). *SEMERGEN* 2012; 38(7):439-444.
- Alberdi-Sudupe J, Pita-Fernández S, Gómez-Pardiñas SM, Iglesias-Gil-de-Bernabé F, García-Fernández J, Martínez-Sande G, Lantes-Louzao S, Pértega-Díaz S. Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: a ten-year cross-sectional study (1997-2007). *BMC Psychiatry* 2011; 11:51.
- Álvaro-Meca A, Kneib T, Gil-Prieto R, Gil de Miguel A. Epidemiology of suicide in Spain, 1981-2008: a spatio-temporal analysis. *Public Health* 2013; 127(4):380-385.
- Sánchez-Teruel D. Variables sociodemográficas y biosociales relacionadas con la conducta suicida. In: Muela JA, García A, Medina A, editores. *Perspectivas en psicología aplicada*. Jaén: Centro Asociado Andrés de Vandelvira de la U.N.E.D.; 2012. p. 61-78.
- Jiménez-Treviño L, Saiz PA, Corcoran P, Burón P, García-Portilla MP, China ER, Navio M, Fernández V, Jimenez-Arriero MA, Gracia R, Bobes J. *Factors associated with hospitalization after suicide spectrum behaviours: Results from a multicentre study in Spain*. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2012.
- España A, Fernández C. Protocolo de Urgencias Hospitalarias ante conductas suicidas. *Rev Méd de Ja* 2010; 1(1):29-32.
- Kovess-Masfety V, Boyd A, Haro JM, Bruffaerts R, Vilagut G, Lépine JB, Gasquet I, Alonso J; ESEMED/MHE-DEA investigators. High and low suicidality in Europe: a fine-grained comparison of France and Spain within the ESEMED surveys. *J Affect Disord* 2011; 133(1-2):247-256.

28. Blasco-Fontecilla H, Perez-Rodriguez MM, Garcia-Nieto R, Fernandez-Navarro P, Galfalvy H, de Leon J, Baca-García E. Worldwide impact of economic cycles on suicide trends over 3 decades: Differences according to level of development. A mixed effect model study. *BMJ Open* 2012; 2:3.
29. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013; 8:e51333.
30. Córdoba-Doña JA, San Sebastián M, Escolar-Pujolar A, Martínez-Faure JE, Gustafsson PE. Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia (Southern Spain). *Int J Equity Health* 2014; 13:55
31. Milner A, Page A, Morrell S, Hobbs C, Carter G, Dudley M, Duflou J, Taylor R. The effects of involuntary job loss on suicide and suicide attempts among young adults: evidence from a matched case-control study. *Aust N Z J Psychiatry* 2014; 48(4):333-340.
32. Reeves A, McKee M, Gunnell D, Chang SS, Basu S, Barr B, Stuckler D. Economic shocks, resilience, and male suicides in the great recession: cross-national analysis of 20 EU countries. *Eur J Public Health* 2014; 25(3):404-409.
33. World Health Organization (WHO). *Preventing suicide: a global imperative*. Washington: Panamerican Health Organization; 2014.
34. Zimmerman M, Martínez J, Young D, Chelminski Me, Morgan TA, Dalrymple K. Comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder and history of suicide attempts. *J Pers Disord* 2014; 28(3):358-364.
35. López-Castroman J, Pérez-Rodríguez M de L, Jausent I, Alegría AA, Artes-Rodríguez A, Freed P, Guillaume S, Jollant F, Leiva-Murillo JM, Malafosse A, Oquendo MA, de Prado-Cumplido M, Saiz-Ruiz J, Baca-García E, Courtet P; European Research Consortium for Suicide (EURECA). Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. *J Psychiatr Res* 2011; 45(5):619-625.
36. España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI). *Guía de Práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida: Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2011.
37. Huisman A, Kerkhof AJ, Robben PB. Suicides in users of mental health care services: treatment characteristics and hindsight reflections. *Suicide Life Threat Behav* 2011; 41(1):41-49.
38. Chiao JY, Blizinsky KD. Population Disparities in Mental Health: Insights From Cultural Neuroscience. *Am J Public Health* 2013; 103(Supl. 1):122-132.
39. Sáiz PA, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2014; 7(1):1-4.
40. García-Nieto R, Parra Uribe I, Palao D, López-Castroman J, Sáiz PA, García-Portilla MP, Ruiz JS, Ibañez A, Tiana T, Sindreu SD, Sola VP, Diego-Otero Y, Pérez-Costillas L, García-Andrade RF, Saiz-González D, Arriero MAJ, Acosta MN, Giner L, Guija JA, Escobar JL, Cervilla JA, Quesada M, Braquehais D, Blasco-Fontecilla H, Legido-Gil T, Aroca F, Baca-García E. Protocolo breve de evaluación de suicidio: fiabilidad interexaminadores. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2012; 5(1):24-36.
41. Aiken LS, West SG. *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park: Sage; 1991.
42. Baca-García E, Pérez-Rodríguez MM, Keyes KM, Oquendo MA, Hasin DS, Grant BF, Blanco, C. Suicidal ideation and suicide attempts in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. *Mol Psychiatry* 2010; 15(3):250-259.
43. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España-CGCOPE. *Jóvenes, Suicidio y Medios de Comunicación*. Madrid: CGCOPE; 2009.
44. European Union (EU). *European Pact for Mental Health and Well-being. European Union high-level conference*. Brussels: EU; 2008.
45. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet* 2009; 374:881-892.
46. Pereda N. Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo* 2010; 31(2):191-201.
47. Laborda A. y Fernández MJ. Previsiones económicas para España 2010-2011. *Cuadernos de Información Económica de Fundación de Cajas de Ahorros* 2010; 216(3):1-13.
48. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first national registry. *PLoS One* 2012; 7:e31663.

---

Artigo apresentado em 26/08/2015

Aprovado em 26/12/2015

Versão final apresentada em 28/12/2015