

**CONDUCTA SUICIDA EN POBLACIÓN GENERAL
ADULTA ESPAÑOLA:
UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO**

Tesis doctoral

Raúl Huerta Ramírez

Directores:

Prof. José Luis Ayuso Mateos

Dra. Marta Miret García

Dr. Francisco Félix Caballero Díaz

Universidad Autónoma de Madrid

Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría

CONDUCTA SUICIDA EN POBLACIÓN GENERAL ADULTA ESPAÑOLA: UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

ÍNDICE

Índice de tablas (p. 4)

Índice de figuras (p.5)

Prefacio (p.6)

1. Introducción (p.8)

1.1. Antecedentes históricos en el estudio del suicidio (p. 8)

1.2. Importancia del estudio del suicidio en la actualidad en población general (p. 12)

1.3. El suicidio como concepto y como continuo: ideas, planes, intentos y muertes suicidas (p. 17)

1.4. Prevalencia del continuo suicida en España (p. 21)

1.5. Comparación de la prevalencia española del continuo suicida con la europea y mundial (p. 30)

1.6. Factores asociados a la conducta suicida en población general (p. 36)

1.6.1. Factores bio-psicosociales asociados al continuo suicida (p. 36)

1.6.1.1. Factores biológico-genéticos (p. 36)

1.6.1.1.1. Edad (p. 37)

1.6.1.1.2. Sexo (p. 43)

1.6.1.1.3. Genética (p. 45)

1.6.1.1.4. Otros factores biológicos (p. 47)

1.6.1.2. Factores psicológicos. La enfermedad mental (p. 48)

1.6.1.3. Factores sociales (p. 57)

1.6.1.3.1. Nivel socioeconómico (p. 57)

1.6.1.3.2. Situación laboral (p. 60)

1.6.1.3.3. La crisis económica (p. 61)

1.6.1.3.4. Otros factores sociales (p. 66)

1.6.1.4. Factores protectores (p. 68)

1.6.1.5. El Modelo de Mann (p. 70)

1.6.2. Factores predictores de ideación suicida (p. 72)

1.6.3. Factores predictores de planificación e intentos suicidas (p. 74)

- 1.6.4. Factores predictores de muerte por suicidio (p. 76)
- 1.7. Conclusiones (p. 77)
- 2. Objetivos (p. 78)
- 3. Hipótesis (p. 79)
- 4. Metodología (p. 80)
 - 4.1. Diseño (p. 80)
 - 4.2. Muestra y procedimiento (p. 80)
 - 4.3. Medidas (p. 81)
 - 4.4. Análisis de los datos (p. 84)
 - 4.4.1. Características sociodemográficas y prevalencias globales de conducta suicida (p. 84)
 - 4.4.2. Tablas de contingencia para estudiar la relación entre prevalencias de conducta suicida y características sociodemográficas (p. 85)
 - 4.4.3. Modelos de regresión logística para determinar las variables asociadas con ideación e intento de suicidio (p. 86)
 - 4.4.4. Análisis de posibles cambios de tendencia en los porcentajes de primera idea, plan e intento de suicidio en el período 1990-2010 (p. 89)
- 5. Resultados (p. 92)
- 6. Discusión (p. 118)
 - 6.1. Limitaciones (p. 118)
 - 6.2. Discusión de los resultados obtenidos (p. 119)
 - 6.3. Desarrollo de estrategias de prevención (p. 123)
 - 6.4. Futuras líneas de investigación (p. 131)
- 7. Conclusiones (p. 133)
- 8. Bibliografía (p. 135)
- 9. Anexos (p. 165)
 - Anexo 1 (p. 165)
 - Anexo 2 (p. 173)

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Riesgo de suicidio en personas con intentos previos y trastornos psiquiátricos (p. 51)

Tabla 2: Estimaciones de prevalencia (estimación puntual e IC al 95%) a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses de ideación, planes e intentos de suicidio en España. Se comparan los resultados de los estudios COURAGE y ESEMeD por grupos de edad (18-49, 50-64 y 65 ó más años) (p. 93)

Tabla 3: Estimaciones de prevalencia (estimación puntual e IC al 95%) de ideas de suicidio a lo largo de la vida por características sociodemográficas y grupos de edad (p. 96)

Tabla 4: Estimaciones de prevalencia (estimación puntual e IC al 95%) de intentos de suicidio a lo largo de la vida por características sociodemográficas y grupos de edad (p. 99)

Tabla 5: Prevalencia vital de ideación suicida y depresión, y ratio de suicidios consumados por cada 100000 habitantes en 2011 y 2012. Datos por Comunidad Autónoma (p. 101)

Tabla 6: Modelo de regresión logística para examinar variables relacionadas con ideación suicida a lo largo de la vida en la muestra total (p. 102)

Tabla 7: Modelo de regresión logística para examinar variables relacionadas con ideación suicida a lo largo de la vida, por grupos de edad (p. 104)

Tabla 8: Modelo de regresión logística para examinar variables relacionadas con intentos de suicidio a lo largo de la vida, considerando la muestra total (p. 106)

Tabla 9: Modelo de regresión logística para examinar variables relacionadas con ideación suicida a lo largo de la vida, en sujetos que presentaron depresión alguna vez en su vida. Muestra total (p. 108)

Tabla 10: Modelo lineal de efectos mixtos para los porcentajes absolutos de primera ideación suicida, en cada uno de los años del período 1990-2010 (p. 110)

Tabla 11: Modelo lineal de efectos mixtos para los porcentajes absolutos de primer plan de suicidio, en cada uno de los años del período 1990-2010 (p. 114)

Tabla 12: Modelo lineal de efectos mixtos para los porcentajes absolutos de primer intento de suicidio, en cada uno de los años del período 1990-2010 (p. 116)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Tasas de muerte por suicidio en el mundo, según datos de la OMS (p. 14)

Figura 2: Tasas de muerte por suicidio en España en el año 2012. Distribución por comunidades y ciudades autónomas. Las tasas se exponen en número de muertes por cada 100000 habitantes (p. 29)

Figura 3: Esquema del modelo de diátesis-estrés para la comprensión del suicidio según Mann y colaboradores (p. 71)

Figura 4: Porcentajes absolutos por año para la primera idea suicida. Valores ajustados por medio de una tendencia lineal ($R^2 = 0.18$) y una tendencia cuadrática ($R^2 = 0.47$) (p. 111)

Figura 5: Porcentajes absolutos por año para el primer plan de suicidio. Valores ajustados por medio de una tendencia lineal ($R^2 = 0.27$) y una tendencia cuadrática ($R^2 = 0.27$) (p. 113)

Figura 6: Porcentajes absolutos por año para el primer intento de suicidio. Valores ajustados por medio de una tendencia lineal ($R^2 = 0.21$) y una tendencia cuadrática ($R^2 = 0.25$) (p. 117)

Figura 7: Evolución de la mortalidad debida a suicidio, accidentes de tráfico y VIH/SIDA en España entre los años 2000 y 2012 (p. 125)

Figura 8: Evolución de la mortalidad asociada a suicidio, accidentes de tráfico y VIH/SIDA en España entre los años 2000 y 2012, en varones de 15 a 44 años (p. 125)

PREFACIO

En la literatura psiquiátrica son habituales los estudios acerca del suicidio en enfermos mentales, analizándose con detalle la influencia de diversos factores en la aparición de actos suicidas. Sin embargo, no abundan los trabajos destinados a estudiar este tema en la población general. Por ese motivo, la realización del proyecto COURAGE in Europe, destinado a la investigación de las necesidades poblacionales en asistencia sanitaria (y sobre todo geriátrica) supuso una buena oportunidad para disponer de una amplia muestra de población general, representativa a nivel nacional, en la que poder indagar sobre qué factores se relacionan con la presencia de ideas, planes e intentos de suicidio sin que *a priori* haya un trastorno mental previo.

Entretanto, España y el resto del mundo se han visto inmersos en un período de crisis económica que ha implicado un importante sufrimiento tanto a los individuos como a las sociedades en su conjunto, sumado a las restricciones que han supuesto las posteriores medidas políticas de austeridad con las que se está intentando contener los efectos de dicha crisis. Así, si bien el interés inicial de este trabajo estaba relacionado con el estudio de qué factores biológicos, psicológicos y sociales podían asociarse con las conductas suicidas en población general, entre éstos cobra especial atención el análisis del posible efecto de la crisis económica actual al respecto.

Intentar determinar el efecto de la crisis en un tema tan delicado como el suicidio es de por sí complejo, requiriendo poder comparar la situación antes y durante la crisis que aún perdura. En ello ha jugado un papel esencial el poder comparar los resultados que se obtuvieran con un estudio similar realizado diez años atrás, el estudio ESEMeD.

De esta forma, en el trabajo que se presenta en las siguientes páginas, se intenta no sólo apreciar qué factores se asociarían al suicidio en población general, sino calibrar el peso de los mismos, para así poder

entender mejor el fenómeno suicida y atender de la mejor manera posible a quienes lo sufren.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes históricos en el estudio del suicidio

El suicidio se ha considerado un motivo de preocupación para los estudiosos del comportamiento humano desde hace siglos, al ser difícilmente comprensible en un primer plano el que alguien atente contra su propia vida. Sin embargo, esto no siempre ha sido así. Ya en la Grecia de la Antigüedad se escribieron textos en los que se legitimaba el suicidio como una alternativa frente al sufrimiento vital, casi como un ejercicio de libertad suprema, como fue el caso de Plinio el Viejo en su *Historia Naturalis* (1). No sería el único en su época, ni tampoco en etapas de la Historia bastante posteriores pero con argumentaciones similares, como fueron los casos de David Hume (2) o de Arthur Schopenhauer (3), si bien éstos fueron ejemplos aislados dentro de la corriente social general, que veía el suicidio como un acto pecaminoso y fundamentalmente egoísta (4). Así, mientras que las circunstancias culturales e históricas del individuo pueden implicar diferentes puntos de vista al considerar este fenómeno (en cuanto a su legitimidad, moralidad, causas, etc.), por lo general el suicidio se ha entendido como el efecto final de un problema vital que la persona que decide quitarse la vida (o incluso la sociedad a que pertenece) experimenta como irresoluble. En ese sentido, a nivel social podrían incluso distinguirse “culturas con sentimientos de culpa” y “culturas con sentimientos de vergüenza” (5) en las que se llegaría a ver como algo normalizado el que una persona se quite la vida ante una situación que considera deshonrosa, como, por ejemplo, suspender unos exámenes (6) o verse obligada a contraer un matrimonio desventajoso socialmente, o no deseado (7).

Sin embargo, el estudio sistemático del fenómeno suicida como conducta patológica no atrajo el interés de la Medicina hasta el siglo XIX, en paralelo con el avance del pensamiento positivista y su consideración determinista del comportamiento humano, planteado como una manifestación más de los fenómenos biológicos (uno de los exponentes a este respecto sería Claude Bernard (8)). Este tipo de enfoque exponía al

suicidio como fruto de una enfermedad mental subyacente, la cual a su vez estaría determinada desde el plano biológico. Previamente, este estudio se hacía más difícil por el componente moral inevitablemente asociado al suicidio.

Tras estos intentos iniciales de comprender el suicidio, éste comenzó a ser estudiado de forma científica y sistemática desde los estudios pioneros de Émile Durkheim (9), que intentaban relacionar los actos suicidas con características del grupo social al que pertenece el individuo que los realiza. De este modo, se pusieron de manifiesto aspectos socioculturales que podrían influir en que una persona decidiera quitarse la vida. Estos factores sociales solían tener que ver con el aislamiento o anomia del individuo o el que éste careciera de una meta vital definida. Así, Durkheim distinguía hasta tres tipos de suicidio diferentes, a saber:

- El suicidio “egoísta”, resultante de la alienación del individuo respecto de su marco social. En este tipo de suicidio, Durkheim distingue diversos condicionantes sociales que podrían servir como factores de riesgo, como son el estado civil o la confesión religiosa de la persona.
- El suicidio “altruista”, en que el individuo se sacrificaría en aras de su grupo social (religioso, político, militar...), de tal manera que su individualidad también se vería alienada, esto es, fagocitada por la identidad de la masa.
- El suicidio “anómico”, en que el sujeto se vería atrapado por la anomia como falta de orientación vital de la persona en relación a una carencia de reglas definidas o de valores estructurales en su sociedad, resultado a su vez de profundos cambios sociales. Este elemento lo relacionaría con las crisis socioeconómicas, entendiendo “crisis” como cambio profundo y rápido, sea en una dirección negativa o positiva (así, describe incrementos en las tasas de suicidio en las llamadas “crisis de prosperidad”).

En este tipo de vivencias, tanto la esfera social como la vivencia política o religiosa del momento adquirirían así un papel de relevancia a la hora de explicar la conducta suicida, pues resultan entornos clave en el desarrollo

de la identidad del individuo, cuya amenaza se mostraba así como el principal factor de riesgo (10). Sería así la alienación de la persona la que actuaría como factor causal del acto suicida, relacionando éste con la estructura social de base (11). Asimismo, los cambios bruscos en el estatus socioeconómico de un individuo podrían influir, según Durkheim, en el desencadenamiento de una idea o acto suicida, lo cual es compartido por autores de épocas más recientes (6, 7, 10). De este modo, los actuales tiempos de cambio económico serían susceptibles de suponer un mayor riesgo para este tipo de conductas (12).

En relación con la línea psicosocial de explicación del suicidio que abrió Durkheim, la principal forma de comprensión del mismo desde el punto de vista científico recurrió a hipótesis psicológicas, como las ofrecidas por el psicoanálisis (desde “Duelo y Melancolía”, de Freud (13)), si bien se tendió más a la consideración de factores individuales e interpersonales que sociales. Así, el suicidio no era para este enfoque sólo un acto consecuencia de unos condicionantes concretos, sino también una forma de comunicación entre el suicida y su entorno, que buscaría provocar una respuesta en éste (14, 15).

El predominio de propuestas de índole más psicologista fue creciente en la primera mitad del siglo XX, dejando a un lado los factores biológicos que pudieran estar relacionados con la conducta suicida (16). Será en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial cuando se plantee la realización de estudios epidemiológicos amplios acerca del suicidio, sobre todo desde la década de los sesenta (17). En este sentido, será de gran ayuda la creación de instituciones relacionadas con la asistencia e investigación sanitarias de alcance internacional, como la Organización Mundial de la Salud (18). Así, surgen investigaciones de prevalencia a nivel local y nacional, de muy diversa metodología y resultados, que si bien aportan información no existente previamente hacen difícil una consideración global del fenómeno. En esta variedad no influirán sólo las diferencias metodológicas entre los estudios realizados, sino también la propia definición de suicidio empleada (19). De esta manera, si bien la palabra “suicidio” es empleada como parte del lenguaje común y todos

parecen referirse a similares conceptos al utilizarla, los matices de dicho uso pueden implicar considerables diferencias metodológicas y de interpretación de resultados, algo que por otra parte ya adelantó Durkheim (9).

Por otra parte, la mayoría de estudios sobre el suicidio realizados en el último siglo se refieren a población con diagnóstico de algún trastorno mental, ya que dicho antecedente se suele entender como ligado al acto suicida, profundizando así en el carácter patológico que se atribuye al mismo (20-22). Son poco frecuentes los estudios al respecto llevados a cabo sobre población general.

De esta manera, se puede apreciar a lo largo de la Historia una evolución en la consideración y por ello en la forma de estudiar y entender el suicidio. Desde las aproximaciones casi exclusivamente filosóficas de la Antigüedad, el suicidio como objeto de estudio ha pasado a formar parte del *corpus* de conocimiento de la Medicina científica, pasando así a ser analizado con la metodología de la misma. Desde una primera perspectiva psicosociológica, han ido considerándose también elementos más puramente biológicos en su aparición (16), de índole radicalmente individual, lo cual paradójicamente ha implicado un relativo olvido de los factores socioeconómicos, de alcance más interpersonal y social. En la mayoría de casos, se estudia el suicidio en las personas con trastornos mentales de base. Así, la impresión que se tiene en nuestros días es la de que son escasas las investigaciones al respecto en población general (23). También resultan poco frecuentes los estudios que aborden la situación socioeconómica como factor de riesgo, más allá de la situación laboral del individuo. Esto resulta especialmente palpable cuando se revisa lo publicado antes y después de 2009, el año que podría entenderse como de eclosión global de la actual crisis económica (24). De ello trata el siguiente apartado, siendo referida de ahora en adelante la población general como población objeto de estudio.

1.2 Importancia del estudio del suicidio en la actualidad en población general

En la actualidad, el interés por el estudio del suicidio no ha decaído. De hecho, el análisis de los resultados de los estudios epidemiológicos, de alcance cada vez mayor al mejorar las estructuras de trabajo en red de los diferentes grupos de investigación, arroja cifras que revelan el suicidio como uno de los temas básicos de estudio para las instituciones sanitarias. Esto ya se mostró evidente cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó la prevención del suicidio dentro de los objetivos de la estrategia “Salud para todos en el año 2000” (25).

Así, analizando los datos disponibles para la población general, el suicidio se encuentra entre las primeras 20 causas de muerte en todo el mundo, para todos los grupos de edad. Cada año, aproximadamente un millón de personas muere en el mundo por suicidio, lo cual supondría una muerte cada 40 segundos aproximadamente (26). Pero la relevancia del suicidio como problema de salud global se aprecia más claramente si se analizan los datos epidemiológicos de los diferentes grupos de edad por separado. De esta manera, el suicidio se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en el grupo de edad comprendido entre los 15 y 44 años, pasando a ser la segunda causa de muerte entre los 10 y 24 años de edad (27). En este sentido, hay que destacar que sólo están siendo consideradas las muertes por suicidios consumados. Si se tuvieran en cuenta los intentos de suicidio, las cifras de incidencia serían todavía mayores (entre 10 y 20 veces mayores, o incluso más, según los estudios que se consulten) (28).

El hecho de que el suicidio sea una de las principales causas de muerte en las capas de población más activas y con potencial para tener descendencia, implica una considerable repercusión a nivel socioeconómico: pérdidas económicas y de tejido social productivo que permita revertir el progresivo envejecimiento de la población (26). Pero no sólo el suicidio en población joven supone una importante carga económica: cuanto mayor es la edad de la persona que protagoniza un intento suicida (sobre todo si es mayor de 65 años), mayores costes hospitalarios implica el

atentar contra su vida; este aspecto se vería influido por otras variables, como la letalidad del método empleado (29). De este modo, el suicidio supondría hasta el 1.3% de la carga global de enfermedad para todo el mundo, según los datos de 2004 (28, 30). Si se considera la carga de enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad (DALYs, *Disability Adjusted Life Years*), el suicidio también muestra una amplia relevancia, no sólo cuando tiene un desenlace mortal (31).

Estas consecuencias se sumarían a las que afectan al entorno más cercano al suicida, no sólo a nivel del sufrimiento personal que implica la muerte autoinfligida de un familiar, sino incluso porque el suicidio de un pariente cercano puede suponer un mayor riesgo de cometer a su vez una conducta similar (32, 33).

La distribución de las cifras de prevalencia de suicidio en el mundo según los diferentes continentes y países es muy variada, no sólo por la diferente presencia en los mismos de diversos factores de riesgo, sino también por las dificultades metodológicas ya expuestas anteriormente. Estas dificultades implican asimismo que en muchos países del mundo no existan datos fiables al respecto, como se aprecia en la Figura 1. Ello podría implicar que los datos disponibles estuvieran globalmente infravalorados (25, 34).

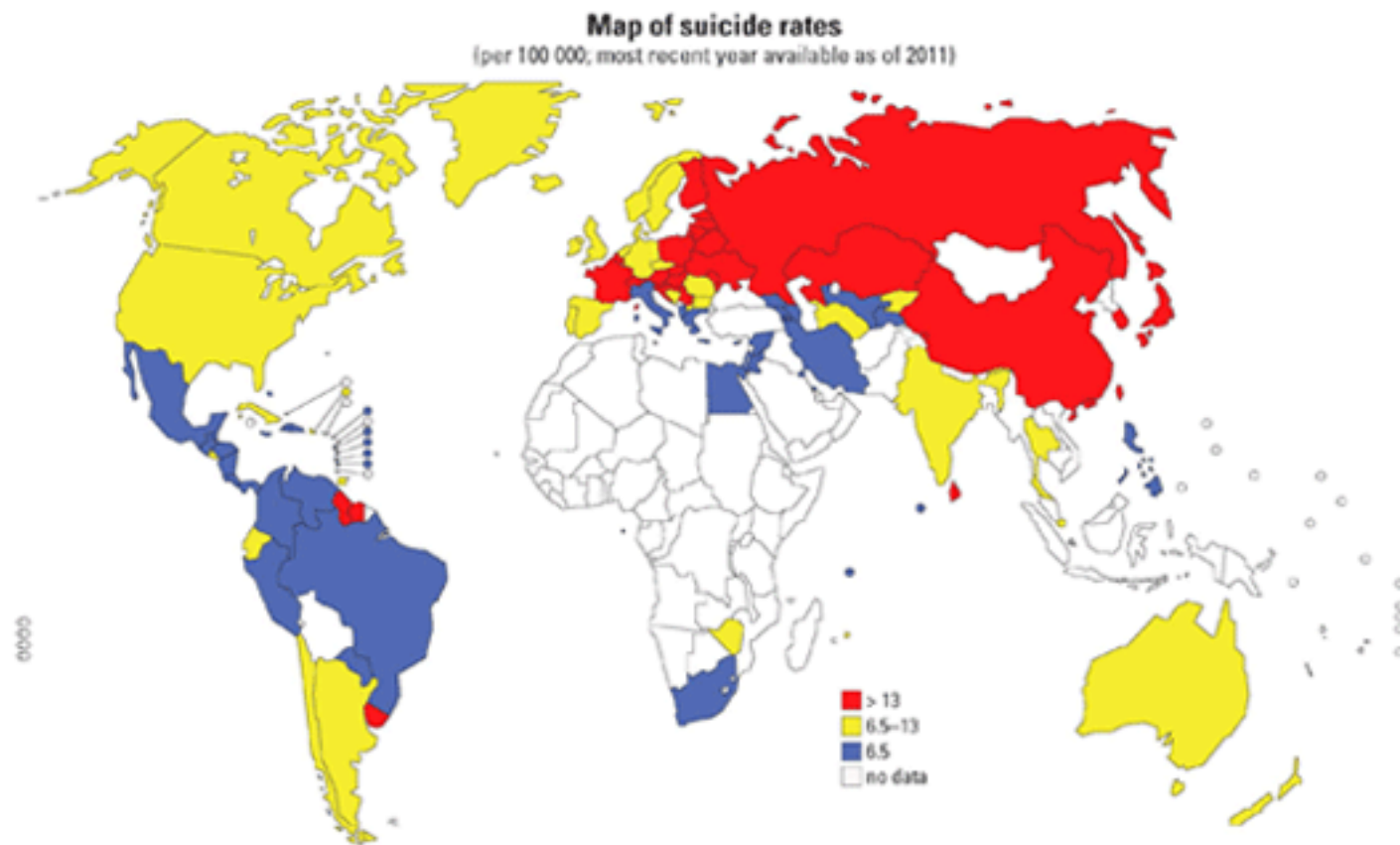


Figura 3: Tasas de muerte por suicidio en el mundo, según datos de la OMS (28)

Si se centra la atención en Europa, los datos más actualizados revelan que 123853 personas se suicidan cada año, de las cuales hasta el 80% serían varones. Las cifras de prevalencia media de suicidio en población general en Europa son de 13.9 por cada 100000 habitantes, con considerables diferencias entre países, en buena medida debido a las dificultades metodológicas mencionadas arriba (35). Las mayores prevalencias de suicidio se darían en el grupo de población de más de 65 años (21.9 por cada 100000 habitantes), seguido del grupo compuesto por personas de entre 45 y 59 años de edad (21.5 por cada 100000 habitantes), en ambos casos casi duplicando las cifras de prevalencia media para el continente, según lo describen los datos de la OMS en 2012 (35).

De esta manera, ante las graves repercusiones que en la actualidad tendría el suicidio en la población, se hace especialmente necesario el desarrollo de estrategias de prevención. Esto se hace todavía más palpable si se tiene en cuenta que alrededor del 70% de las personas que fallecen por suicidio no habrían recibido anteriormente atención sanitaria para el cuadro que se asocia a su conducta suicida (36); esto es, se habrían visto privadas de una intervención sanitaria que quizás hubiera podido evitar ese desenlace. En un gran número de ocasiones, si dicha asistencia se recibe, la entrevista que se realiza al paciente adolece de falta de preguntas acerca de la presencia de intenciones suicidas, e incluso si se diagnostica algún trastorno mental, no suele especificarse el riesgo de suicidio del paciente en cuestión (30, 37). Si se tiene en cuenta la amplia bibliografía existente que avala la importancia de la patología psiquiátrica como factor de riesgo para el desarrollo de actos suicidas (22, 38), y que se desarrollará más adelante, parece obvia la relevancia del estudio del suicidio y de los factores de riesgo asociados al mismo a la hora de elaborar estrategias preventivas y asistenciales que atenúen las graves consecuencias de la conducta suicida (39).

Como se ha mencionado anteriormente, no sólo la patología mental subyacente sería un factor de riesgo asociado al suicidio. Así, habría variables personales, familiares y sociales de índole psicosocial que se podrían ligar a un mayor riesgo de conductas suicidas; entre ellas

parecerían de interés las circunstancias socioeconómicas. Pese a esto, destaca el que no hayan obtenido la atención de los investigadores más que de forma parcial en las últimas décadas. De esta manera, revisando las publicaciones sobre suicidio en población general catalogadas en la base de datos PubMed, destaca ante todo un considerable aumento del número de las mismas entre 1974 y 1975 (pasan de 24 publicaciones a 142 en un solo año) (40), así como entre los años 2000 (324 publicaciones) y 2001 (450 publicaciones), sin un claro desencadenante de dicho repunte en el número de publicaciones, que por lo demás permanece estable en el resto de años si se analiza lo difundido hasta 2009 (entendido como año de la eclosión de la actual crisis económica). En dichas publicaciones, la referencia a los factores socioeconómicos como de riesgo para realizar un acto suicida es muy escasa y poco específica, no yendo mucho más allá del interés por la situación laboral, el estado civil o la orientación sexual del individuo (41, 42).

De este modo, el estudio del suicidio de una forma sistematizada ha permanecido hasta fechas recientes centrado en su relación con aspectos clínicos, teniéndose los de índole psicosocial y sobre todo socioeconómica en un segundo plano generalmente limitado al de la situación laboral de la persona, su género, estado civil o presencia de una red de apoyo.

Tras el estallido de la actual crisis económica hacia 2009, los estudios sobre suicidio no han variado mucho su temática, destacando como problema principal la dificultad de estudiar el suicidio a nivel global por trabas metodológicas o de definición de conceptos. Pese a estas dificultades, se sigue buscando un análisis global, internacional, del comportamiento suicida, en busca de posibles factores comunes que reflejen un posible carácter transcultural del fenómeno suicida (25, 43). Esto podría tener que ver con su consideración habitual como aspecto patológico de la conducta humana: si el suicidio es una conducta patológica, debería tener elementos comunes independientes de la cultura o país en que se lleva a cabo. Será en los últimos años cuando la crisis económica como factor de riesgo para el suicidio se tenga específicamente en cuenta en los estudios, como se verá en las páginas siguientes.

En la actualidad, el interés por el estudio del suicidio y de sus factores relacionados continúa, si bien dicho interés se centra en factores individuales bastante limitados tanto en la esfera biológica (edad, sexo) como en la psicológica (no suele irse más allá de la presencia de patología psiquiátrica de base o del análisis de los rasgos de personalidad (44)) o en la social (red de apoyo, situación laboral). En los años posteriores a la eclosión de la actual crisis económica será cuando se amplíe el foco de atención de manera específica a otros factores como los socioeconómicos, mostrándolos como de especial interés. Esta limitación previa, pero cercana en el tiempo, del campo de estudio podría implicar que se haya visto en igual medida coartado el desarrollo de estrategias preventivas más efectivas, sobre todo cuando en nuestros días se está empezando a criticar la eficacia de las estrategias previas disponibles (30, 45).

1.3 El suicidio como concepto y como continuo: ideas, planes, actos y muertes suicidas

Una vez ha quedado establecida la relevancia de seguir estudiando el suicidio en la actualidad, sobre todo por las posibilidades preventivas que plantea, es momento de especificar el objeto de estudio. ¿Qué se entiende por suicidio?

Si bien podría parecer que todo el mundo entiende lo mismo cuando se habla de suicidio, como ya se ha visto en apartados anteriores pueden hacerse diversos matices que modifiquen incluso de manera relevante el concepto empleado (19). Así, aunque el término “suicidio” se refiere a un hecho que viene sucediendo desde tiempos remotos, no será hasta finales del siglo XI cuando dicha palabra empezará a emplearse (procediendo de las latinas *sui* (sí) y *caedes* (muerte o asesinato), significando “muerte o asesinato de uno mismo”), siendo ya un vocablo empleado de manera común desde el siglo XVII (46) a la hora de referirse al acto de quitarse la propia vida de forma voluntaria. Pero el concepto que este acto implica supone matizaciones que podrían estar quedándose fuera de consideración. Así, Durkheim (9) se refiere con la palabra “suicidio” a todas

aquellas muertes que directa o indirectamente son el resultado de un acto positivo o negativo (esto es, por omisión) realizado por el fallecido, sabedor de que dicho acto implicaría un desenlace fatal. Años después, Erwin Stengel (47) define el suicidio como un acto consciente y deliberado realizado por una persona que desea herirse y cuyo desenlace es fatal; esto ampliaría así el abanico de actos entendibles como suicidas.

Otros investigadores, como Retterstøl (19), ven aceptable la definición previamente expuesta, añadiendo que el suicidio también puede ser definido como un acto que amenaza la propia vida y que uno dirige contra sí mismo resultando en su muerte. Este concepto es similar al de la Enciclopedia Británica, que lo define como “el acto humano autoinfligido e intencionado de cese de la propia vida” (48). El Diccionario de la Lengua Española (49) lo explica como la “acción y efecto de quitarse voluntariamente la vida”, volviendo así al concepto original, más centrado en el efecto del suicidio y dejando aparte la consciencia que tiene el suicida de las consecuencias potencialmente letales y voluntariamente buscadas en primer término de sus actos.

Viendo las definiciones previas, se pone de manifiesto una tendencia a considerar de forma principal factores de índole individual (intencionalidad, consciencia de las consecuencias). Será a finales del siglo XX cuando las definiciones del suicidio retomen la atención sobre los aspectos sociales que pueden ligarse a la conducta suicida. Así, algunos autores entienden el suicidio como una acción individual pero enmarcada en motivos sociales e históricos concretos, cuya consecuencia sería la propia muerte (50). El suicidio, para autores como Shneidman (51) sería, en definitiva, “un acto consciente de aniquilación autoinducida, comprendida como una enfermedad multidimensional en un individuo necesitado de ayuda que ve el suicidio como la mejor solución”. Esta definición plantea un factor psicológico a tener en cuenta a la hora de entender las motivaciones del suicida: la desesperación ante un problema vital que considera irresoluble y para el que cree que la mejor alternativa sería quitarse la vida.

Las diversas definiciones expuestas se intentan recoger en la que emplea la Organización Mundial de la Salud (52), para la cual “el suicidio es un acto con desenlace fatal que el fallecido, sabiendo o esperando tal consecuencia letal, ha iniciado y llevado a cabo con el propósito de provocar los cambios que deseaba”. Esta definición trataría de forma deliberadamente ambigua la intencionalidad del sujeto, dado el debate que sigue abierto acerca de si el suicida realmente desea morir cuando realiza su acto autolesivo, o si bien su intención real pudiera ser otra (cambiar la situación de alguna manera). La persistencia de este debate tendría que ver con las dificultades de conocer las verdaderas intenciones del suicida una vez ha consumado su intento (19), aunque se está intentando superar este obstáculo con el uso de las llamadas “autopsias psicológicas” (23, 53).

De forma paralela, si se habla de “suicidio” para referirse al suicidio consumado, esto es, que consigue terminar con un resultado mortal, es conveniente definir algunos conceptos asociados al mismo. Así, se diferenciaría (54) entre intento de suicidio, entendido como una conducta autolesiva de resultado no mortal acompañada de la evidencia de que la persona tenía la intención de morir; intento de suicidio abortado, como conducta potencialmente autolesiva con evidencia de la intención de morir pero con interrupción del intento antes de que se produjese el daño; y autolesión deliberada, como acto doloroso, destructivo o perjudicial intencionado y autoinfligido sin la intención de morir (este último concepto ha sido denominado por algunos autores “parasuicidio” (55)). La Organización Mundial de la Salud tendría su propia definición de intento de suicidio: “Aquellas situaciones en las que la persona ha cometido un acto que amenaza su vida con la intención de poner su vida en peligro o con la apariencia de dicha intencionalidad. Esto incluye actos interrumpidos por otros antes de que el daño se produzca” (56).

Por tanto, el suicidio no parece ser un elemento monolítico de estudio sencillo. Analizando en detalle los matices del concepto, puede apreciarse que, más allá del desenlace fatal que puede implicar, hay que tener en cuenta la toma de conciencia del sujeto en las consecuencias potenciales de su acto, se lleguen a producir o no, su intencionalidad concreta al

respecto, así como los factores sociales e históricos asociados a la conducta suicida.

Esta complejidad ha motivado que los estudios recientes sobre suicidio tiendan a distinguir en el mismo diversas fases de un continuo que se ha venido considerando en la práctica clínica. Según este modelo, la muerte por suicidio sería el eslabón final de una cadena de gravedad creciente que empezaría con la presencia de ideas de suicidio, seguidas de planes más o menos estructurados al respecto y a continuación de uno o varios intentos suicidas, que finalmente pueden llegar a culminar con la muerte de la persona (57, 58).

En base a este concepto del continuo suicida, conforme se avanza de un estado al siguiente empeoraría el pronóstico del cuadro, siendo mayor el riesgo de un desenlace fatal (30, 43, 59). Así, el uso de esta forma de entender el proceso de gestación del suicidio podría ser utilizable a la hora de crear estrategias de prevención. De esta manera, la realización de un intento de suicidio fallido suele considerarse un indicador del riesgo de un nuevo intento y por ello de la posible pertinencia de promover un ingreso psiquiátrico (60). Sin embargo, existen voces discordantes ante esta concepción de riesgo creciente (61, 62), lo cual puede indicar la presencia de otros factores relacionados que deben ser todavía dilucidados a través de investigaciones más precisas y de alcance poblacional global.

No siempre se da la presencia de todos los eslabones de dicho continuo. De esta forma, puede haber ideas de suicidio que culminen en intentos sin elaboración previa de planes, sobre todo cuanto más impulsivo es el intento de suicidio. Esto podría relacionarse con la continuidad que se aprecia en los factores de riesgo de las ideas e intentos de suicidio (63, 64). De igual manera, puede haber ideas seguidas de planificación suicida, pero sin que se llegue a llevar a cabo un intento ante la presencia de factores de protección de diversa índole (32).

La presencia de un lapso mayor de tiempo entre la aparición de ideas de suicidio y la realización de un intento suicida permite la presencia de una cierta planificación acerca del modo en que quitarse la vida. Esta

planificación puede ser más o menos elaborada, lo cual tiene un papel ambiguo a la hora de considerarlo, por un lado, como un factor de riesgo (a mayor tiempo entre la idea y la conducta suicida, mayor posibilidad de elaboración de un plan con menos riesgo de error y mayor severidad del intento suicida), y, por otro, como una oportunidad de intervención preventiva (cuanto mayor sea ese lapso de tiempo, más oportunidades hay de que el suicida contacte con familiares o amigos o con profesionales sanitarios que puedan ayudarle (65)).

Destaca al revisar la bibliografía publicada al respecto, el hecho de que los estudios suelen centrarse en el análisis de las ideas suicidas (66, 67) o directamente de intentos de suicidio (68, 69), siendo escasas las referencias a otros elementos del continuo, como los planes de suicidio (43), cuya mayor o menor elaboración puede ser clave en el pronóstico del caso y por ello en su prevención (70). Así, sería de especial interés estudiar de forma conjunta la presentación en la población general de los diferentes eslabones del continuo suicida, desde las ideas a los planes, intentos y desenlaces mortales. En el apartado siguiente serán revisados los datos disponibles al respecto en la población general española.

1.4 Prevalencia del continuo suicida en España

Si se revisa lo publicado acerca de la prevalencia en la población española de los diversos eslabones del continuo suicida (ideas, planes, intentos y muertes por suicidio) en la población general, lo primero que destaca es la escasez de datos al respecto. Así, como suele ser habitual en el estudio del suicidio, abundan datos sobre población diagnosticada de algún trastorno mental (33, 71-73), pero los estudios de los últimos 20 años que tratan la población general española podrían reducirse básicamente a dos: los estudios ODIN y ESEMeD.

El Outcome of Depression International Network (ODIN) fue un proyecto que involucró a finales de los años 90 a cinco países europeos con el objetivo de estudiar la prevalencia de los trastornos depresivos,

valorar los factores de riesgo asociados y analizar el impacto de las intervenciones psicológicas destinadas a tratarlos (61, 62, 74). En la sección española de este proyecto, que implicaba a la ciudad de Santander (con un total de 1245 personas), se valoró la presencia de trastornos depresivos mediante el Inventario para la Depresión de Beck (Beck Depression Inventory (BDI) (75)). Asimismo, se estudiaron otros factores que suelen relacionarse con dichos trastornos, como el apoyo social (mediante la Oslo Social Support Scale (76)), la presencia de acontecimientos vitales estresantes en los seis meses previos (con la List of Threatening Experiences (77)) o todo un abanico de aspectos sociodemográficos como la edad, sexo o estado civil.

Este estudio permitió el análisis específico del elemento suicida mediante la focalización en el ítem nueve del BDI, referente a la presencia de ideas suicidas, pudiendo incluso compararse los sujetos con ideas de carácter más leve con los que las tenían más serias y estructuradas. Así, en la sección española del estudio se recoge una prevalencia de ideas suicidas en población general del 2.3%. Como factores comunes entre los países participantes que se asociaran a la ideación suicida, destacaron como protectores la preocupación mostrada por los seres cercanos y tener alguien con quien contar en un momento dado, apareciendo en cambio como factores de riesgo la existencia de acontecimientos vitales estresantes y la presencia y severidad de la clínica depresiva. Este último factor, el de la severidad de la clínica depresiva, se relacionaría de forma directa con la gravedad de las ideas suicidas desarrolladas, al igual que la preocupación mostrada por los demás. Se detectó también la influencia del género (mayor riesgo en mujeres), si bien este factor no aparecía como de riesgo en los demás países participantes. En este sentido, destaca el hallazgo de que el género es un factor de riesgo cuando interacciona con la presencia de acontecimientos vitales estresantes, y no de otro modo (sin dicha interacción, incluso el sexo femenino podría representar un factor de protección, paradójicamente (62)). La edad también parecía jugar un papel, en este caso por la presencia de menor riesgo de ideas de suicidio cuanto mayor es la persona (sobre todo en mayores de 30 años).

Pese a los hallazgos que realizó, el estudio ODIN veía como limitaciones su carácter restringido al análisis de las ideas suicidas (no iba más allá de la gravedad de las mismas, llegando como mucho a una intencionalidad suicida clara como rango máximo de gravedad), no considerando otros elementos del continuo suicida como los planes o intentos. Ello supondría una limitación a la hora de considerar las repercusiones clínicas de dicha ideación suicida, lo cual se veía agravado por el carácter transversal del estudio (61). Asimismo, la muestra española fue recogida exclusivamente en una población, con lo que su capacidad representativa del resto del país era reducida. Pese a todo esto, constituyó uno de los estudios pioneros en nuestro medio acerca de la ideación suicida en población general, con un análisis detallado de factores asociados a dicho fenómeno, abriendo así paso a estudios más exhaustivos y completos posteriormente.

Por otra parte, el European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) es un estudio de corte transversal que se realizó con posterioridad (41, 78), como rama europea del proyecto mundial World Mental Health Survey, sobre muestras nacionalmente representativas de la población general de seis países europeos, entre ellos España. Su objetivo inicial era incrementar el conocimiento epidemiológico sobre los trastornos mentales, con el objetivo secundario de analizar la presencia de factores precursores del suicidio en población general (59). Así, en el ESEMeD fueron evaluadas un total de 21425 personas (5473 sujetos correspondientes a la muestra española) analizando la presencia de criterios orientativos de trastorno mental (según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición; DSM-IV en sus siglas en inglés (79), y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su décima edición, o CIE-10 (80)) mediante una versión adaptada de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI 3.0, Composite International Diagnostic Interview), que reveló una adecuada validez diagnóstica en comparación con la entrevista clínica habitual (81). No se consideraron todos los trastornos mentales, sino sólo trastornos afectivos (en referencia a la

depresión mayor y la distimia), trastornos por ansiedad (trastorno de pánico, agorafobia, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), fobia específica, fobia social) y el abuso y dependencia al alcohol, lo cual podría abrir la puerta en futuras investigaciones al estudio de otros trastornos como los esquizofreniformes o los trastornos de personalidad, que también se han visto asociados a la conducta suicida, como más adelante detallaremos. Se tuvieron en cuenta también factores sociodemográficos como la edad, sexo, educación formal recibida, historia laboral e historia marital. En referencia a elementos precursores a un intento suicida, se tuvieron en consideración la edad de inicio de la ideación suicida, tiempo desde el inicio de la ideación, presencia de plan suicida y tiempo desde la elaboración del plan hasta la realización de un intento suicida.

Como parte de dicho estudio, se valoró asimismo la presencia a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses de ideas e intentos de suicidio. Así, en España apareció una prevalencia de ideas suicidas a lo largo de la vida del 4.4%, siendo la de planes de suicidio del 1.4% y la de intentos de suicidio a lo largo de la vida de casi el 1.5% (41). Entre los individuos con ideación suicida, la probabilidad de elaborar en algún momento un plan suicida fue del 33.1%, y la de realizar un intento suicida, del 33.9%. La probabilidad de realizar un intento entre los que presentaban la ideación suicida y habían elaborado un plan fue superior a la de quienes no tenían dicho plan (73.3% vs. 14.4%) (59). El perfil de suicidabilidad descrito (en cuanto a riesgo de presentar alguno de los eslabones del continuo suicida) afectaba más a mujeres, en edades jóvenes, con menor nivel educativo y que residieran en entornos urbanos. Asimismo, haber tenido previamente pareja pero no en la actualidad implicaba un aumento considerable del riesgo al respecto.

La presencia de trastornos mentales implicaba también un mayor riesgo, sobre todo si había presencia de depresión mayor, distimia, TAG y dependencia al alcohol. En cualquier caso, la frecuente comorbilidad entre los trastornos estudiados podría influir en la escasa diferencia que se apreció en cuanto al riesgo relativo a cada uno de ellos (59).

Al analizar tanto la presencia de ideas como de intentos de suicidio, se pudo observar que ambos podían aparecer a cualquier edad, siendo la ideación suicida más frecuente entre las edades más jóvenes. De igual manera, se apreció que entre la primera idea suicida y el primer intento de suicidio pasaban sólo unos pocos años, lo cual podría indicar el riesgo de paso al acto suicida que de por sí implicaría la presencia de ideas suicidas (41, 60). La depresión mayor y los trastornos relacionados con el uso de alcohol serían los principales predictores de una posible progresión de las ideas al intento de suicidio.

De esta manera, si bien el estudio ESEMeD aporta información complementaria al ODIN al tener en cuenta más eslabones del continuo suicida (tanto ideación como planes e intentos), presenta como limitaciones su escaso reporte de otros factores de riesgo de índole psicosocial (como la situación económica del individuo al presentar la idea, plan o intento suicida, más allá de la historia laboral que sí es evaluada), el número limitado de trastornos mentales estudiados y la dificultad a la hora de establecer una relación temporal entre los factores de riesgo y la aparición de la idea, plan o intento suicida (41). Pese a ello, los resultados de este estudio revelan que en España se ha producido un incremento notable en las tasas de suicidio a lo largo de las últimas décadas (82, 83), probablemente en relación con los cambios socioeconómicos experimentados por nuestra sociedad en ese período (84). Pese a esta interesante aproximación, dicho trabajo no analiza en profundidad el alcance de dichos cambios y su relación con el continuo suicida. En cualquier caso, el ESEMeD ha sido el estudio más amplio realizado hasta la actualidad en población general española acerca del suicidio y sus factores relacionados, siendo referente para cualquier trabajo posterior sobre el tema.

Estas investigaciones de mayor alcance se han visto complementadas por otras de ámbito local, como la realizada en la isla de Formentera (85) acerca de la presencia de ideación suicida en la población general de la isla, revelando una prevalencia del 6.5%. La diferencia entre esta prevalencia y la observada en los estudios antes presentados

probablemente tenga que ver con aspectos metodológicos de los trabajos realizados, dado el diferente tipo de instrumento utilizado y el diferente marco poblacional estudiado. De igual manera, las diferencias demográficas de las diferentes comunidades autónomas también podrían jugar un papel importante en la diversidad de prevalencias publicadas, lo que hace especialmente importante la realización de estudios al respecto que sean representativos de la población nacional.

Así, el análisis sobre conducta suicida realizado en la Comunidad de Madrid entre 2007 y 2008 sobre los pacientes atendidos por intentos de suicidio en diversos hospitales madrileños (56), mostraba unas tasas de mortalidad más bajas que las del conjunto de España, con una tendencia al descenso de dichas tasas entre el año 2000 y el 2008 pero con una proporción similar de años de vida perdidos por suicidio. Se estimaba en este estudio una prevalencia de intentos de suicidio de 255 por 100000 habitantes, con una incidencia anual de 102.7 intentos de suicidio por cada 100000 habitantes. La incidencia de suicidios consumados hallada fue de 2.84 por cada 100000 habitantes y año, con una considerable tendencia hacia una mayor letalidad masculina. Así, se planteaba una relación de 2.7 suicidios consumados por cada 100 intentos en la población general de la Comunidad de Madrid, siendo la relación por sexos de 5.9 suicidios consumados por cada 100 intentos para los varones y de 0.9 por cada 100 intentos en mujeres. En dicho estudio también se plantearon diferencias en base a los grupos de edad analizados, de tal manera que los intentos de suicidio predominaban entre las mujeres jóvenes y los suicidios consumados entre los varones de mayor edad, donde destacaba una mayor letalidad respecto a los demás grupos.

También de alcance local pero dentro de un estudio a nivel europeo, se presentaron resultados referentes a la población del País Vasco y de Asturias dentro del WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour (83, 86). Este estudio, realizado como un ejemplo de abordaje colaborativo en el campo de la investigación sobre intentos de suicidio y suicidios consumados, casi pionero en su metodología, permitió la acumulación de

datos a lo largo de varios años desde mediados de los años 80, aportando conclusiones incluso en la actualidad más reciente (87, 88).

Dentro de dicho estudio, en la muestra del País Vasco (recogida en Guipúzcoa), se observó una tasa de suicidio consumado del 2.9/100000 en 1980, que evolucionó a un 6.36/100000 en 1991, apreciándose diferencias marcadas según el género (más casos en hombres que en mujeres). Los intentos de suicidio mostraban tasas que varían según el grupo de edad, oscilando entre más de 350 intentos por cada 100000 habitantes para el grupo de 25 a 34 años y aproximadamente 90 por cada 100000 para el grupo de más de 55 años, entre los años 1989 y 1991. En todos los grupos de edad, las mujeres mostraban mayor riesgo que los varones. En este estudio destaca el que en casi la mitad de los casos de intento de suicidio (45%) existía el antecedente de un intento previo, lo cual revelaba este indicador como un importante factor de riesgo (86). Entretanto, en Asturias (83), teniendo en cuenta que suele contar con tasas de suicidio de las más elevadas de España, se estudian por separado 3 localidades (Gijón, Oviedo y Grado) por su diferente perfil sociodemográfico, presentando tasas de suicidio de 11.1, 13.5 y 22.0 por cada 100000 habitantes, respectivamente.

Pese a la necesidad de exponer los datos en forma de tasas para su correcta estimación, no se deben dejar de tener en cuenta los datos brutos para valorar el problema humano que sigue siendo el suicidio en nuestro país en la actualidad, aun cuando las tasas españolas son relativamente bajas en comparación con las europeas, como se verá más adelante.

Así, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el 2012 (89), el total de muertes por suicidio en España ascendió a 3539 casos (lo cual implicaría una tasa relativa de 7.51/100000 habitantes para el conjunto de la población general (89)), cada uno de ellos con su carga correspondiente de sufrimiento humano y repercusiones socioeconómicas ya descritas. De esta manera, el suicidio sigue siendo en España un tema de estudio prioritario, suponiendo una de las principales causas de años de vida perdidos (hasta el 3.1% del total (30)).

Como ya se ha mencionado anteriormente, existen diferencias demográficas entre las comunidades autónomas que podrían implicar variaciones en sus tasas de mortalidad por suicidio. De esta forma, si se revisan los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística para el año 2012 (90) acerca de las muertes por suicidio en las diferentes comunidades y ciudades autónomas (ver Figura 2), se observa una considerable variabilidad de tasas, desde la más alta, correspondiente al Principado de Asturias (12.36 muertes por cada 100000 habitantes), a la más baja, perteneciente a la Comunidad de Madrid (1.46 fallecimientos por cada 100000 habitantes). En un primer vistazo, las cifras no parecen seguir una distribución que permita explicar estas diferencias en base a razones de riqueza o densidad de población de la zona estudiada; de hecho, algunos autores apuntan a una progresiva homogeneización de las diferentes zonas geográficas en lo referente a sus tasas de suicidabilidad, al menos en algunas regiones de España, como Cataluña (91). Por tanto, son necesarios más estudios referentes a las posibles causas de tal diferencia geográfica. Como posibilidad, cabría plantearse la influencia de que algunas comunidades autónomas, por su mayor industrialización y oportunidades de trabajo, hayan recibido migrantes de edades más jóvenes, dentro de la edad laboral, mientras que en las demás regiones habrían permanecido con mayor probabilidad las personas de mayor edad, menos aptas para emigrar. Esta distribución diferencial de población podría relacionarse a su vez con las tasas de suicidio, toda vez que la edad en sí misma puede influir en las conductas suicidas, como veremos más adelante.

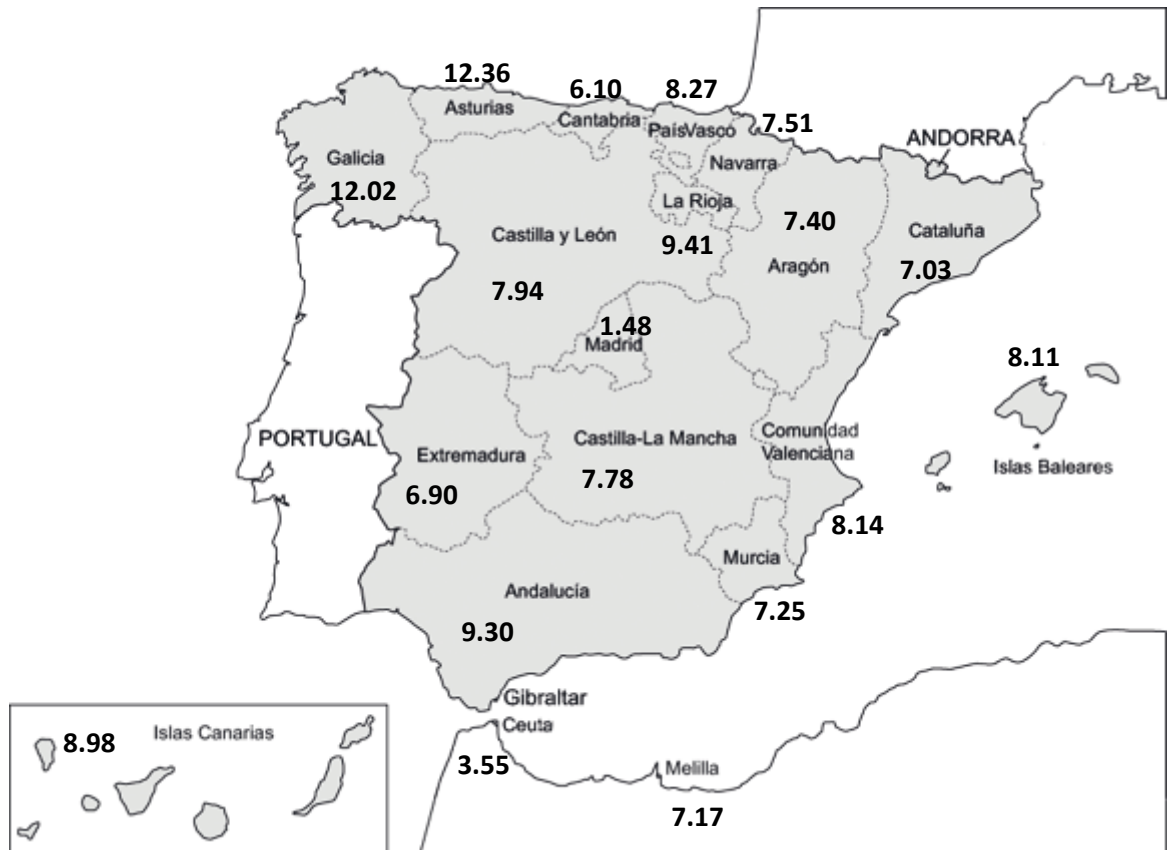


Figura 4: Tasas de muerte por suicidio en España en el año 2012. Distribución por comunidades y ciudades autónomas. Las tasas se exponen en número de muertes por cada 100000 habitantes (90).

Como se ha podido deducir de los trabajos expuestos, aún sigue siendo necesario el análisis exhaustivo de muestras representativas de nuestra población general a nivel nacional, teniendo en cuenta el mayor número posible de eslabones del continuo suicida y valorando el peso relativo sobre los mismos de variables no sólo clínicas, sino también psicosociales de amplio espectro. En apartados posteriores se detallará el papel de las mismas. Pero, ¿dónde se encuentra España en cuanto a prevalencia del continuo suicida en relación con el contexto europeo y mundial? Esto será revisado en el siguiente apartado de este estudio.

1.5 Comparación de la prevalencia española del continuo suicida con la europea y mundial

Parte de los datos referidos anteriormente acerca de la prevalencia del continuo suicida en España tienen la ventaja de enmarcarse en estudios de alcance internacional, lo que permite comparar las cifras españolas con las de otros países.

En concreto, las investigaciones destacadas en el apartado anterior son de índole europea, lo que permite comparar los datos españoles con los del resto del continente. Así, el estudio ODIN reveló que la prevalencia de ideas de suicidio en España era la más baja del grupo de países analizados (Gran Bretaña, Irlanda, Noruega, Finlandia y España). En los demás países del estudio, dicha prevalencia osciló entre el 7.4% de Noruega o Gran Bretaña y el 14.6% de Irlanda (pero en este caso el intervalo de confianza es amplio, lo que obliga a interpretar con cautela esta cifra (61)). Ya se vio en el apartado previo cuáles eran los condicionantes de riesgo para la aparición de ideas suicidas en este estudio, si bien convendría matizar que el género sólo era discriminativo en España, mientras que otra variable, el tipo de entorno (rural o urbano) sólo era influyente al respecto en Noruega (62). La metodología del estudio implicó que en España no se analizara población rural, aspecto relevante demográficamente, ya que tales diferencias en el tipo de población seleccionada en cada país podrían influir en la variabilidad mostrada en sus resultados.

El estudio ODIN distingue entre ideas de suicidio en general e ideas de suicidio graves, como ya se expuso anteriormente. Así, para la presencia de ideas de suicidio graves, se vio que la severidad de la clínica depresiva acompañante era significativa como factor de riesgo sólo en España y Noruega, mientras que el residir en un ambiente urbano sólo implicaba un riesgo significativo en Finlandia. Pese a estos matices, el análisis estadístico de los datos reveló que no había diferencias significativas entre los diferentes países en cuanto a sus factores de riesgo, si bien las diferencias en cuanto a sus prevalencias de ideación suicida eran

considerables (62). ¿A qué pueden deberse entonces? ¿A aspectos metodológicos como el tomar en cuenta zonas rurales de unos países pero no urbanas y viceversa, como ya se expuso anteriormente? Observando posibles diferencias entre los países participantes, puede apreciarse también que en la muestra española había una tasa de mujeres significativamente baja, en comparación con los demás países y sobre todo con Irlanda, que, teniendo las cifras más altas de ideación suicida, tenía también en su muestra unas tasas de participación femenina especialmente altas (61). Sin embargo, el papel del sexo como factor de riesgo parece diluirse en el conjunto de muestras estudiado, destacando sólo en algunos países (62).

Curiosamente, pese a su baja prevalencia de ideación suicida en general, España presenta en el estudio ODIN casos de ideación suicida grave, al igual que los países escandinavos, estando sin embargo ésta ausente en las áreas británica e irlandesa. En cualquier caso, también en la categoría de ideas de suicidio graves presenta España unas cifras relativamente bajas en comparación con los demás países participantes. Dichos datos además ofrecen prevalencias menores de ideación suicida grave que la reflejada en otros trabajos acerca de su equivalente más cercano en el continuo suicida, los planes de suicidio (85).

Estas diferencias tan notorias entre las tasas españolas de ideación suicida frente a las de otros países no son un hallazgo tan extraño. Así, diferencias considerables entre países al respecto ya se han descrito en otras investigaciones previas (58, 92), aunque sin llegarse a concretar los motivos de dicha variabilidad entre regiones. En cualquier caso, la hipótesis más probable es la de la diferente prevalencia en cada país de los factores de riesgo descubiertos, que, pese a ser prácticamente los mismos en todos los países estudiados, se presentan de forma diferente en cada uno de ellos. A esto habría que añadir las diferencias entre países relacionadas con las diversas políticas sanitarias seguidas en cada uno de ellos, sus diferencias culturales y demográficas, etc. Ello conllevaría la necesidad de valorar el riesgo de ideación suicida en cada territorio de forma individualizada, observando los diferentes patrones de asociación entre

factores de riesgo y prevalencia de ideación suicida. Como ya se expuso en otro trabajo, no vale usar “la misma talla para todos” (61).

Pasando al estudio ESEMeD, si se revisan los datos del total de países analizados (Bélgica, Alemania, Italia, Francia, Holanda y España) se encontraba una prevalencia global de ideas de suicidio del 7.8%, siendo la de intentos de suicidio del 1.8% (41); en ambos casos, cifras mayores que las recogidas para la población general española en ese mismo trabajo (59). Así, de nuevo España ocupaba un lugar de los más bajos en la lista de territorios participantes en cuanto a la prevalencia de ideas e intentos de suicidio, por encima sólo de la muestra italiana. El rango de prevalencias varía desde las cifras expuestas para España, cercanas a las italianas (3.0% de prevalencia de ideas de suicidio y 0.5% de intentos), a las considerablemente más elevadas de los países centroeuropeos (en torno al 8-9% de ideación suicida y 2-3% de intentos de suicidio), con el límite más alto del rango para Francia (12.4% de ideas y 3.4% de intentos) (41). Estas cifras de prevalencia serían similares a las descritas en otras investigaciones previas, aunque sólo en lo referente a la ideación suicida, siendo la prevalencia de intentos de suicidio bastante menor que en muestras generales y clínicas previas (41, 92-94). Esto podría tener que ver con las diferentes metodologías empleadas. Así, por ejemplo, se ha apreciado que la forma de preguntar acerca de las ideas de suicidio puede influir en los resultados obtenidos, no siendo equiparable considerar toda idea suicida desde aquéllas aisladas o puntuales a tener sólo en cuenta las ideas reiteradas y estructuradas (95).

En el estudio ESEMeD se tiene en cuenta asimismo la relación de la prevalencia de ideas e intentos de suicidio con la de muertes por dicho motivo en Europa, de tal manera que se observa una correlación entre las diferentes fases del continuo. De esta forma, el país con mayores prevalencias de ideación suicida (Francia) sería también el de mayor prevalencia de intentos de suicidio. Y, si consideramos los dos países con mayor prevalencia de intentos de suicidio (Bélgica y Francia), ambos son también los de mayor presencia de muertes por dicho motivo. Ocurre de forma similar que los países con menores prevalencias de ideación e

intentos de suicidio (Italia y España) son los que registran menos muertes por suicidio (41).

Comparando los datos de los estudios ODIN y ESEMeD, se observa de nuevo la presencia de diferentes prevalencias entre España y los demás países de Europa, tanto los centroeuropeos como los del extremo norte del continente o las islas británicas. Si bien en dichas diferencias podría influir la también diferente prevalencia de los factores de riesgo asociados, las relativas similitudes entre sus modelos socioculturales en la actualidad hacen pensar en que pueda haber otros factores relacionados que se estén quedando ocultos, ignorados. De esta forma, los investigadores del proyecto ESEMeD apuntan a dos posibles elementos a tener en cuenta: uno metodológico, consistente en la diferente tasa de respuesta de los países a la encuesta del estudio; el otro de índole sociológica, relativo al estigma aún existente a la hora de hablar de las propias experiencias suicidas, en lo cual sí puede haber diferencias de base cultural entre los países (96) (incluso a nivel religioso, como las diferencias acerca de la consideración del suicidio entre países de predominio católico y protestante (9, 30, 97)), haciendo especialmente importante tener en cuenta este factor a la hora de diseñar las preguntas a hacer al respecto (41).

Por su parte, el estudio de más amplio alcance a nivel europeo, el WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour (WHO/EURO en adelante), presenta a España de nuevo entre los países con menor prevalencia tanto de muertes por suicidio como de intentos al respecto. Así, las cifras más altas en muertes por suicidio corresponderían a Lituania (76.5/100000 varones y 12.6/100000 mujeres), siendo las más bajas para Turquía en el caso de los varones (3.9/100000) y para Grecia en el caso de las mujeres (1.5/100000). Se aprecia ya aquí la gran divergencia entre los datos según el género, para todos los países participantes (25). En el caso de los intentos de suicidio, para los varones las tasas más altas corresponden a Finlandia (327/100000), siendo las españolas (recordemos que la muestra española se reduce a Guipúzcoa en ese estudio) las más bajas (46/100000). En cuanto a las mujeres, España es de nuevo quien tiene menor prevalencia (72/100000), siendo la tasa más alta la francesa

(en la muestra recogida en la mancomunidad de Cergy-Pontoise: 542/100000). De nuevo se aprecian diferencias marcadas entre sexos, en este caso inversas a las de las muertes por suicidio: mientras que los varones protagonizan mayor número de muertes por suicidio, son las mujeres quienes presentan claramente mayor número de intentos (25).

Sin embargo, el diseño del estudio WHO/EURO obliga a ser cauto en la interpretación de los resultados, ya que no todos los países participantes se mantuvieron durante todas las etapas del proyecto, por lo que las cifras de prevalencia deberán ser consideradas dentro de períodos muy concretos de tiempo (en España, sobre todo en el período 1989-1991) (86). Del mismo modo, en algunos de los países participantes los sujetos estudiados procedían de muestras hospitalarias, con el sesgo de reclutamiento que esto puede implicar (sólo los casos más graves de ideas, planes e intentos de suicidio llegarían a los servicios hospitalarios). Así, revisando de forma global los resultados del estudio, se aprecian grandes diferencias entre los países europeos, de tal forma que los países de la antigua URSS y del norte del continente muestran prevalencias de intentos de suicidio y de muertes por dicho motivo considerablemente mayores que los países del sur de Europa. Asimismo, las cifras europeas son generalmente mayores que las reflejadas en Asia y América, aunque las diferentes metodologías de estudio habrían una vez más de tenerse en cuenta al respecto (25, 98, 99). Estas cifras de prevalencia tienden a disminuir en muchos de los países del WHO/EURO a lo largo de las primeras etapas de seguimiento del estudio, lo cual podría deberse a un efecto de “fatiga” al repetirse el cuestionario a los sujetos analizados (25). Los autores de dicha investigación plantean que, pese a los aspectos metodológicos, estas diferencias con el paso del tiempo deben de relacionarse también con otros factores, aunque éstos parecen difíciles de determinar. Así, los aspectos sociodemográficos que se suelen estudiar en este tipo de investigaciones pueden variar mucho de un país a otro, y finalmente, en muestras internacionales, no reflejar adecuadamente las rutinas de vida diaria de las personas, que suelen ser las que de forma más directa marquen su grado de alienación y desesperanza, elementos que

suelen considerarse causales en la conducta suicida (25, 100). Asimismo, se hace hincapié en la diferente actitud mostrada en cada país hacia el suicidio (es decir, la influencia sociocultural) como elemento diferenciador (25).

Han sido vistos los datos disponibles acerca de diversos eslabones del continuo suicida (ideas, planes, intentos y muertes por suicidio) en España, en comparación con el resto de Europa y el mundo, pero aún hay otra forma de exponer la situación española y compararla con la de los países de su entorno. Si los Años de Vida Perdidos (AVP) son tenidos en cuenta como indicador, el suicidio causa en España menos AVP que en los países de su región de referencia (entendiendo como tal la llamada Euro-A, región de la OMS formada por los siguientes países: Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Croacia, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Portugal, Reino Unido, República Checa, San Marino, Suecia y Suiza) (30).

Así pues, la prevalencia y repercusiones epidemiológicas del continuo suicida son globalmente menores en España que en los países de su entorno continental, si bien los datos disponibles sobre América y Asia son de menor impacto del continuo suicida en dichas regiones que en el conjunto de Europa. Pero, ¿cuál es el condicionante de esas cifras en la población española? ¿Qué factores bio-psico-sociales se relacionan con los eslabones del continuo suicida? Estos aspectos serán revisados en las páginas siguientes.

1.6 Factores asociados a la conducta suicida en población general

1.6.1 Factores bio-psico-sociales asociados al continuo suicida

El suicidio es un fenómeno que, se entienda desde la perspectiva que se elija (como resultado de una enfermedad, como acto libremente elegido, como epifenómeno social), implica una afectación radical de la salud del individuo, ya sea porque ésta en su alteración acaba implicando la entrada del suicidio en los planes vitales de la persona o bien porque las consecuencias del suicidio en cualquiera de los componentes de su continuo (ideas, planes, intentos o muertes por suicidio) suponen una merma cuanto menos potencial en la salud del sujeto.

Si se entiende el suicidio como vinculado con la salud de la persona, entonces podemos ver cómo se aplican en él los modelos que usamos generalmente para concebir la salud del ser humano. Así, en la actualidad el modelo bio-psico-social sigue siendo el más empleado con este fin, también en el campo de la Psiquiatría (101-104), aunque su validez es también discutida con el paso del tiempo, si bien las alternativas planteadas todavía no se han librado las críticas de dogmatismo que el modelo bio-psico-social intentó superar, como punto de encuentro entre los extremos biologicista y psicologicista que han dividido las opiniones en el ámbito de la Salud Mental (105). En la actualidad se están implementando modelos complementarios, como el que centra su atención en la funcionalidad del individuo más allá de los aspectos puramente médicos (llegando a posibilitar la creación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (en adelante, CIF) (106)). Si bien este nuevo modelo es un paso más allá de las concepciones tradicionales, también está sujeto al debate sobre sus implicaciones incluso en el campo filosófico (107), por lo que este estudio se centrará en el modelo bio-psico-social, más clásico y extendido en su aplicación.

De esta manera, según dicho modelo, el suicidio se vería influido por elementos tanto biológicos como psicológicos y sociales que determinarían su aparición. A lo largo de este apartado, serán revisados los factores tanto biológico-genéticos como psicológicos y sociales que influyen en el continuo suicida, apoyados por la bibliografía existente al respecto y por la revisión de conjunto realizada recientemente por los principales investigadores sobre suicidio de nuestro país (30). Los apartados siguientes se centrarán en cada uno de los eslabones del continuo.

1.6.1.1 Factores biológico-genéticos

1.6.1.1.1 Edad

Según refieren la mayoría de autores, las tasas de muerte por suicidio aumentan con la edad (30, 108). Ello podría relacionarse con la merma de salud tanto física como psíquica que se va produciendo con la edad, lo cual contribuiría como factor de riesgo, ya que es conocido el papel de la comorbilidad física y psiquiátrica como elemento que incrementa la probabilidad de un intento de suicidio (ver más adelante) (109-111). Asimismo, el envejecimiento conlleva una acumulación de pérdidas interpersonales, así como la entrada en un grupo poblacional que la sociedad entiende como improductivo, lo cual puede vivirse de forma estigmatizante en algunas sociedades (30) (si bien el envejecimiento puede paradójicamente ser un factor protector contra el estigma, de tal manera que con la edad se van desarrollando mayores estrategias de afrontamiento al respecto (112)). Por otra parte, la relación entre los suicidios consumados y los intentos de suicidio aumenta con la edad, lo que podría indicar por un lado que se realizan menos intentos de suicidio pero por otro que éstos tienen una mayor letalidad (113, 114). Revisemos cómo se manifiesta el continuo suicida en los diferentes grupos de edad.

En adolescentes y adultos jóvenes, el suicidio está entre las primeras causas de muerte, como ya se expuso previamente (27, 89). La pérdida de años de vida potenciales sería aquí especialmente elevada (30, 115). En este grupo de edad, se apreciaría como un importante elemento de riesgo la presencia de trastornos mentales, destacando sobre todo los trastornos afectivos y los ligados al consumo de tóxicos, tanto en suicidios consumados como en intentos de suicidio (116, 117). Si contemplamos las muertes por suicidio en población joven (entendiendo como tal adolescentes y adultos jóvenes), la presencia de trastornos mentales alcanza cifras de entre el 43 y el 70% (116), siendo por su parte los intentos de suicidio más graves cuanto mayor es el número de diagnósticos psiquiátricos asociados (59, 117).

Por otra parte, la presencia de trastornos mentales en los padres puede también influir en la presencia de conductas suicidas en los jóvenes, entendiendo como tales conductas cualesquiera de los eslabones del continuo suicida. Así, las tasas de intentos y muertes por suicidio se incrementan en los casos de jóvenes con antecedentes psiquiátricos familiares (30, 118). Tal es la asociación en este grupo de edad, que algunos autores incluso apuntan a que casi la mitad de intentos de suicidio podría atribuirse a la psicopatología familiar existente (118). Asimismo, los antecedentes de conductas suicidas en los padres se relacionarían con un aumento de riesgo de intentos y muertes por suicidio de la población joven (118-120).

Más allá de la comorbilidad psiquiátrica concreta, se han apreciado algunos rasgos caracteriales que podrían implicar un mayor riesgo de presencia de elementos del continuo suicida. Entre dichos rasgos, destacarían la baja autoestima, desesperanza, introversión, neuroticismo, impulsividad (incluyendo la violencia impulsiva), imprudencia y agresividad (30, 121-123). De igual manera, en este grupo de edad se ha prestado una considerable atención a la posible influencia de la orientación sexual como factor de riesgo. Así, si bien hay varios autores que presentan la orientación homosexual o bisexual como un factor de riesgo para las ideas, planes e intentos (incluso graves) de suicidio (42, 124, 125), dicha asociación no se

habría apreciado para las muertes por suicidio consumado (126), no quedando tampoco claro tras el análisis de dichos estudios cómo se produce el vínculo entre la orientación sexual y los eslabones del continuo suicida; así, factores como la vivencia de estigma o exclusión social y la desesperanza que conllevan podrían tener que ver con dicha relación (127).

Otro elemento a tener en cuenta son los propios antecedentes de intentos de suicidio, que implicarían un mayor riesgo de nuevos intentos y de muerte por causa de éstos (128). Así, tanto en adolescentes como en adultos jóvenes, los casos de muerte por suicidio se veían precedidos de antecedentes de intentos de suicidio hasta en un tercio de los casos (129, 130).

La población joven también se vería afectada por otros factores de riesgo que serán analizados posteriormente. Así, una situación socioeconómica desfavorable supondría un mayor riesgo de suicidabilidad (entendiendo como tal la presencia de cualquiera de los eslabones del continuo suicida) (131). De esta manera, el riesgo de intentos de suicidio llega a ser el doble para jóvenes con bajo nivel socioeconómico (132, 133), hasta cinco veces mayor para quienes han dejado los estudios y casi ocho veces mayor para quienes carecen de estudios universitarios (30, 129).

En hasta el 97% de los intentos de suicidio en población joven se refieren acontecimientos vitales estresantes previos (134-138). Cuando éstos son de riesgo suelen conllevar pérdidas significativas, conflictos interpersonales y problemas de índole legal o con la disciplina, lo cual se observaría tanto en intentos de suicidio (139) como en muertes por dicha causa (140). El efecto de los eventos vitales estresantes sería acumulativo, lo cual se viene refiriendo en las últimas décadas (141). Quizás entre este tipo de acontecimientos habría que situar el llamado “efecto Werther”, consistente en el aumento del número de intentos y muertes por suicidio tras conocerse a través de los medios de comunicación un suicidio concreto (este efecto se denominó con dicho epónimo en recuerdo del fenómeno así descrito tras la publicación y amplia difusión de “Las penalidades del joven Werther”, de Goethe, cuyo protagonista fallecía suicidándose; en los meses

posteriores a su publicación se produjeron varios suicidios en circunstancias similares (142)) (143-145). Al parecer, este efecto sería de dos a cuatro veces mayor en la población adolescente (146). Este fenómeno podría relacionarse con la capacidad de la población joven de identificarse con las características sociales de las personas célebres, lo cual podría llevar a una especie de imitación (147). Sin embargo, hay voces discordantes acerca de la existencia real de dicho efecto, que podría explicarse por otros factores de confusión no tenidos en cuenta (148).

La separación de los padres parece incrementar el riesgo tanto de intentos de suicidio como de muertes por el mismo (116, 132, 149), si bien el fallecimiento de uno de los progenitores no tendría necesariamente el mismo efecto (150), aunque no hay unanimidad al respecto (151). En este sentido, se observaría también una mayor tasa de intentos de suicidio en jóvenes con problemas de convivencia entre los padres o cuando éstos mantienen litigios por la custodia de los hijos (30, 116).

Papel aparte juegan los antecedentes de acontecimientos vitales no sólo considerables como estresantes sino ya como verdaderamente traumáticos. Así, en niños y adolescentes se ha confirmado la relación entre antecedentes de maltrato físico o abuso sexual y la aparición de intentos de suicidio (116, 152, 153), aumentando el riesgo con la gravedad o continuidad del abuso (154, 155). Los traumas actuarían como un elemento de estrés continuado sobre la expresión epigenética del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (153), así como de forma secundaria (o al menos mediado por dicha desregulación a nivel endocrinológico) sobre la capacidad en la toma de decisiones, si bien en este último aspecto los condicionantes ambientales (las circunstancias en las que se toma la decisión) tendrían un papel determinante (156, 157).

Por tanto, en la población más joven se aprecia una mayor influencia, como factores de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas, de los aspectos relacionados con las vivencias tempranas (como las experiencias traumáticas o la presencia de patología paterna), las de pérdida significativa y los aspectos de índole socioeconómica.

Por su parte, en la edad geriátrica, como contrapunto al grupo anterior, se puede apreciar en primer término la existencia de diferencias entre sexos a tener en cuenta. Así, los varones de edad avanzada suelen morir con mayor frecuencia en su primer intento de suicidio que las mujeres (30, 113). Si bien la viudedad y la jubilación se muestran como factores de riesgo de suicidabilidad en la población anciana, los varones parecen más susceptibles a sus efectos al respecto (30). De igual manera, como se refirió arriba, conforme avanza la edad del individuo es más probable la comorbilidad con algún trastorno mental, sobre todo con trastornos depresivos, que se considerarían según diversos autores el principal factor de riesgo en ancianos junto a los intentos de suicidio previos (158), estando presentes en hasta el 87% de las muertes por suicidio en este grupo de edad en la población general (113, 159-161). También en los ancianos se aprecia un efecto pernicioso de los trastornos por uso de tóxicos sobre el riesgo de suicidabilidad. Sin embargo, en este grupo de edad el tóxico predominante es el alcohol, cuyo abuso o dependencia aparecería en hasta la mitad de muertes por suicidio en ancianos (30, 162); una vez más, este fenómeno se daría más en varones que en mujeres (163).

En los ancianos jugaría un papel muy importante, como factor de riesgo para la suicidabilidad, la comorbilidad con algún trastorno físico o incapacitante (sobre todo si éste implica invalidez funcional, cronicidad, dolor o especial gravedad) (30, 131, 164). Así, el riesgo de suicidabilidad aumentaría considerablemente en los casos de comorbilidad con trastornos que conlleven dolor crónico (165, 166), déficit visual (167), cáncer (168, 169) o enfermedades neurológicas (167, 170, 171), aunque habría que estudiar más en profundidad el papel que los trastornos psiquiátricos, principalmente los depresivos como elemento resultante de las dificultades de adaptación ante la enfermedad física, podrían tener como mediadores en dicha relación (172, 173). De esta manera, en población con comorbilidad somática (mayor en ancianos, por el lógico cúmulo de procesos patológicos), es frecuente la asociación con trastornos depresivos (174-178). El riesgo asociado a la comorbilidad física se suele revelar como aditivo, de tal manera que aumentaría según crece el número de

enfermedades que padece el sujeto (30, 179); conforme la persona envejece, típicamente aparece pluripatología asociada, lo cual incrementaría el riesgo en los grupos de edad más avanzada. En relación con lo referido, se ha observado también que la pérdida de autonomía se asocia con un mayor riesgo de intentos y muertes por suicidio (180, 181). De igual manera, en los ancianos es habitual la polifarmacia, siendo probable que empleen en un caso dado medicamentos comunes con potencial efecto depresivógeno (como es el caso del enalapril, los corticoides en una posología inadecuada, etc.), lo que redundaría en un mayor riesgo de suicidabilidad (30, 182). Pese a ello, esos mismos medicamentos pueden contribuir paradójicamente a disminuir la gravedad de los posibles procesos depresivos asociados a una comorbilidad física, si consiguen una adecuada mejoría de ésta (183), y ello podría implicar en consecuencia menor riesgo suicida.

Por otra parte, en la población de mayor edad suele observarse aislamiento social, combinado con la viudedad, que es un factor de riesgo de suicidabilidad en varones (30, 184). Así, la relación entre el aislamiento social y el continuo suicida se encuentra bastante consolidada: un bajo número de familiares cercanos o de personas en quienes confiar en un momento dado es un factor de riesgo para los intentos de suicidio, y las personas que consuman un intento de suicidio suelen vivir solas (159, 185). Sin embargo, los trastornos depresivos podrían estar también aquí actuando como factor de confusión en dicha relación aparente, ya que el ánimo depresivo suele favorecer por un lado el aislamiento social y por otro incrementar el riesgo de intentos de suicidio (30).

Además, a lo referido hasta ahora se puede añadir, respecto de la influencia de la edad en el continuo suicida, el que una edad más temprana de inicio de la ideación suicida implicaría un mayor riesgo de progresar en el continuo a la elaboración de un plan de suicidio y a la realización de un intento. Por otra parte, el primer año desde el inicio de la ideación suicida es el de mayor riesgo de progresión a un plan o intento, disminuyendo dicho riesgo a partir de entonces. El mayor incremento del riesgo de ideas, planes e intentos de suicidio se daría en la segunda década de la vida, elevándose

de nuevo el riesgo en la quinta y séptima décadas, sobre todo para la aparición de ideas de suicidio (59).

Así, se puede plantear que en este grupo de edad los factores de riesgo asociados a conducta suicida tienen que ver sobre todo con la presencia de comorbilidad física o psiquiátrica, así como con la pérdida de redes sociales de apoyo.

1.6.1.1.2 Sexo

Según la mayoría de autores, existen diferencias ligadas al género en cuanto a la etiología, el nivel de gravedad y la forma de conducta suicida, así como en su prevención y tratamiento (186). Así, sería más habitual que las mujeres protagonizaran intentos de suicidio y los varones suicidios consumados con medios de mayor letalidad o violencia (25, 187-189), salvo en países como China (190), donde el suicidio consumado se da más entre las mujeres, o en India o Kuwait, donde las proporciones entre sexos son similares al respecto (56). En España, el estudio ESEMeD mostró resultados diferentes, revelando un mayor riesgo de ideación y planificación suicida en mujeres, pero sin diferencias significativas entre sexos en lo referente a los intentos de suicidio, apuntándose incluso un curioso efecto protector para la realización de intentos entre las mujeres con ideas de suicidio (59).

En comparación con los varones, las mujeres que realizan intentos de suicidio suelen ser más jóvenes, y con mayor frecuencia tienen antecedentes biográficos de haber sufrido algún tipo de abuso (191, 192). Los varones mostrarían una mayor planificación de sus intentos de suicidio, con una intencionalidad letal considerada por algunos autores mayor que la de las mujeres (191). De igual manera, los varones tienden a consumir alcohol con más frecuencia en el momento del intento de suicidio (192).

La prevalencia de trastornos mentales en varones y mujeres con intentos de suicidio y muertes por dicha causa es elevada. Así, los estudios de autopsia psicológica realizados muestran una elevada presencia de

trastornos afectivos, hasta en un 50% de casos comórbidos con algún tipo de trastorno de la personalidad (30, 193). Por otra parte, los varones presentarían con mayor frecuencia trastornos por uso de tóxicos y trastornos de la personalidad, mientras que las mujeres mostrarían con mayor probabilidad clínica afectiva (sobre todo depresiva) asociada (87, 194, 195). En cuanto a los intentos de suicidio, además de los factores que serían comunes a ambos sexos, como la presencia de trastornos mentales de base, habría otros más asociados a los intentos en varones (como es el caso del nivel socioeconómico bajo o incluso el hábito tabáquico) y otros más ligados a las mujeres, como un peor concepto de salud percibida o un menor nivel educativo (196, 197). También habría diferencias en cuanto a la comorbilidad física asociada (198), e incluso de índole sociológica que señalarían aún más las diferencias de género como un elemento determinante en el continuo suicida (199).

De esta manera, en relación tanto con las variables psicopatológicas como con las sociológicas o culturales, se observa que las mujeres tienden a presentar trastornos relacionados con la internalización (como los afectivos), mientras que los varones presentan más trastornos relacionados con la externalización (abuso de tóxicos, conductas antisociales), lo cual tendría también que ver con los roles culturalmente asignados a cada género (56). Esta diferencia en el patrón externalizador/internalizador podría relacionarse con que los varones muestren más suicidios consumados que las mujeres, ya que presentan conductas más agresivas y externalizadoras, por lo que sus intentos de suicidio pueden ser más impulsivos y de mayor letalidad (200). Por su parte, las mujeres podrían tender más a buscar ayuda y expresar sus problemas emocionales, acudiendo a los servicios médicos o a otro tipo de ayudas (192).

En conexión con lo anterior, algunos autores (201) plantean una mayor presencia del rol masculino tradicional (entendido como aquél en que se da especial importancia al éxito, la restricción emocional y la represión de las manifestaciones de afecto entre los varones) en los hombres que intentan suicidarse frente a los que no lo hacen. Así, ese rol tradicionalmente masculino podría ejercer como factor de riesgo para una

mayor letalidad, ya que inhibe aspectos protectores como la búsqueda de ayuda o apoyo social.

El papel de la maternidad en relación con el suicidio es significativo. Así, se han identificado factores protectores como tener un hijo pequeño o estar embarazada (202, 203). De hecho, se observaría mayor papel protector en la paternidad/maternidad dentro de una relación de pareja estable que en dicha relación como tal (204). En contrapartida, la pérdida de un hijo implicaría un mayor riesgo de suicidio consumado en la madre (203, 205). De igual manera, el papel de madre podría suponer un factor de riesgo para el continuo suicida en los casos de depresión post-parto (206).

1.6.1.1.3. Genética

Desde hace décadas se ha venido estudiando el papel de la influencia genética y la heredabilidad de las tendencias suicidas. Así, se ha observado que el riesgo de suicidabilidad puede transmitirse entre los miembros de una misma familia, independientemente de la presencia o no de enfermedad mental (120, 207). En relación con dicha tendencia, los familiares de primer grado de los sujetos que fallecen por suicidio tienen el triple de riesgo de realizar conductas suicidas, independientemente de que padezcan o no algún trastorno mental (208); otros autores estiman un incremento de hasta 10 veces del riesgo de intentos y muertes por suicidio (33, 209).

Los estudios con gemelos y adoptados también revelan una tendencia a la heredabilidad del continuo suicida más allá de los determinantes ambientales (210, 211). Así, se ha encontrado mayor riesgo de intentos y muertes por suicidio entre gemelos homocigóticos que heterocigóticos (212), pudiendo variar las tasas al respecto entre 6 y 175 veces (208), aunque la fuerza de los factores genéticos sobre los ambientales en este tipo de estudios no acaba de quedar bien establecida, como sucede con los trastornos depresivos (213, 214). Los estudios sobre personas adoptadas siguen esta misma línea, de tal manera que se ha

descrito un riesgo de muerte por suicidio entre los familiares biológicos de personas adoptadas fallecidas por suicidio de cuatro a seis veces mayor que en familiares biológicos de sujetos adoptados sin dicho antecedente (207); algo parecido ocurre en el caso de los intentos de suicidio (30, 215).

La presencia por su parte de antecedentes de suicidio en la familia biológica de una persona adoptada se asocia con conductas suicidas en ésta incluso una vez se ajusta el riesgo a la presencia de trastornos mentales, lo cual indicaría una cierta independencia de la transmisión de la suicidabilidad (207); según algunos autores, dicha heredabilidad se podría atribuir hasta en un 43% a causas genéticas (216).

Así, si bien las cifras de atribución genética pueden ser discutibles dadas las dificultades metodológicas (sobre todo de despistaje de factores de confusión) de los estudios al respecto (217), se puede plantear que la heredabilidad genética juega un papel importante en la predisposición o vulnerabilidad hacia la conducta suicida (30). De esta forma, la herencia de la suicidabilidad estaría influida por al menos dos componentes: la propia transmisión de patología mental, por un lado, y, por otro, la carga genética relacionada con la agresividad, impulsividad y otros factores caracteriales relacionados con un mayor riesgo suicida (207); el aislamiento social podría jugar un papel mediador entre estos componentes (218). La interacción genes-factores ambientales y/o caracteriales podría tener que ver con la afectación funcional del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, clave en el desencadenamiento de las respuestas de estrés, aspecto que se ha identificado como afectado a nivel genético al menos en población clínica (219, 220). Sin embargo, la interacción entre factores hereditarios y ambientales en el continuo suicida es un campo de estudio que se halla lejos de estar completamente explorado (221).

En la relación genes-suicidio se apreciaría un efecto aditivo en el riesgo, de tal manera que la asociación familiar es mayor conforme más grave es la situación dentro del continuo suicida: así, la asociación es menor en la ideación, mayor en la planificación y mayor aún en los intentos

y muertes por suicidio (208), lo cual reforzaría aún más la validez cualitativa del continuo suicida como constructo.

1.6.1.1.4. Otros factores biológicos

La presencia de enfermedades físicas es también un factor de riesgo para la presentación de conductas suicidas, sobre todo cuando implican dolor crónico o intenso, o discapacidad, como ya se vio antes (170, 222-224). Así, se ha informado de mayor presencia de conductas suicidas en pacientes con algún tipo de cáncer, VIH, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, lesiones medulares, ictus, migraña o lupus, entre otros procesos (30, 225-227). En los estudios publicados al respecto, sería clave el papel mediador de los trastornos depresivos, en su mayor parte trastornos de adaptación, a la hora de desarrollar conductas suicidas en estos pacientes (228, 229).

Por otra parte, al igual que se hace con otras manifestaciones patológicas, se ha intentado buscar elementos biológicos que se muestren alterados en los sujetos suicidas, de tal manera que puedan servir como una suerte de biomarcadores que faciliten intervenciones terapéuticas o preventivas. Así, algunos autores plantean una alteración del sistema serotoninérgico, de tal manera que habría un incremento de algunos subtipos del receptor de serotonina al tiempo que una disminución de los metabolitos de dicho neurotransmisor (como por ejemplo el ácido 5-hidroxiindolacético) (230). También se sugieren alteraciones en el mecanismo de señalización de los receptores serotoninérgicos, a través de la fosfoinositida y adenilciclase (231), o una excesiva actividad noradrenérgica (232). Otros trabajos apuntan hacia una alteración del sistema hipotalámico-hipofisario-adrenal, los receptores de neurotrofinas o incluso mecanismos inmunes implicados (230, 233), dejando abierto el campo de estudio de otros sistemas de neurotransmisores, como el glutamato o el GABA (234). De dichos hallazgos existen revisiones bibliográficas bastante completas para mayor información (230).

1.6.1.2. Factores psicológicos. La enfermedad mental

Como ya se ha referido previamente, las dimensiones psicológicas más relacionadas con la conducta suicida son la impulsividad y la agresividad, en la mayoría de modelos explicativos propuestos (30, 122, 235). Así, aunque estos rasgos no se hallan del todo bien conceptualizados en la nosología psiquiátrica, actualmente se acepta que, bien como rasgos caracteriales, bien como síntomas de un trastorno mental, son factores de riesgo clave para el desarrollo del continuo suicida; dicha relación se ha confirmado tanto con intentos de suicidio como por muertes por dicho motivo (122, 236-238), si bien los factores de apoyo social pueden jugar un papel modulador al respecto (239).

Las tasas de suicidio y las de homicidio estarían así claramente asociadas (30), con el llamado “dolor mental” como nexos (240), de tal forma que las personas que fallecen por suicidio suelen tener más antecedentes de agresividad y conductas violentas que quienes mueren por otras causas, como por ejemplo accidentes de tráfico (241). Esta asociación no sólo se aprecia en población penal, donde sería más esperable, sino también en población joven y adolescente (235), si bien podría haber otros factores psicosociales implicados (242), todo lo cual indicaría la relevancia de explorar los rasgos de personalidad y desarrollo caracterial como parte de la evaluación del riesgo suicida.

Habría otras dimensiones psicológicas ligadas al continuo suicida, como serían la agresividad independiente de la impulsividad, la desesperanza, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva y la mayor o menor capacidad de resolución de problemas. Así, la agresividad no siempre tiene por qué relacionarse con la impulsividad (243), siendo factor de riesgo de suicidios especialmente violentos, sobre todo en varones jóvenes (30, 122, 244, 245). La agresividad sería un elemento de riesgo al respecto tanto en población general (246) como psiquiátrica (247-249). La desesperanza, por su parte, entendida como una reducción mantenida en las expectativas de éxito (30), se vincularía con una mayor tasa de intentos y muertes suicidas tanto en población con comorbilidad psiquiátrica (sobre

todo en el caso de la esquizofrenia) (250, 251) como en personas con enfermedades físicas (252) e incluso en población general, sobre todo en personas ancianas (253). En esta conexión influirían aspectos como la comunicación interpersonal (254), teniendo relevancia incluso sobre la letalidad del intento (240). En relación con dicha desesperanza estarían los factores cognitivos como el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva y la dificultad en la resolución de problemas, que implicarían un mayor riesgo de conductas suicidas tanto por incrementar la desesperanza como de forma independiente a ésta (255-259).

Más allá de los rasgos psicológicos que puedan influir como factores de riesgo de alguno de los eslabones del continuo suicida, la relación entre el suicidio y los trastornos mentales se ha objetivado como algo prácticamente evidente desde hace décadas (30, 260-262). Así, en las series consecutivas de muertes por suicidio en las que se ha realizado autopsia psicológica se ha apreciado que en al menos un 90% de los casos se podría confirmar la presencia de uno o más trastornos psiquiátricos (263, 264), aunque eso desde luego no explicaría todos los casos de suicidio, obligando a un análisis más preciso de la casuística (36). El riesgo de conductas suicidas sería acumulativo, de tal manera que habría mayor riesgo a mayor número de diagnósticos psiquiátricos (265).

Este riesgo también se ha observado en estudios epidemiológicos de muestras amplias. Así, en el metaanálisis de Arsenault-Lapierre y colaboradores (195), que estudia una muestra total de 3275 suicidas repartidos en 27 publicaciones, el 87.3% de los casos tenía antecedentes de algún tipo de trastorno mental. En el estudio de Fleischmann y colaboradores (266), por su parte, se revisa una muestra de 894 jóvenes de entre 10 y 30 años de edad con suicidio consumado, hallándose que el 88.6% presentaba al menos un diagnóstico psiquiátrico, siendo los trastornos afectivos y los asociados al uso de tóxicos los más frecuentes en la muestra analizada (42.1% y 40.8%, respectivamente). Según algunos autores, el riesgo de conductas suicidas sería mayor en las fases tempranas de la enfermedad (260), así como en los primeros seis meses tras el alta de un ingreso psiquiátrico (267, 268). Estos datos abrirían una

oportunidad de intervención preventiva sobre este período de mayor riesgo suicida (269).

En la Tabla 1, basada en los datos de la American Psychiatric Association (APA (270)), se muestra el riesgo relativo atribuido a diferentes grupos de trastornos mentales referentes a personas que ya han realizado intentos de suicidio previos, si bien hay que tener en cuenta que los datos ofrecidos por dicha fuente no han sido actualizados y por ello deben ser tomados con cautela. Sus datos se basan en un metaanálisis previo (260).

Table 1: Risk of Suicide in Persons With Previous Suicide Attempts and Psychiatric Disorders (260, 270).

Condition	Number of studies	Standardized Mortality Ratio (SMR)*	Annual Suicide Rate (%)	Estimated Lifetime Suicide Rate (%)
Previous suicide attempts	9	38.4	0.549	27.5
Eating disorders	15	23.1		
Major depression	23	20.4	0.292	14.6
Sedative abuse	3	20.3		
Mixed drug abuse	4	19.2	0.275	14.7
Bipolar disorder	15	15.0	0.310	15.5
Opioid abuse	10	14.0		
Dysthymia	9	12.1	0.173	8.6
Obsessive-compulsive disorder	3	11.5	0.143	8.2
Panic disorder	9	10.0	0.160	7.2
Schizophrenia	38	8.45	0.121	6.0
Personality disorders	5	7.08	0.101	5.1
Alcohol abuse	35	5.86	0.084	4.2
Pediatric psychiatric disorders	11	4.73		
Cannabis abuse	1	3.85		
Neuroses	8	3.72		
Mental retardation	5	0.88		
General population		1.00	0.014	0.72

Nota: Reprinted with permission from the Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, (Copyright ©2003). American Psychiatric Association.

*The SMR is the ratio of the observed mortality to the expected mortality and approximates the risk of mortality resulting from suicide in the presence of a particular condition.

A continuación se revisarán los datos existentes acerca de los principales trastornos mentales relacionados con la conducta suicida.

Así, los trastornos afectivos, sobre todo el trastorno depresivo mayor, son los cuadros psiquiátricos más asociados con la conducta suicida en todas sus manifestaciones (30, 41, 128, 271-273). De esta forma, el trastorno depresivo mayor aumentaría hasta en 20 veces el riesgo suicida según algunos autores (260), seguido por el trastorno bipolar (que lo incrementaría entre 15 y 21 veces, según algunas revisiones) y la distimia (12 veces) (270, 274, 275). La prevalencia de suicidios en los casos de trastorno depresivo mayor ha sido un debate mantenido hasta fechas recientes, de tal manera que, conforme se ha mejorado el abordaje metodológico de los estudios, se ha planteado un riesgo menor que el propuesto hace décadas (30, 36). Así, desde los estudios más clásicos que apuntaban que el 15% de los pacientes con trastorno depresivo mayor morían por suicidio (276), se ha pasado a metaanálisis de más de 30000 sujetos como el de Bostwick y Pankratz (277), que revela que la prevalencia de muerte por suicidio en personas con trastornos afectivos hospitalizadas por intentos previos es del 8.6%, comparada con el 4.0% de los pacientes con trastornos afectivos hospitalizados por otras causas; si se analiza el riesgo de muerte por suicidio considerando juntos a pacientes ingresados y ambulatorios, éste pasa a ser de aproximadamente 2.2%. En este estudio habría que tener en cuenta que se trata de “trastornos afectivos” en general, sin especificarse de qué tipo concreto.

Por su parte, la esquizofrenia en sus diferentes formas también implica un mayor riesgo de suicidio respecto a las personas que no padecen dicho trastorno, siendo según algunos autores hasta 8.5 veces mayor que en la población general (260). Así, se ha descrito una prevalencia de muertes por suicidio en pacientes esquizofrénicos de hasta el 10% (30, 251, 278); otra publicación, consistente en una revisión de 61 estudios con un total de 48176 personas, mostraba una prevalencia al respecto del 4.9% (279), cifra aproximada a la de otros trabajos recientes (280), lo cual una vez más indicaría la importancia de considerar otros posibles factores implicados, no sólo a nivel psicopatológico sino también a nivel biológico y

social. De este modo, se puede apreciar que los pacientes esquizofrénicos comparten otros factores de riesgo para el suicidio con la población general: el género masculino, estar solteros, estar desempleados, vivir solos o aislados, carecer de una red de apoyo familiar o social, o padecer algún tipo de trastorno depresivo (30). Por otra parte, habría factores de riesgo asociados de forma más específica con la esquizofrenia, como una edad joven, un elevado número de recaídas con alto número de ingresos psiquiátricos, deterioro social, laboral o sexual asociado al padecimiento de la enfermedad, o una baja adhesión al tratamiento, así como el grado de actividad de los síntomas positivos del trastorno (251, 280, 281).

El papel que tendría la medicación antipsicótica sobre el riesgo suicida ha sido controvertido a lo largo del tiempo. Así, en un principio se apuntaba un posible aumento del riesgo de suicidio en relación con los molestos efectos adversos de los neurolépticos clásicos, como los síntomas extrapiramidales (30, 282); pero con el paso de los años y la aparición de los antipsicóticos atípicos (con teóricamente menos efectos extrapiramidales), por un lado, y del manejo racional de los agentes clásicos, por el otro, se ha apreciado un descenso en el riesgo de suicidio ante la mejoría del trastorno subyacente (279, 283). Entre los diversos agentes neurolépticos, el que mostraría mayor efecto como protector frente al riesgo suicida sería la Clozapina, que es el único que actualmente tiene como indicación formal el riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos y que según algunos estudios disminuiría dicho riesgo en hasta el 85% (284-286).

Mención aparte precisarían los trastornos por ansiedad, de tal manera que casi el 20% de los pacientes con un trastorno por angustia o fobia social realizaría al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida, según algunos autores (30), aumentando la probabilidad de fallecer por suicidio si existe comorbilidad con algún tipo de trastorno depresivo (287, 288). El riesgo relativo aumentaría entre seis y diez veces respecto al de la población general según el tipo de trastorno considerado (trastorno por ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno de pánico) (260, 289). Pese a todo, el aumento de riesgo asociado a los

trastornos por ansiedad no está tan claro para todos los autores, de tal manera que se ha llegado a proponer que el riesgo de conductas suicidas no aumentaría de forma significativa si no se asocia también clínica depresiva al cuadro en su conjunto (265).

En el caso de los trastornos por uso de tóxicos, se aprecia una frecuente relación con la conducta suicida (30, 290). Esta relación sería aún más significativa en el caso de la dependencia al alcohol, sobre todo por su elevada prevalencia en nuestra sociedad (291). Así, el alcoholismo se vincularía con el suicidio tanto por aparecer como factor de riesgo de base como por ser el precipitante último del acto suicida al aumentar la impulsividad del individuo (292). Hasta el 15% de los pacientes con dependencia al alcohol morirían por suicidio, y el abuso de alcohol estaría presente en hasta el 25-50% de todos los fallecimientos por dicha causa, según algunos autores (293). La revisión realizada por Harris y Barraclough (260) estima un incremento en el riesgo de suicidio ligado a la dependencia al alcohol de seis veces por encima de la población general; suele tratarse de varones de mediana edad, solteros o con antecedentes de ruptura sentimental, aislados socialmente, con bajo nivel educativo y con problemas de tipo económico o laboral. Algunos de estos factores asociados también han sido comprobados por otros autores (294, 295). Además, el trastorno por uso de alcohol puede (y suele) asociarse a otros factores de riesgo, tales como enfermedades físicas, trastornos afectivos, por ansiedad, de personalidad o del control de los impulsos, que por sí mismos incrementarían el riesgo de actos suicidas, aumentándolo aún más al sumarse al trastorno por uso de tóxicos(295-299).

El consumo de otros tóxicos, como la cocaína, opiáceos, sedantes o cannabis también se asocia con este tipo de riesgo (30, 300, 301), sobre todo si se produce una dependencia a múltiples tóxicos, lo cual puede incrementar el riesgo de conductas suicidas hasta en 20 veces respecto de la población general (260, 302).

Parece que el efecto de riesgo respecto de la conducta suicida que presenta el consumo patológico de tóxicos es especialmente intenso en

algunos casos con presencia simultánea de síntomas depresivos (303, 304). Éstos pueden deberse a un trastorno depresivo comórbido con el asociado a los tóxicos, o bien tener que ver con efectos directos del propio tóxico, como es el caso del alcohol, o con sus efectos sobre la función hepática y la malnutrición que en muchos casos viene asociada al consumo. Otro problema que suele asociarse a este tipo de consumos patológicos es el de la producción de traumatismos craneales, a veces con síndromes cerebrales orgánicos secundarios que también pueden derivar en clínica depresiva (30).

Otro problema habitual en los pacientes con trastornos por uso de tóxicos es la escasa adhesión terapéutica que muestran, lo cual puede implicar (sumado a posibles comorbilidades con otros trastornos psiquiátricos, especialmente afectivos, que no recibirán por tanto un tratamiento adecuado (305, 306)) un aumento exponencial en la probabilidad de realizar actos suicidas (293, 307).

De manera creciente se está prestando atención en el ámbito de las adicciones al estudio de las conductas adictivas sin tóxico asociado, como es el caso del juego patológico. Este tipo de trastornos también se habría visto asociado a un mayor riesgo de conductas suicidas, según algunos autores (308, 309), siendo el elemento de riesgo al respecto tanto la propia conducta adictiva como las deudas a que puede asociarse (310), aunque éste sigue siendo un terreno de investigación por explorar en profundidad.

En asociación con muchos de los trastornos referidos, y también de forma independiente, los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia sobre el riesgo de conductas suicidas (311), pues pueden influir de diversas formas: predisponiendo a otros trastornos mentales como los afectivos, por ansiedad o ligados al uso de tóxicos; conllevando alteraciones en las relaciones interpersonales y en el ajuste social del individuo, precipitando acontecimientos vitales adversos o empeorando la capacidad de afrontamiento ante problemas cotidianos o ante un trastorno físico o mental (30, 312-315).

Se ha planteado que la mayoría de pacientes con algún trastorno de la personalidad que mueren por suicidio o realizan intentos de quitarse la vida presentan también algún trastorno del antiguo eje I del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (79, 263, 316, 317), como sería el caso de trastornos depresivos, abuso de tóxicos o ambos, asociación que sería aún más frecuente en los trastornos de personalidad del grupo B, cuyos rasgos temperamentales se han visto asociados de forma independiente a un mayor riesgo suicida (318, 319). Así, padecer un trastorno de personalidad podría incrementar el riesgo de suicidio hasta seis veces (260).

Una revisión realizada en 2006 por Brezo y colaboradores (320), por su parte, mostró sobre un conjunto de 90 estudios que englobaban a un total de más de 20000 personas que había ciertos rasgos de personalidad especialmente asociados a la conducta suicida, destacando al respecto la desesperanza, el neuroticismo y la extroversión, mientras que otros ya referidos anteriormente, como la agresividad, hostilidad, impulsividad, irritabilidad o ansiedad mostraron un nivel de asociación menos significativo, en contraste con lo expuesto arriba (122).

En otros trastornos mentales también se ha planteado un incremento en el riesgo de conductas suicidas. Así, en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad se ha descrito un mayor riesgo de muerte por suicidio, sobre todo en el caso de varones con trastornos depresivos, por uso de tóxicos o de conducta asociados como mediadores (30, 321, 322). En el caso del trastorno de conducta alimentaria también habría mayor riesgo de conducta suicida, principalmente en pacientes con anorexia y, en menor grado, bulimia nerviosa, que asocian de manera comórbida sintomatología depresiva y/o abuso de tóxicos (323-325). En este sentido podría influir la frecuente presencia de trastornos de personalidad de base en estos pacientes (326).

Mención aparte precisan los trastornos de adaptación, que también pueden implicar un mayor riesgo de intentos de suicidio, incrementándolo hasta en 14 veces respecto de la población general (30, 260, 327).

Precediendo a dichos trastornos pueden encontrarse acontecimientos vitales diversos, destacando al respecto los asociados al incremento de la edad (como el abandono del hogar por parte de los hijos o su matrimonio, la jubilación, la posible dependencia funcional traducida en necesidad de asistencia domiciliaria o ingreso en residencias geriátricas, etc.), problemas laborales, de pareja, de salud o bien la enfermedad o fallecimiento de algún familiar (241).

Finalmente, algunos fenómenos asociados con frecuencia a la patología mental, como es el caso del insomnio, podrían tener una cierta asociación independiente con el continuo suicida. Así, existen trabajos que plantean una relación del insomnio por despertar precoz con la ideación, planificación e intentos suicidas, mientras que el insomnio de conciliación se asociaría más con las ideas y planes de suicidio, y el insomnio de mantenimiento lo haría de forma preferente con las ideas e intentos suicidas (328).

1.6.1.3. Factores sociales

1.6.1.3.1. Nivel socioeconómico

El papel de los factores socioeconómicos en el continuo suicida ha sido debatido desde hace años, no tanto en cuanto a su presencia como factor de riesgo, ya conocida (329), sino en lo referente a su relevancia relativa como precipitante de conductas suicidas. Así, si bien el riesgo relativo asociado a los factores económicos sobre el suicidio puede no ser especialmente elevado, su alta prevalencia en la población puede compensar esto y suponer un riesgo real e independiente similar al de, por ejemplo, los trastornos mentales, con menor prevalencia poblacional pero con mayor riesgo relativo (330, 331).

En el estudio realizado en Canadá por Tjepkema y colaboradores (332), se puede apreciar cómo el nivel de ingresos de la persona se

relaciona de forma directa con la mortalidad de la población, de tal manera que un menor nivel de ingresos implicaría peor grado de salud y una mayor probabilidad de morir por diversas causas, también por suicidio (se plantea un riesgo relativo para ambos sexos de aproximadamente dos). Esta asociación no se observaría sólo en los niveles más bajos de ingresos, donde ya sería esperable en base a los datos ya conocidos (333-335), sino a lo largo de todo el espectro económico, con una relación inversamente proporcional: a menos ingresos, mayor mortalidad.

Un posible nexo entre la situación económica y el riesgo suicida podría tener que ver con la tendencia a realizar conductas de riesgo conforme el nivel de ingresos es menor (por ejemplo, consumo de tóxicos, sobre todo de alcohol y cannabis (332, 336)), pero se ha visto una relación independiente entre ingresos económicos y muerte por suicidio, una vez se controla la presencia de las conductas o hábitos de riesgo (332). Ese nexo se aprecia también para los demás eslabones del continuo suicida, de tal manera que las diferencias económicas entre regiones suponen una diferente gravedad dentro del continuo (por ejemplo, conforme más pobre es una región, mayor número de hospitalizaciones por intentos de suicidio se producen, lo cual traduciría una mayor gravedad de la conducta suicida) (337).

La situación económica del individuo y de la sociedad a que pertenece puede relacionarse con un mayor riesgo de entrar en el continuo suicida, no sólo si la situación como tal es adversa, lo cual se ha comprobado a lo largo del tiempo en diversos países (338), sino también y de forma preponderante cuando la situación socioeconómica cambia de manera brusca, independientemente de la dirección de dicho cambio (10, 339). En la actualidad, con los rápidos vaivenes de la corriente económica global, en los que el estado bursátil de un país puede variar en un solo día, este factor puede ser de especial interés a la hora de comprender la conducta suicida de la población (340).

Asimismo, el papel de los factores económicos deberá ser considerado a la luz de su interacción con los demás factores referidos

hasta ahora, entendidos como un poliedro de múltiples caras (341). De esta manera, incluso considerando únicamente los factores de riesgo meramente sociales, puede apreciarse que los elementos económicos suelen aparecer en relación con otros factores como los problemas de convivencia familiar o de pareja (342). Ello podría configurar un concepto a veces ambiguo en su estudio, la llamada “clase social” del individuo; algunos autores han estudiado este concepto y su relación con el suicidio, ofreciendo resultados poco concluyentes sobre su impacto en el riesgo de suicidio pero mostrando su asociación con el método de autolesión elegido (343).

Es importante incidir en la importancia de considerar no sólo la situación socioeconómica del individuo, sino también la de su grupo social e incluso de la población en que vive. Así, no sólo los factores “micro” sino también los propios de niveles “meso” y “macro” (siguiendo el modelo de factores relacionados con la salud de Dahlgren y Whitehead (344)) deberán ser tenidos en cuenta a la hora de considerar el riesgo de suicidio de una persona o de su grupo social (345), de tal manera que se diseñen estrategias preventivas diferenciadas. En este sentido, algunos autores proponen hacer intervenciones más orientadas a la salud pública en los países menos desarrollados, mientras que en los territorios con mayores ingresos económicos se abogaría por medidas preventivas más basadas en el modelo médico dirigido al individuo (346).

Dentro de los elementos socioeconómicos a considerar, los estudios realizados suelen dar una elevada importancia a la situación laboral del individuo, así como al papel de las crisis (en cuanto a cambios bruscos) en el ámbito económico. Ambos aspectos serán tratados en los dos siguientes puntos.

1.6.1.3.2. Situación laboral

Hay mucha literatura acerca del papel de determinados tipos de trabajo como factor de riesgo para conductas suicidas, destacando al respecto el elevado riesgo relativo de las profesiones sanitarias (30, 347). Pero más relevante que el tipo de profesión desempeñado sería la falta de empleo o la pérdida del mismo. Así, la ausencia de actividad laboral ya ha sido relacionada desde antiguo con la conducta suicida y con las tasas de muerte por dicho motivo (9, 348, 349), confirmándose dicha relación tanto en estudios sobre intentos (350, 351) como en estudios acerca de fallecimientos por suicidio (352, 353).

La magnitud del riesgo suicida atribuible al desempleo varía según los estudios consultados. Así, se postula un riesgo relativo de conductas suicidas de entre dos y cinco veces más alto en el caso de personas desempleadas, destacando al respecto algo más el desempleo en varones (30, 353). Otros grupos de especial riesgo serían los menores de 35-45 años (354, 355) (aunque hay autores que plantean incluso que haya generaciones de especial riesgo en relación con las etapas históricas que les ha tocado vivir a nivel socioeconómico, incluso en tiempos recientes (356)), quienes han perdido el trabajo recientemente (355), los consumidores de alcohol (357) y los pacientes con algún tipo de trastorno de la personalidad (358).

La falta de empleo como factor de riesgo no sólo atañe a la pérdida de un trabajo previo, sino también a la falta de una ocupación laboral fuera de las tareas domésticas, como es el caso de las amas de casa o de personas jubiladas (359).

Puede haber otros factores relacionados con la pérdida de empleo y que se vinculen también con el suicidio, como serían los problemas subsiguientes de tipo financiero y de pareja (353, 360), lo cual revela la importancia de conocer en profundidad no sólo la situación laboral del individuo sino las repercusiones de la misma, a la hora de evaluar su riesgo suicida. En este sentido, es también relevante la posibilidad de que la pérdida de empleo y las dificultades para encontrar un puesto de trabajo

impliquen la aparición de consumo de alcohol o de síntomas depresivos, ambos factores de riesgo, como ya vimos, de la conducta suicida (361, 362).

Por otra parte, los factores psicológicos y psicopatológicos pueden influir en la capacidad de la persona para conseguir y mantener un empleo, incidiendo así de forma no sólo directa como se vio arriba, sino también mediante esta vía indirecta, en el riesgo suicida (30, 351).

Finalmente, algunos autores hacen hincapié en la actualidad, en el marco de la presente crisis económica, en que el efecto como factor de riesgo suicida del desempleo puede apreciarse en su verdadera magnitud (tanto en la población desempleada como en la población general) una vez transcurrido un plazo de hasta tres a cinco años desde el momento de empeoramiento de la tasa de empleo, lo cual haría pertinente un seguimiento del sector de la población afectado (363). Así, podría suceder que los efectos de la actual crisis económica no se aprecien en todo su alcance en el momento presente.

1.6.1.3.3. La crisis económica

Si nos planteamos qué entendemos como “crisis”, las definiciones son diversas. Siguiendo la ofrecida por la Real Academia de la Lengua Española, puede entenderse como una mutación significativa en un proceso, sea en dirección positiva o negativa (364). Así, si la crisis implica ante todo un cambio brusco y significativo, puede contemplarse como factor de riesgo para alteraciones en la esfera psíquica, en cuanto elemento vital estresante, lo cual ya era conocido desde hace tiempo (365). Ello podría suponer por tanto que también fuera factor de riesgo para el suicidio.

La eclosión de la actual crisis económica puede situarse en España a mediados de 2008, coincidiendo con la contracción del Producto Interior Bruto (366). A nivel internacional, el punto culminante se sitúa en septiembre del mismo año, con la bancarrota de la compañía global de servicios financieros Lehman Brothers Holdings Inc. Desde entonces, han

proliferado los estudios que analizan el papel jugado por esta crisis económica como factor de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas. En la mayoría de las revisiones al respecto, se apunta que la crisis económica supone un aumento del riesgo de suicidio en los países afectados a través de un aumento de sus tasas de desempleo (367, 368), lo cual supondría un mayor incremento en las tasas esperables de suicidio con respecto a las tendencias previas a la crisis en aquellas zonas geográficas más afectadas económicamente (368-370). Por otra parte, la crisis económica implicaría un mayor riesgo de desempleo en los grupos poblacionales más vulnerables, como el de las personas con enfermedad mental, lo cual supondría un mayor riesgo acumulado frente al continuo suicida (371).

Sin embargo, hay otros efectos asociados a la crisis económica además del desempleo, como son el desplome de los mercados bursátiles, el aumento de los desahucios y el creciente endeudamiento de los individuos, con las consecuencias sociales negativas que éste puede implicar (tales como embargos, problemas legales, estigma, etc.) (369). Ello ha implicado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) alerte acerca del papel negativo que puede jugar la actual crisis económica sobre la salud general, incluida la salud mental en sus diferentes manifestaciones, lo que haría necesaria la actuación integrada para su estudio y abordaje (372). Estas repercusiones negativas sobre la salud mental de los individuos también se habrían informado en nuestro país sobre amplias muestras de la población (373).

En dicho informe de la OMS se especifica el mayor riesgo de suicidio que puede implicar el sufrir una crisis económica, lo cual se ha comprobado principalmente sobre los grupos más afectados por el subsiguiente desempleo, como son los varones en edad laboral; esto también se habría objetivado en crisis económicas anteriores (369, 374-378), y en el caso de la crisis actual se ha observado tanto en estudios de alcance europeo (379) como también de manera específica en España, junto con un incremento relativo de las tasas de muerte por suicidio (366). Pero no sólo las pérdidas económicas implícitas en la crisis estarían detrás de su papel como factor

de riesgo: las medidas de austeridad que los diversos gobiernos han diseñado como forma de contención económica también pueden afectar a las personas implicando un mayor riesgo de suicidio y afectación global de la salud mental (24, 380-383). Esto resultaría aún más evidente si se compara la situación con aquellos países donde, habiendo otras estrategias de contención económica que han cuidado los sistemas de apoyo a la salud y seguridad social, no han visto incrementarse de manera semejante sus problemas sanitarios (384-387). Así, usando una fórmula tan provocativa como contundente, Stuckler y Basu exponen en su libro *The Body Economic* que “la recesión (económica) puede dañar, pero la austeridad mata” (388). Pese a estos datos, el efecto de la crisis económica sobre el suicidio se ha estudiado de forma en bastantes ocasiones exclusiva, sin tener demasiado en cuenta el papel de la edad (donde a nivel europeo se ha apreciado una mayor repercusión en varones jóvenes, a diferencia de crisis anteriores, ya que ha sido el sector poblacional que mayor desempleo ha sufrido (12)), el género u otros factores sociodemográficos, como el desempeño de otros roles ocupacionales además del puramente laboral (369, 389). Asimismo, el efecto de la crisis se ha medido generalmente a través de su efecto sobre el desempleo, como mediador principal de sus efectos sobre el continuo suicida. No abundan los estudios que planteen otros efectos de la crisis, como el nivel de endeudamiento de la población.

Por otra parte, al estudiar el efecto de la crisis sobre el suicidio, no sólo hay que fijarse en la presencia de ésta como factor de riesgo, sino en la existencia o ausencia de factores protectores como las redes de apoyo social, que pueden marcar diferencias considerables entre los países según sus sistemas de asistencia sanitaria o social, como plantea el trabajo de Chang y colaboradores (369), entre otros autores (390). Así, unas medidas de prevención social adecuadas podrían incluso permitir un descenso en las tasas de suicidio, pese a existir condiciones económicas adversas (391).

En el artículo de Chang y colaboradores (369) se explicita cómo el efecto de incremento en las tasas de suicidio en relación con el desempleo de la población es mayor en aquellos países con menores tasas previas de paro, de tal manera que sería el cambio en dicho panorama social el que

podría relacionarse con el aumento de conductas suicidas en la población. Este cambio brusco y significativo (esta crisis) supondría un ambiente de temor y ansiedad ante un futuro incierto, no experimentado previamente, y en el que por ello el estigma social asociado al desempleo puede ser mayor. Todos estos factores actuarían en sinergia, aumentando el riesgo de ideas o conductas suicidas (369, 392, 393).

Pese a lo expuesto, el papel de la crisis económica como factor de riesgo aún no está suficientemente aclarado. Así, algunos autores refieren datos a nivel nacional que no indicarían un aumento significativo de las tasas de suicidio a raíz de la crisis, salvo en algunas regiones concretas de cada país (394); esto haría pensar en que existirían otros factores implicados en el efecto de la crisis sobre el continuo suicida, bien como adyuvantes en su resultado, bien como meros factores de confusión en su análisis (367). De hecho, el que todavía no esté todo dicho sobre este particular es algo apoyado por la presencia reciente de artículos en los que incluso se apunta una posible sobreestimación del efecto de la crisis sobre el riesgo suicida (395, 396). De igual manera, se ha observado por parte de algunos autores una probable transitoriedad del aumento de muertes por suicidio debido a las crisis económicas, una vez pasados los primeros momentos de dichas crisis (397). Por tanto, si bien siguen apareciendo trabajos que apuntan hacia un aumento de las tasas de suicidio en relación con la crisis económica actual (398, 399), en algunos países esto no ha sido probado, como es el caso de Portugal (400) o los países de la región báltica (401). En otros claramente afectados por la crisis, como es el caso de Grecia, se apunta un aumento en la ideación suicida aunque no claramente en el número de intentos, si bien esto no tiene por qué suponer que dicha tendencia no pueda cambiar en el futuro y que los intentos también acaben aumentando, como en períodos de crisis anteriores (402).

En España, los datos son todavía menos concluyentes. Así, mientras que algunos autores indican un incremento relativo de las muertes por suicidio en relación con la crisis económica (366), otros trabajos no encuentran una asociación tan fuerte (400, 403-405), siendo las pruebas existentes al respecto bastante escasas.

El estudio de posibles elementos implicados en la relación entre crisis y suicidio ha llevado a identificar algunos, al menos en el caso de la afectación particular de la crisis en Grecia, uno de los países más golpeados por ésta y por las medidas de austeridad subsiguientes: de esta manera, en un trabajo publicado por Economou y colaboradores (406), además de un considerable aumento de las tasas de ideación e intentos de suicidio entre 2009 y 2011, se apreció que como factores de riesgo influían el sexo masculino, la presencia comórbida de trastornos depresivos, el estar casado (quizás por la mayor responsabilidad sobre el cuidado de sus familias que ello implica y el riesgo de no poder ser eficiente al respecto ante la crisis y el desempleo), la presencia de lo que los autores del estudio llaman “tensiones económicas” (comparable al nivel de endeudamiento o a la falta de ingresos económicos, elemento ya estudiado como factor de riesgo (407)), escasa confianza interpersonal y antecedentes de intentos de suicidio.

De esta manera, quizás tendría sentido plantear un posible efecto de la crisis económica como cambio vital estresante, a sumar a los factores de riesgo previamente detallados. En el siguiente apartado serán revisados otros factores sociales que pueden influir en la aparición de los diferentes eslabones del continuo suicida, más allá de lo ya expuesto en las páginas anteriores.

1.6.1.3.4. Otros factores sociales

En este apartado se revisarán otros factores de índole social relacionados con los eslabones del continuo suicida, siguiendo para ello, entre otras fuentes, el material aportado por Lucas Giner y Víctor Pérez en el libro coordinado recientemente por Bobes, Giner y Saiz (30).

Así, si se analiza lo estudiado al respecto del estado civil, se observa que desde hace décadas se ha considerado estar casado como un factor protector (9, 408, 409), si bien en este sentido el papel de protección lo ejercería el hecho de tener pareja (410, 411). De esta forma, las situaciones de divorcio o viudedad aparecerían como factores de riesgo (411-413); tanto éstos como el papel protector del emparejamiento ejercerían mayor influencia en los varones (30, 414). Para los viudos, el riesgo de conductas suicidas aumentaría hasta en 15 veces, lo cual podría relacionarse con la dificultad que tendrían los varones para la elaboración del duelo (412, 415). Asimismo, los varones tenderían a tener menos relaciones afectivas estrechas fuera del matrimonio, por lo que la ausencia de pareja implicaría una potencial desconexión de la sociedad. Ello, unido a su tradicional menor expresividad emocional (incluidos los sentimientos de duelo y de impotencia ante las nuevas tareas vitales a asumir, incluidas las domésticas), podría suponer en conjunto un mayor riesgo suicida (412, 416). El período de mayor riesgo sería al año de la viudedad o separación, perdurando dicho riesgo hasta cinco años después de producirse la pérdida (416). También es importante al evaluar el riesgo suicida el tener en cuenta el momento vital en que se produce la pérdida. Así, Kreitman (30, 417) realiza un estudio en el que divide a una muestra de viudos en dos grupos: quienes enviudan en la primera mitad de su vida tienen un riesgo de suicidio aumentado hasta en 17 veces, mientras que quienes enviudan en la segunda mitad de su vida tienen menor riesgo que los primeros. Respecto de los otros estados civiles, la separación matrimonial supondría un riesgo hasta cuatro veces mayor que cualquier otro estado (411); sin embargo, la relación entre la soltería y el riesgo de suicidio no estaría aún clara, pudiendo estar mediada por el género del individuo (345, 410, 418, 419).

Mención aparte requiere la influencia de las creencias religiosas. Así, la consideración del suicidio como opción vital se ve mediada por tales creencias y la importancia que dé cada persona a las mismas (270). Por lo general, las personas con fuertes convicciones religiosas suelen reprobar el suicidio, así como emplear sus creencias como forma de alcanzar un sentido vital determinado, como elemento de disminución del estrés y estrategia de afrontamiento de acontecimientos vitales adversos; todo ello suele asociarse a una menor tendencia de paso de las ideas a las conductas suicidas (420, 421). También existen estudios que apuntan a su papel protector frente a la aparición de las propias ideas suicidas (422). Si observamos los principales credos en nuestro entorno, se ha detectado una mayor tasa de muertes por suicidio entre los protestantes, seguidos de judíos, católicos y, en último lugar, musulmanes (30). Sin embargo, hay que tomar estas referencias con cautela, sobre todo si proceden de países donde el suicidio está condenado legal o religiosamente, pues la presión cultural que ello puede suponer llegaría quizás a implicar un sesgo a la hora de remitir datos fiables al respecto (423-425).

Otro aspecto a tener en cuenta sería la existencia de apoyo social hacia el sujeto. Así, la mayor o menor integración social como factor de riesgo y forma de explicación de las teorías sociales del suicidio es un concepto considerado desde los autores más clásicos (9). De esta manera, se ha relacionado el apoyo social con la conducta suicida en tanto la existencia de una red social suficiente sería un factor protector contra el desarrollo del continuo suicida (159). Sin embargo, es difícil definir modelos de un único factor de riesgo, de tal manera que el apoyo social sería sólo parte de los múltiples factores sociales a considerar en el individuo (426, 427), incluida la participación en sociedad de forma activa, aspecto que suele desembocar cuando falla en ideas de suicidio, sobre todo en la población anciana (428).

El aislamiento social, entretanto, implicaría mayor riesgo de intentos de suicidio en todos los grupos de edad (353, 429, 430). Según algunos autores, el papel del aislamiento social como factor de riesgo sería mayor en las muertes por suicidio que en los demás eslabones del continuo,

probablemente porque el grado de aislamiento en los casos de suicidio consumado es mayor (30). Asimismo, el aislamiento implicaría mayor riesgo de muerte por suicidio en los varones, quizás por unas menores estrategias de afrontamiento ante una vida en soledad (431). Sin embargo, el papel del aislamiento social podría estar mediado por otros factores, como las dificultades en las comunicaciones interpersonales y la falta de pareja, ambos aspectos vinculados tanto con el aislamiento social como con las conductas suicidas (353). Esto confirmaría la impresión ya recogida por varios autores acerca del papel deletéreo que tendría la soledad, tanto objetiva como percibida por el sujeto, sobre su salud tanto mental como física (con el mayor riesgo suicida que ello implicaría) (432, 433).

De esta manera, a modo de resumen, se podría plantear que existe un conjunto de factores de tipo social relacionados con el riesgo de presentar ideas o intentos de suicidio, e incluso de llegar a morir por dicha causa. Tales factores tendrían que ver sobre todo con el grado de soporte social que tiene la persona, tanto por su situación personal (a nivel económico, laboral, etc.) como en su núcleo familiar e incluso en su ámbito social más extenso (comunidad, país).

1.6.1.4 Factores protectores

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta ahora, se podrían buscar posibles factores protectores contra el suicidio en los elementos opuestos a los referidos previamente como de riesgo, como si de un negativo se tratase.

De esta manera, según las fuentes más aceptadas (30, 434, 435), podríamos dividir los factores protectores entre los propios del individuo y los de su entorno. Entre los primeros se podrían incluir las actitudes, creencias y valores interiorizados en contra del suicidio, como podría ser el valor de la propia vida. Asimismo, la capacidad de resolución de problemas, de manejo de la ira y la frustración, y unas mayores habilidades sociales, podrían ejercer un papel protector frente al suicidio. Otros elementos a tener

en cuenta en este sentido serían el cuidado y la búsqueda de salud, tanto mental como física; el temor al dolor y a las conductas de riesgo, la presencia de esperanza y optimismo, el autocontrol de la impulsividad, una alta autoestima, la existencia de estrategias de afrontamiento adecuadas y una elevada resiliencia, los cuales también pueden proteger frente a la decisión de quitarse la vida (30, 436). De igual manera, una mejor funcionalidad global del individuo podría protegerle frente a la realización de un intento de suicidio, como se ha estudiado en personas con antecedentes de intentos previos (32).

Entre los factores ambientales, destacan la existencia de una red social y familiar de apoyo, con responsabilidades para con los demás; la participación social, la mayor accesibilidad a los dispositivos de cuidado de la salud, un menor acceso a armas de fuego y otros medios potencialmente letales (como los medicamentos) y, en definitiva, un entorno estable para el individuo y sus potencialidades de desarrollo vital (30). Estos elementos ambientales podrían ser protectores cada uno por separado, incluso atenuando el efecto negativo de otros factores de riesgo para la presencia de ideas o conductas suicidas (437).

Un adecuado conocimiento de los elementos protectores frente al suicidio permitiría la elaboración de estrategias preventivas. Así, hay autores que defienden una estrategia integrada que aborde tanto la educación poblacional acerca del suicidio y sus factores de riesgo, como el entrenamiento en prevención de los médicos de Atención Primaria y otras figuras socialmente significativas (por ejemplo, los maestros) (26).

Hasta ahora han sido revisados los elementos que implican un aumento o disminución del riesgo de ideas, planes, intentos o muertes por suicidio, insistiendo en la necesidad de integrarlos en un todo global que permita abordar el problema del suicidio desde la mayoría de ángulos posibles. En ese objetivo de crear modelos explicativos globales, ha destacado el elaborado por Mann y colaboradores (247), a la manera de un proceso de “diátesis-estrés” similar al de las enfermedades comunes. A la revisión de ese modelo dedicaremos el siguiente apartado.

1.6.1.5 El Modelo de Mann

A partir de varios trabajos fundamentales en el estudio del suicidio (247, 438), Mann y colaboradores han elaborado un modelo global acerca del papel de los diferentes factores de riesgo para el suicidio detallados hasta ahora. En dicho modelo, el riesgo total de suicidio de un individuo no se ve determinado por la mera adición de factores de riesgo, sino que se relaciona más bien con la presencia de factores capaces de crear un estado de diátesis, sobre el cual se podrían añadir factores “estresores” que implicarían la presencia final de una idea o conducta suicida. Siguiendo la expresión popular, el suicidio resultaría de un “vaso medio lleno” que se ve finalmente desbordado por factores de estrés. De este modo, el modelo de Mann trata el suicidio como otras enfermedades en lo referente a su fisiopatología, lo cual puede tener implicaciones en otros aspectos de su estudio, como su diagnóstico, su tratamiento, su causa o incluso su consideración nosológica (37, 439).

Así, Mann y sus colaboradores partieron de un estudio longitudinal de pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico, en que compararon a aquéllos con intentos de suicidio con quienes no tenían antecedentes al respecto. Apreciaron así una mayor presencia en los pacientes con intentos suicidas de los factores de riesgo analizados en los apartados anteriores, de tal manera que plantearon que el riesgo suicida no venía determinado sólo por la presencia de enfermedad mental (entendida como estresor), sino también por un estado de diátesis previo que se reflejaba en la tendencia a mostrar más ideas suicidas y a ser más impulsivo (todo lo cual podría llevar a un mayor riesgo de paso al acto ante la aparición de pensamientos autolesivos) (247, 440). De hecho, Mann y sus colaboradores plantean esa tendencia como parte de otra predisposición más global en el individuo, que le llevaría a protagonizar actos tanto auto como heteroagresivos. Así, tanto la impulsividad como la agresividad podrían ser rasgos caracteriales influidos en su génesis por experiencias tempranas, factores genéticos, etc., según los diferentes enfoques, y plasmarse de forma independiente a la

heredabilidad de los trastornos mentales que pudieran apreciarse detrás de las conductas suicidas.

De esta forma, el modelo propuesto constaría de la consideración de dos dimensiones interrelacionadas: por una parte, la propia de la persona, en referencia a características del individuo tales como su genética, impulsividad, sus rasgos caracteriales o el abuso de tóxicos; por otra, una dimensión de desencadenantes o precipitantes, en referencia a la presencia de trastornos psiquiátricos agudos o acontecimientos vitales adversos graves. De esta manera, la combinación de ambas dimensiones en cada sujeto sería más predictiva de su riesgo suicida que la mera sumatoria de factores de riesgo que pueda tener en un momento dado (30, 440). Así, este planteamiento tendría la implicación práctica de considerar una completa evaluación del riesgo suicida que tenga en cuenta tanto los factores de riesgo poblacionales como los relacionados con posibles trastornos mentales o discapacidad, dentro de un marco global.

El modelo de Mann se presta a su expresión gráfica, que permite la apreciación en conjunto de los aspectos antes referidos (Figura 3):

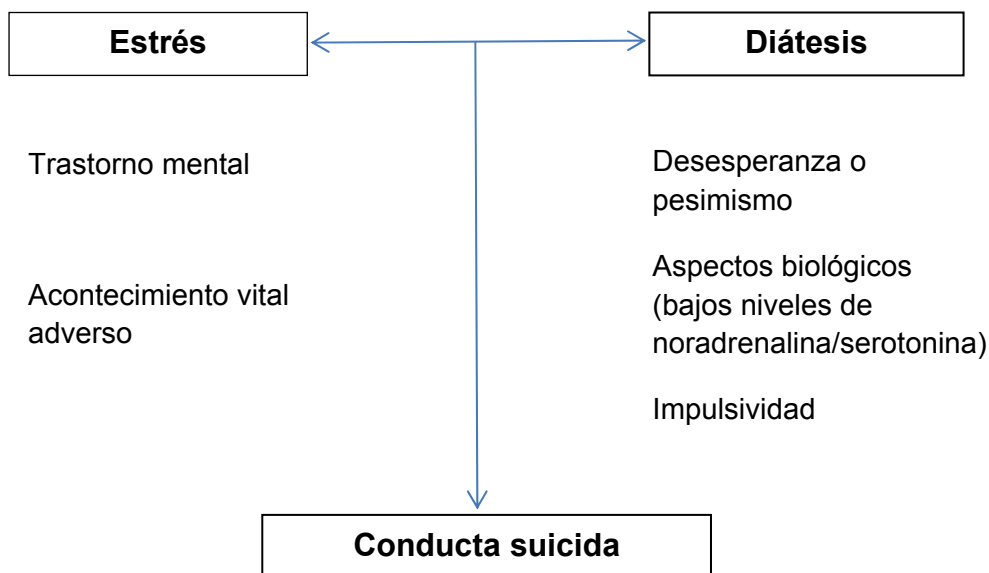


Figura 3: Esquema del modelo de diátesis-estrés para la comprensión del suicidio según Mann y colaboradores (30, 438, 441).

De momento, en las páginas anteriores se ha tratado el riesgo suicida considerando el conjunto de eslabones del continuo, esto es, tanto ideas como planes, intentos y muertes por suicidio. Pero, ¿se pueden concretar factores de riesgo de cada uno de los eslabones por separado? Los siguientes apartados de la Introducción están dedicados a ello.

1.6.2. Factores predictores de ideación suicida

Dentro de la lógica coincidencia de algunos factores de riesgo en los diferentes eslabones del continuo suicida, existen varios estudios que tratan de forma específica la ideación suicida y los factores de riesgo asociados a la misma. Así, el reciente trabajo de Bae y colaboradores (442) estudia una amplia muestra correspondiente a la población general, en la que analiza variables tanto clínicas como demográficas y sociales, hallando como factores de riesgo de ideas de suicidio los siguientes: una mayor tendencia a las manifestaciones de ira e irritabilidad, una mayor puntuación en las escalas de sintomatología depresiva, la existencia de antecedentes familiares de enfermedad mental y una duración anormalmente corta o larga del sueño nocturno (entendiendo como tal menos de 5 horas o más de 10 horas). La influencia del insomnio como factor de riesgo se ha comprobado tanto en el caso del insomnio de conciliación como en los casos de despertar precoz (328). Asimismo, se ha comprobado cómo una menor calidad de vida percibida en relación con la salud estaría relacionada con una mayor presencia de ideación suicida (443).

Otros estudios sobre población general arrojan resultados parecidos, como en el trabajo de Forkmann y colaboradores (444), donde además del papel de la clínica depresiva como factor de riesgo se detectan como tales los síntomas ansiosos y la ausencia de pareja, siendo la existencia de la misma o el tener hijos aspectos protectores frente al desarrollo de ideas suicidas. Hallazgos similares, al menos en lo referente al papel de la clínica depresiva, se han encontrado en estudios sobre población anciana, donde el mero envejecimiento podría implicar un mayor riesgo de ideas suicidas (445), y donde también se aprecia como factor de riesgo para la ideación

suicida la existencia de intentos autolesivos previos (446). De igual manera se ha objetivado en entornos culturales diferentes al nuestro, como muestra el estudio realizado por Wagenaar y colaboradores (447), donde también aparecen como factores de riesgo la vivencia de no ser cuidado (en caso de padecer alguna enfermedad, lo cual podría relacionarse con experiencias de abandono o soledad) o el abuso de alcohol. Pese a todo, existen trabajos que contradicen alguno de los puntos previos, como el estudio de Hunt y colaboradores (448), en que el mayor riesgo de ideación suicida aparece en la etapa más temprana de la edad adulta.

Por otra parte, existe literatura que de forma global establece que la presencia de estrategias de afrontamiento adecuadas frente a los acontecimientos vitales adversos sería un factor protector contra las ideas suicidas y, en base a lo ya referido anteriormente, también contra su actuación (449). Por el contrario, un mayor pesimismo acerca del porvenir (por ejemplo, sobre la salud que se tendrá en el futuro) o la expectativa de ser o estar siendo una carga (elemento muy relacionado con las cogniciones que habitualmente se presentan en los trastornos depresivos (450)) implicarían un mayor riesgo de ideación suicida (451). Esto tendría sentido dentro de modelos explicativos del suicidio como el ya comentado de Mann, de tal manera que unas correctas estrategias de afrontamiento supondrían una atenuación del impacto de los elementos estresores sobre la diátesis basal del individuo (247), por lo que el riesgo de desarrollar ideas y finalmente actos suicidas sería menor. En este sentido, como elemento a considerar podrían estar los rasgos de personalidad del individuo, de tal manera que una mayor impulsividad y problemas de identidad se podrían relacionar de manera específica con el desarrollo de ideas suicidas (452).

1.6.3. Factores predictores de planificación e intentos suicidas

Cuando se revisa la bibliografía existente, no aparecen apenas referencias acerca de factores relacionados específicamente con la planificación suicida, sino que suele distinguirse como mucho entre ideas suicidas por un lado e intentos de suicidio o suicidios consumados por el otro. Así, en este apartado se tratarán los factores asociados con la planificación y los intentos de suicidio en conjunto, separándolos, eso sí, de los factores relacionados con el suicidio consumado, aspecto que se abordará en el epígrafe siguiente.

En este sentido, para determinar con cierta seguridad tales factores asociados, es de referencia obligada el estudio ESEMeD, que en sus diferentes países participantes ofrece resultados específicos al respecto. Si ya a nivel global destacaban como factores asociados el sexo femenino, una edad joven, ser viudo o divorciado y padecer algún trastorno mental (sobre todo un episodio depresivo grave, distimia, ansiedad generalizada, estrés postraumático y dependencia al alcohol) (41), en los diferentes países integrantes del estudio se obtenían de forma local resultados parecidos. Estos factores de riesgo ya eran conocidos previamente en muestras amplias (57). De esta manera, se observa que en la muestra francesa existe una importante asociación entre los intentos de suicidio y la presencia de trastornos mentales, sobre todo en el caso de los trastornos por ansiedad (a excepción de la fobia social), los episodios depresivos graves, el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, siendo mayor todavía el riesgo en el caso de comorbilidad entre varios trastornos mentales (43). En la muestra italiana se consideraron relevantes diversos factores sociodemográficos, como el género (mayor riesgo en mujeres), la edad (mayor riesgo en jóvenes) y un bajo nivel académico; asimismo, había mayor riesgo cuanto más pronto aparecieran las ideas suicidas, sobre todo en el primer año tras su debut (453, 454). Resultados parecidos ofrecía la muestra española, destacando en este caso el riesgo asociado a los episodios depresivos graves (59).

La relevancia de los trastornos mentales como factor de riesgo de intentos de suicidio es algo bien contrastado, como ya se vio en los apartados anteriores, siendo la presencia de comorbilidad entre varios trastornos mentales un factor ligado a un mayor riesgo de intentos de suicidio múltiples (455).

De igual manera, se conoce la relación con los intentos de suicidio de un historial de intentos previos y de la edad, donde se observaría una tendencia decreciente a los actos suicidas conforme se va envejeciendo (aunque eso no evitaría que la letalidad de los intentos fuera mayor) (456). Sin embargo, esto dista mucho de ser un hecho consolidado, pues otros autores describen una mayor proporción de intentos suicidas conforme se envejece, destacando en las personas mayores la asociación entre el antecedente de intentos previos y trastornos afectivos, por un lado, y la severidad del intento suicida, por otro (158).

También se ha consolidado la relación con el consumo perjudicial de tóxicos, incluido el tabaco (457, 458), y con los rasgos caracteriales, destacando el papel de la tendencia a la autocrítica y la desesperanza (459). El género supondría un factor asociado a considerar de forma específica, dado el diferente perfil de aparición de los otros factores de riesgo según el sexo del individuo (460). De otra forma distinta ocurriría con la existencia de antecedentes de abusos en la infancia o de hogares disfuncionales, que en sí mismos se convierten en factores de riesgo para los intentos de suicidio, incluso de forma acumulativa (461).

1.6.4. Factores predictores de muerte por suicidio

No abundan los estudios que analizan específicamente los factores relacionados con las muertes por suicidio, ya que su metodología suele consistir en la realización de las ya descritas “autopsias psicológicas”, con todas las complicaciones que ya vimos al respecto. Una alternativa son estudios longitudinales que sigan a grupos de riesgo. Así, hay que remontarse a varios años atrás para hallar trabajos con muestras amplias, como el de Schneider y colaboradores (462), donde se refleja la influencia sobre las muertes por suicidio de la presencia de trastornos mentales, de manera diferencial según el género y el grupo de edad estudiado. De esta forma, el abuso de alcohol tenía según este estudio una influencia significativa principalmente en los varones de más de 30 años, mientras que la depresión mayor influía más en el grupo de edad de 61 a 75 años, independientemente del sexo del individuo. Por otra parte, el abuso de múltiples tóxicos aparecía relacionado con el suicidio consumado en los varones de 31 a 45 años, mientras que los trastornos cognitivos y los trastornos mentales debidos a una enfermedad física eran más influyentes en las mujeres de 61 a 75 años. Resultados similares se han observado en otros trabajos de parecida metodología (463).

Otras investigaciones abundan en la influencia del sexo masculino y la presencia de trastornos por uso de tóxicos (principalmente en varones de edad avanzada, en posible interacción con trastornos depresivos (162)) como predictores de las muertes por suicidio, así como, de manera muy potente, los antecedentes de gestos autolesivos previos (464, 465). Este tipo de factores pueden implicar la presencia de un considerable estrés en el individuo, lo cual se traduciría en vivencias como las pesadillas frecuentes, también relacionadas con los suicidios consumados según algunos autores (466).

Así, si bien en los diferentes eslabones del continuo suicida se pueden apreciar algunos factores de riesgo comunes, ya tratados en mayor extensión en los apartados anteriores, también puede observarse una cierta asociación de algunos factores específicos con cada eslabón concreto. Este

patrón de asociaciones puede aprovecharse en la valoración del individuo con riesgo suicida, para la mejor estimación de su riesgo individual.

1.7. Conclusiones

De las páginas anteriores puede desprenderse la importancia que sigue teniendo a nivel mundial el suicidio en sus diferentes variantes, también específicamente en España. Las actuales condiciones socioeconómicas pueden estar creando un marco específico que contextualice una forma concreta de presentación de los diferentes eslabones del continuo suicida, en el cual a su vez influyen variables de índole tanto biológica como psicológica y social.

Dichas variables, lejos de actuar como entes aislados que se sumarían configurando un riesgo global para el individuo, actúan de forma sinérgica en relación interdependiente. Esto permite concebir la conducta suicida dentro de un modelo explicativo, un modelo de “diátesis-estrés” similar al que se emplea para entender la aparición de algunas enfermedades.

En estas circunstancias, la relativa carencia de trabajos que estudien en nuestro medio de forma conjunta estos factores relacionados con la ideación, planificación y conducta suicida, hace necesaria la consideración de estos factores como forma de mayor entendimiento del fenómeno suicida y su mejor prevención y abordaje.

Dentro de estos factores, siguen siendo los relacionados con la edad y con la situación socioeconómica los menos conocidos en España, principalmente en el actual marco histórico de crisis económica. El conocimiento de su expresión y relación con el continuo suicida es clave para el desarrollo de programas preventivos y de atención al suicida específicos y dirigidos a poblaciones concretas. Por tanto, es dentro del objetivo global de su análisis donde se enmarca este trabajo.

2. OBJETIVOS

De forma general, el objetivo del presente trabajo es el estudio de la manifestación de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española.

De manera más específica, los objetivos serán los siguientes:

- Determinar la prevalencia de ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española.
- Especificar los factores sociales, demográficos y clínicos relacionados con conducta suicida a lo largo de la vida.
- Evaluar si el impacto de la actual crisis económica se ha traducido en un aumento de la prevalencia de conducta suicida.
- Analizar diferencias en la prevalencia vital de conducta suicida en función de diversos factores sociodemográficos, en la población tanto a nivel global como en diferentes grupos de edad.
- Analizar si los factores relacionados con ideación suicida a lo largo de la vida varían en función del grupo de edad.
- Evaluar factores relacionados con ideación suicida a lo largo de la vida en sujetos que alguna vez habían presentado depresión.

3. HIPÓTESIS

En la realización del presente trabajo se plantean las siguientes hipótesis a verificar o rechazar:

- Las prevalencias de ideas e intentos de suicidio son superiores a las halladas antes de la actual crisis económica.
- La presencia de ideas e intentos de suicidio es mayor en las mujeres, siendo ambos más prevalentes en los grupos de edad más jóvenes.
- La presencia de trastornos mentales, sobre todo de tipo depresivo, es el principal factor de riesgo para la conducta suicida.
- Hay una distribución diferenciada de los factores de riesgo para ideas e intentos de suicidio en base a los grupos de edad, con predominio de los factores socioeconómicos en los grupos más jóvenes y de los relacionados con la salud física y el aislamiento social en los mayores.
- En las personas deprimidas, el consumo abusivo de alcohol, la presencia de comorbilidad física o de trastornos de ansiedad, y la percepción subjetiva de soledad son los principales factores de riesgo para la aparición de conductas suicidas.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño

Este trabajo se ha llevado a cabo dentro del marco del proyecto Collaborative Research on Ageing in Europe (COURAGE in Europe; ver la web del proyecto para más detalles sobre el mismo: <http://www.courageineurope.eu/>), un estudio observacional de corte transversal llevado a cabo entre los años 2011 y 2012, y que incluyó muestras nacionalmente representativas de Finlandia ($n = 1976$), Polonia ($n = 4071$) y España ($n = 4753$).

Las diferentes secciones del cuestionario incluían, para todos los países: 1) características sociodemográficas; 2) descriptores del estado de salud; 3) antropometría y pruebas de desempeño; 4) factores de riesgo y conductas preventivas de salud; 5) condiciones de salud crónicas y cobertura de servicios sanitarios; 6) utilización de servicios de salud; 7) redes sociales, apoyo social y soledad; 8) calidad de vida y bienestar subjetivo; 9) evaluación del entorno físico en el que vive la persona. Además, en España se incluyó una sección de salud mental, conteniendo entrevistas diagnósticas estructuradas para evaluar la presencia de depresión y ansiedad, y un módulo específico de conducta suicida (evaluando tanto la ideación como la planificación e intento de suicidio). Debido a la temática específica de este trabajo, sólo los datos correspondientes a la muestra española han sido considerados.

4.2 Muestra y procedimiento

Se reclutó una muestra representativa a nivel nacional de adultos (entendiendo como tales las personas de 18 ó más años) no institucionalizados residentes en España. Se utilizó una técnica de muestreo estratificado

multietápico. La muestra fue estratificada por comunidad autónoma, número de habitantes y grupo de edad, empleándose datos censales para seleccionar los hogares representativos. Así, se construyeron cuatro estratos basados en el número de pobladores de los municipios entrevistados, en cada una de las 17 comunidades autónomas del estado español. Los clústeres fueron seleccionados dentro de cada estrato con una probabilidad proporcional a su tamaño. A su vez, los hogares o unidades familiares dentro de cada agrupamiento se eligieron al azar desde un listado con todos los hogares de dicho agrupamiento; si había más de un individuo de un grupo de edad concreto en la unidad familiar, se elegía al azar el individuo participante en las entrevistas.

Las entrevistas se realizaban en persona en el domicilio de los participantes mediante una técnica de entrevista personal asistida por ordenador (Computer-Assisted Personal Interviewing, CAPI). Todos los entrevistadores realizaron un curso de entrenamiento previo para la correcta administración de la encuesta. Ésta tuvo lugar entre el 25 de julio de 2011 y el 8 de mayo de 2012. Se aseguraron los estándares de calidad mediante procedimientos de calidad implementados durante la fase de trabajo de campo (467).

En la elaboración de este estudio se obtuvieron las aprobaciones de los comités éticos del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (Barcelona) y del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid). De igual manera, se pidió como requisito indispensable el consentimiento informado por escrito de cada uno de los participantes en la investigación. La tasa de respuesta fue del 69.9%.

4.3 Medidas

Para evaluar la presencia de suicidabilidad (entendiendo como tal la existencia de ideas, planes o intentos previos de suicidio), se empleó la World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0) (59), un formato de entrevista diagnóstica estructurada administrable por

personal no clínico. Su módulo de suicidabilidad (ver Anexo 1) revisa la presencia de ideación, planificación e intentos de suicidio, tanto a lo largo de la vida como en los últimos 12 meses. Debido a lo sensible de las preguntas sobre este tema, a los entrevistados se les proveyó de frases escritas como las siguientes: “pensar seriamente en suicidarse”, “hacer un plan para suicidarse” e “intentar suicidarse”. Así, se les preguntaba verbalmente acerca de las frases escritas, más que explicitar directamente su contenido, de tal forma que se les interrogaba acerca de si dichas experiencias les habían sucedido a lo largo de su vida o en los últimos 12 meses (por ejemplo: “¿Alguna vez ha tenido A?”). A los sujetos con ideación suicida a lo largo de su vida se les preguntaba por su edad en el momento de la primera idea suicida; a quienes informaban haber intentado suicidarse se les preguntaba por su edad en el primer intento de suicidio, así como por el número de intentos suicidas a lo largo de su vida.

Las preguntas fueron las mismas utilizadas para evaluar la suicidabilidad en el estudio ESEMeD en España 10 años antes, pero con la única diferencia de que en el ESEMeD sólo a quienes informaban haber tenido ideas suicidas se les preguntaba por la existencia de intentos de suicidio. Empleando una versión adaptada de la CIDI 3.0, se determinaron las prevalencias estimadas de depresión, trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de pánico, valorando para ello si los síntomas referidos por los sujetos del estudio cumplían los criterios de alguno de dichos trastornos mentales según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV) (79).

En el caso de los trastornos por ansiedad, la prevalencia a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses fue valorada a través de la CIDI. En el caso de los trastornos depresivos, la prevalencia en los últimos 12 meses se estimó desde la CIDI y la prevalencia a lo largo de la vida se determinaba si los sujetos informaban haber recibido un diagnóstico así durante su vida, o bien si cumplían los criterios del DSM-IV para depresión en los 12 meses previos. La CIDI ha sido ampliamente utilizada para la detección de trastornos mentales en muchas encuestas como una herramienta totalmente estructurada, administrable por entrevistadores legos entrenados en su aplicación. Así, se ha empleado en los siguientes estudios: World Mental Health Surveys (468),

Canadian Community Health Survey (173) y Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (469), entre otros. Su aplicación ha sido validada también en España (81).

El estado de salud se valoró con un conjunto de preguntas relacionadas con la salud que se agruparon en ocho dominios: visión, movilidad, autocuidado, cognición, actividades interpersonales, dolor y malestar, sueño y energía, y afecto (470). Para cada pregunta, las respuestas se cuantificaban sobre una escala de 5 puntos que iba desde "ninguna dificultad/problema" a "extrema dificultad". Un modelo Rasch (471) fue empleado para obtener una puntuación global en salud a partir de estas preguntas. La puntuación final oscila entre 0 y 100, donde 0 representa el peor estado de salud y 100 el mejor posible.

La multimorbilidad con enfermedades físicas también se valoró, definida como la presencia de dos o más condiciones físicas crónicas de las siguientes: asma, enfermedad pulmonar crónica, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cataratas, edentulismo (pérdida de todas las piezas dentales), ángor, artritis e ictus.

El consumo abusivo episódico de alcohol (abuso de alcohol a partir de ahora) fue definido como el consumo de cinco o más (en el caso de los varones), o de cuatro o más (en el caso de las mujeres) bebidas alcohólicas estándares durante al menos un día en la semana previa a la entrevista (472).

El apoyo social se midió mediante la Oslo 3-item Social Support Scale (OSS-3) (473). Se creó una puntuación global mediante la adición de las puntuaciones brutas, transformando el resultado en una escala de percentiles. Así, las puntuaciones más altas indicaban un mayor apoyo social. La percepción subjetiva de soledad fue medida a través de la UCLA Loneliness Scale de tres ítems (474). Las respuestas que se daban a los tres ítems de dicha escala se sumaron y se convirtieron en una escala de percentiles, donde una mayor puntuación indicaba una mayor percepción subjetiva de soledad.

La presencia de problemas económicos domésticos fue valorada mediante esta pregunta: "¿Tiene su hogar algún problema económico para

pagar las facturas (facturas de la luz, agua, gas, teléfono...)?". Sólo hubo dos opciones de respuesta (sí/no). También se registró de los participantes información sociodemográfica, sobre su edad, género, estado civil actual (definido como no casado, casado o en pareja), años de educación formal, tipo de residencia (entendida como urbana, en referencia a municipios, ciudades y áreas metropolitanas así reconocidas oficialmente, o rural en referencia al resto) y estado ocupacional (trabajando; retirado o discapacitado; labores domésticas/en trabajo no remunerado; desempleado).

4.4 Análisis de los datos

4.4.1. Características sociodemográficas y prevalencias globales de conducta suicida

Todos los datos fueron ponderados para tener en cuenta el diseño de la muestra y poder generalizar los resultados obtenidos a la población española. Se emplearon pesos normalizados, y se hicieron correcciones post-estratificadas para ajustar las estimaciones a la distribución poblacional dada por el censo nacional y a los casos de no-respuesta (475).

Se dividió la muestra en tres grupos de edad: 18 a 49 años, 50 a 64 y 65 ó más años. Los análisis de frecuencia y los estadísticos descriptivos se emplearon con el objetivo de describir las características sociodemográficas de la muestra.

Se calcularon estimaciones de prevalencia vital y en los últimos 12 meses de ideación, planificación e intento de suicidio. Los datos de prevalencia obtenidos en este estudio fueron comparados con los datos de prevalencia obtenidos en la muestra española del estudio ESEMeD llevado a cabo diez años antes. Con el objetivo de comparar la prevalencia de intentos suicidas en ambos estudios, a todos los participantes del estudio COURAGE que respondieron no haber tenido nunca ideación suicida se les registró como si tampoco hubieran tenido intentos de suicidio. En la muestra española del

estudio ESEMeD, se entrevistó a 5473 sujetos desde agosto de 2001 a julio de 2002, empleando la CIDI 3.0, con una tasa de respuesta del 78.6% (78).

Para los datos del estudio COURAGE, se calcularon también las prevalencias vitales de ideación suicida y depresión, acompañadas de los intervalos de confianza al 95% para la estimación puntual, de acuerdo a la Comunidad Autónoma de residencia. Se reportaron también los datos de suicidios consumados por cada 100000 habitantes de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (INE) (90).

4.4.2. Análisis de la relación entre prevalencias de conducta suicida y características sociodemográficas

Se utilizaron para ello tablas de contingencia, que son habitualmente empleadas para examinar la relación entre dos variables categóricas. Más concretamente, pueden ser utilizadas para comparar la proporción de casos o prevalencia de una condición entre las diferentes categorías de una variable de agrupación. El test de la chi-cuadrado permite contrastar la hipótesis de que ambas variables son independientes frente a la hipótesis alternativa de que una variable se distribuye de modo diferente para diversos niveles de la otra.

En este estudio, se emplearon tablas de contingencia para ilustrar las distribuciones de ideas e intentos de suicidio a lo largo de la vida para cada grupo de edad considerado en este estudio, agrupados según las características sociodemográficas. Las diferencias en la prevalencia en función de las características sociodemográficas, tanto para la muestra total como separada según los grupos de edad, fueron evaluadas usando la prueba estadística chi-cuadrado con corrección de segundo orden de Rao-Scott, la cual proporciona un mejor ajuste para un diseño muestral complejo (476). La corrección de Rao-Scott usa un estadístico que corrige la violación de los supuestos del muestreo aleatorio simple e incorpora el efecto del diseño muestral, obteniéndose con ella un error de tipo I más bajo y cercano al nivel de significación fijado que el obtenido con la prueba chi-cuadrado original de Pearson. Las estimaciones de prevalencia vital de planes para cometer intentos de suicidio en personas con ideas suicidas, y de intentos de suicidio en

personas con planes al respecto, fueron también calculadas, pero en este caso para la población global, dado que las estimaciones puntuales y los intervalos de confianza para cada grupo de edad podían haberse visto demasiado influenciados por el tamaño muestral. Los errores típicos se estimaron empleando el método de linearización basado en series de Taylor (477), el cual es robusto a las desviaciones de los supuestos y es adecuado para diseños muestrales complejos.

4.4.3. Análisis de las variables asociadas con ideación e intento de suicidio

En este caso se emplearon modelos de regresión logística, que permiten estudiar la relación entre una variable dicotómica y una o más variables independientes cuantitativas o cualitativas; la variable dependiente toma dos valores, 0 ó 1, que indican la ocurrencia (1) o no ocurrencia (0) de un determinado suceso.

El modelo de regresión logística puede escribirse como

$$\log\left(\frac{P}{1-P}\right) = b_0 + b_1x_1 + \dots + b_nx_n$$

donde P es la probabilidad (riesgo) de que ocurra el suceso de interés, x_i representa a la i -ésima variable dependiente del modelo y b_i representa al coeficiente asociado a la i -ésima variable dependiente, siendo b_0 el término constante.

La ecuación del modelo de regresión logística puede transformarse para que exprese directamente las probabilidades de ocurrencia del suceso estudiado. Así,

$$P = \frac{e^{b_0 + b_1x_1 + \dots + b_nx_n}}{1 + e^{b_0 + b_1x_1 + \dots + b_nx_n}}$$

La estimación del modelo de regresión logística se realiza mediante el método de máxima verosimilitud, el cual estima los parámetros b_i de la regresión que con mayor probabilidad pueden haber generado los valores de la

variable dependiente de la muestra. Se calcula una función de verosimilitud que indica cuál es la probabilidad de que para unos determinados parámetros b_i se hayan observado los valores muestrales. En un proceso iterativo, se van probando distintos valores de los parámetros b_i hasta que se encuentran los coeficientes que maximizan el logaritmo de la función de verosimilitud. Tales coeficientes serán los estimados para el modelo.

Una medida comúnmente utilizada en los modelos de regresión logística es la que se denomina odds ratio (OR; en castellano podría traducirse por "cociente de razones"), la cual expresa cuánto varía la razón de ocurrencia del suceso en función del cambio en las variables independientes; es decir, cuando la variable independiente en cuestión aumenta en una unidad, cuánto varía la razón de la categoría codificada como "1" en la variable dependiente. Si el OR asociado a una variable independiente es superior a 1, la variable independiente tiene un efecto positivo sobre la probabilidad de ocurrencia del suceso definido en la variable dependiente; mientras que si el OR es inferior a 1, la razón de ocurrencia del suceso disminuye cuando aumenta en una unidad la variable independiente en cuestión. Hay que tener en cuenta, a la hora de establecer comparaciones entre distintos valores OR, el rango de variación de las variables independientes: la variación en una unidad de una variable dicotómica es mucho más importante que la variación en una unidad de una variable continua como puede ser la edad. Por ello, es aconsejable testar mediante los contrastes de hipótesis pertinentes si efectivamente el coeficiente b_i , correspondiente a la i -ésima variable independiente del modelo, es significativamente distinto de 1. Una descripción más detallada de estos conceptos puede ser encontrada en manuales que son de referencia en el campo de la regresión logística (478, 479).

En el presente trabajo, se han usado modelos de regresión logística con el objeto de valorar las relaciones entre las variables sociodemográficas, ambientales y clínicas, con las ideas e intentos de suicidio. Se introdujeron las siguientes variables como independientes en cada modelo: género, estado civil actual, años de educación formal, tipo de residencia, estado ocupacional (no incluido en el modelo del grupo de 65 ó más años), consumo abusivo episódico de alcohol, multimorbilidad somática, estado de salud, problemas económicos

del hogar, apoyo social y soledad. La presencia de depresión o de ansiedad a lo largo de la vida, así como el efecto de padecer ambos trastornos, se midió incluyendo en el modelo una variable que comprendiera las siguientes cuatro categorías: ausencia a lo largo de la vida de depresión y ansiedad (valor de referencia), presencia a lo largo de la vida de ansiedad pero no de depresión, presencia a lo largo de la vida de depresión pero no de ansiedad, y presencia de ambas a lo largo de la vida.

En la regresión logística, cuando la variable dependiente tiene una prevalencia muy baja o muy alta, es posible que, para algunas combinaciones de predictores, todas las observaciones presenten el mismo estado. Un suceso similar se tiene cuando las covariables incluidas en el modelo predicen perfectamente la variable dependiente o resultado. Este fenómeno es conocido como "separación" (480), y podría conllevar algunos problemas al ajustar el modelo. A veces, uno de los indicadores de la presencia de este fenómeno es el valor extremadamente alto de los errores típicos; mientras otras veces es el propio programa estadístico empleado para realizar el análisis, el que puede mostrar un error o una advertencia cuando se intenta ajustar el modelo. Un método para sobrellevar este tipo de problema es el método de máxima verosimilitud penalizada, propuesto originalmente por Firth (481) y descrito posteriormente en profundidad por Heinze (482).

Toda vez que la suicidabilidad ha mostrado una baja prevalencia en España en estudios anteriores (41), para resolver un eventual problema de separación se empleó dicho método de máxima verosimilitud penalizada en los modelos de regresión logística realizados en la muestra total y en cada grupo de edad (18-49, 50-64 y 65 ó más años). Los análisis de los factores relacionados con intentos de suicidio a lo largo de la vida se realizaron sobre toda la muestra en vez de para cada grupo de edad, para evitar los problemas asociados con un pequeño tamaño de la muestra; para este último modelo, se tomó la edad como covariable. En un modo similar, se llevó a cabo un análisis de los factores relacionados con ideación suicida a lo largo de la vida en la submuestra de sujetos que habían presentado depresión alguna vez en su vida.

En todos los modelos de regresión logística llevados a cabo, se calcularon odds ratios (OR), intervalos de confianza (IC) al 95% y coeficientes pseudo- R^2 ajustados de McFadden (483). Este coeficiente indica la bondad de ajuste del modelo a los datos, y es una aproximación basada en una comparación entre la verosimilitud del modelo con todos los parámetros estimados y la verosimilitud del modelo incluyendo sólo el término constante, corregida por el número de variables independientes incluidas en el modelo. Valores del pseudo- R^2 ajustados entre 0.2 y 0.4 pueden ser considerados como adecuados para representar un buen ajuste del modelo. Este rango sería equivalente al intervalo [0.7, 0.9] correspondiente a una función lineal, en el caso de la regresión lineal múltiple (484).

4.4.4. Análisis de posibles cambios de tendencia en los porcentajes de primera idea, plan e intento de suicidio en el período 1990-2010

Dado que se preguntó a los participantes por su primera idea suicida, su primer plan de suicidio y su primer intento de suicidio, fue obtenido el porcentaje absoluto (por año) para cada una de estas variables. Se consideró el período 1990-2010 y los porcentajes estuvieron basados en la población de referencia para cada año (en este estudio fue considerada como población de referencia para cada año la población entrevistada en el COURAGE que era mayor de seis años en el año considerado).

Se empleó una metodología basada en series temporales interrumpidas (485) para encontrar el año del período considerado en el cual se producía un cambio significativo puntual (*step change*) o el año en que se producía un cambio de pendiente (*slope change*). Los datos fueron modelados de forma que existiese una línea de tendencia y una interrupción (año interrumpido) para cada año donde dicha interrupción pudiera representar una pendiente interrumpida o un intercepto interrumpido, de acuerdo a la pendiente e intercepto de los modelos considerados. Los años interrumpidos propuestos comprendían todos los años del período considerado, excluyendo los extremos del intervalo (es decir, en el período 1990-2010 fueron testados 19 posibles cambios o interrupciones en la tendencia, comenzando en 1991 y continuando

año por año hasta 2009). Para cada una de las tres variables consideradas (primera ideación suicida, primer plan de suicidio y primer intento de suicidio), un modelo lineal de efectos mixtos fue considerado para cada uno de los años en que se podía producir la interrupción, realizando la estimación de parámetros por medio del estimador de máxima verosimilitud y considerando la siguiente expresión:

$$y = \beta_0 + \beta_1 t + \beta_2 I + \beta_3 Z + \varepsilon_1 + \varepsilon_2 t + \varepsilon_3 I + \varepsilon_4 Z + \mu$$

donde

- y es la variable dependiente; respectivamente, los porcentajes absolutos de primera idea suicida, primer plan de suicidio y primer intento de suicidio.
- β_0 es el término constante representando el intercepto.
- $\beta_0, \beta_1, \beta_2$ y β_3 son los coeficientes asociados a los efectos fijos.
- t es la variable tiempo que toma valores en $[-10, 10]$, una vez centrados (considerando el punto intermedio) los años del período $[1990, 2010]$.
- I es una variable indicadora que toma dos posibles valores:

$$I = \begin{cases} 0, & \text{año} < \text{año interrumpido} \\ 1, & \text{año} \geq \text{año interrumpido} \end{cases}$$

Un coeficiente β_2 estadísticamente significativo representa un cambio puntual en la serie temporal en el año interrumpido considerado.

- Z es una variable que toma los valores

$$Z = \begin{cases} 0, & \text{año} < \text{año interrumpido} \\ (\text{año} - \text{año interrumpido}), & \text{año} \geq \text{año interrumpido} \end{cases}$$

Un coeficiente β_3 estadísticamente significativo representa un cambio en la pendiente de la serie temporal que comienza en el año interrumpido considerado, indicando posiblemente un cambio de tendencia.

- $\varepsilon_1, \varepsilon_2, \varepsilon_3$ y ε_4 representan los coeficientes de efectos aleatorios.
- Finalmente, μ es el término de error correspondiente al nivel del individuo, el cual sigue una distribución normal de media 0.

El modelo lineal de efectos mixtos descrito fue construido para cada indicador para cada posible año interrumpido. El año de interrupción óptimo correspondía al año interrumpido que presentaba mejor ajuste. La bondad de ajuste fue medida, para cada año, por medio del Criterio de Información Bayesiano (BIC, *Bayesian Information Criteria*) propuesto por Schwarz (486), el cual es asintóticamente consistente con amplios tamaños muestrales. Los criterios de información son medidas basadas en la entropía que permiten evaluar la bondad de ajuste de un modelo estadístico. Pueden ser aplicados a modelos con parámetros estimados mediante métodos basados en la estimación por máxima verosimilitud y su definición implica que valores menores son indicativos de un mejor ajuste del modelo. El modelo para el año óptimo fue utilizado para identificar si había una interrupción estadísticamente significativa en la tendencia.

Para las series temporales consideradas en cada una de las tres variables relacionadas con primera conducta suicida, fueron propuestos sendos ajustes lineal y cuadrático, empleando el coeficiente de determinación R^2 como medida de bondad de ajuste.

Para todos los análisis se empleó el paquete estadístico Stata en su versión 11.0 (487). La sintaxis empleada para ejecutar los comandos de Stata utilizados, se muestra en el Anexo 2.

5. RESULTADOS

En la sección española del proyecto COURAGE en Europa se entrevistó a un total de 4583 participantes, de los cuales 958 tenían entre 18 y 49 años, 1760 tenían entre 50 y 64 años, y 1865 tenían 65 años o más. Del total de la muestra, el 54.66% eran mujeres. La edad media de toda la muestra era de 59.71 años, con una desviación típica (DT) de 15.90.

Se hallaron diferencias significativas en las características sociodemográficas entre los diferentes grupos de edad, en lo referente al porcentaje de personas que estaban casadas o en pareja: así, éstas constituían el 54.18% del grupo de 18-49 años, el 70.34% del grupo de 50-64 años y el 54.69% del grupo de 65 ó más años ($\chi^2 (2) = 113.76, p < 0.001, V$ de Cramer = 0.16). También se apreciaron diferencias significativas en los años de educación formal: la media de edad y desviación típica fueron 14.51 ± 5.25 años en el grupo de 18-49 años, 11.66 ± 5.77 años en el grupo de 50-64 años, y 8.12 ± 6.02 en el grupo de 65 ó más años ($F (2, 4554) = 415.90, p < 0.001$, con un amplio tamaño del efecto (f de Cohen = 0.43)).

De dicha muestra, un total de 55 participantes refirieron intentos de suicidio; con la intención de comparar los resultados obtenidos al respecto entre el proyecto COURAGE en Europa y el estudio ESEMeD, siete de dichos sujetos, que respondieron no haber tenido nunca ideas de suicidio, se registraron como que no habían presentado tampoco intentos suicidas. La prevalencia a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses de ideas, planes e intentos de suicidio en los dos estudios, se expone en la Tabla 2 para el conjunto de la muestra, así como para cada grupo de edad.

Tabla 2: Estimaciones de prevalencia (estimación puntual e IC al 95%) a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses de ideación, planes e intentos de suicidio en España. Se comparan los resultados de los estudios COURAGE y ESEMeD por grupos de edad (18-49, 50-64 y 65 ó más años).

COURAGE (2011-2012)	Total (n = 4583)	18-49 años (n = 958)	50-64 años (n = 1760)	65 ó más años (n = 1865)	χ^2 Rao- Scott
Ideación suicida					
A lo largo de la vida	3.67 (2.83, 4.51)	4.14 (2.81, 5.47)	4.19 (3.20, 5.18)	1.81 (1.19, 2.43)	12.2 ($p = 0.002$)
Últimos 12 meses	0.89 (0.50, 1.28)	0.95 (0.35, 1.56)	1.09 (0.57, 1.60)	0.54 (0.15, 0.93)	1.80 ($p = 0.41$)
Planes suicidas					
A lo largo de la vida	1.92 (1.26, 2.59)	2.42 (1.36, 3.48)	1.85 (1.13, 2.56)	0.51 (0.19, 0.84)	15.31 ($p < 0.001$)
Últimos 12 meses	0.44 (0.13, 0.75)	0.51 (0.03, 0.99)	0.59 (0.12, 1.07)	0.10 (-0.04, 0.24)	3.15 ($p = 0.21$)
Intentos suicidas					
A lo largo de la vida	1.46 (0.87, 2.06)	1.82 (0.88, 2.76)	1.45 (0.79, 2.12)	0.41 (0.13, 0.70)	10.26 ($p = 0.006$)
ESEMeD (2001-2002)	Total (n = 5473)	18-49 años (n = 2998)	50-64 años (n = 1024)	65 ó más años (n = 1451)	χ^2 Rao- Scott
Ideación suicida					
A lo largo de la vida	4.35 (3.65, 5.05)	4.89 (4.13, 5.66)	4.58 (2.93, 6.22)	2.56 (1.67, 3.46)	11.38 ($p = 0.003$)
Últimos 12 meses	0.69 (0.43, 0.96)	0.78 (0.39, 1.17)	0.84 (0.23, 1.46)	0.29 (0.01, 0.68)	2.32 ($p = 0.31$)
Planes suicidas					
A lo largo de la vida	1.44 (1.01, 1.88)	1.71 (1.06, 2.36)	1.57 (0.76, 2.39)	0.55 (0.22, 0.89)	8.34 ($p = 0.016$)
Últimos 12 meses	0.19 (0.06, 0.33)	0.19 (0.02, 0.37)	0.41 (0.05, 0.77)	--	--
Intentos suicidas					
A lo largo de la vida	1.48 (1.09, 1.86)	1.73 (1.22, 2.25)	1.75 (0.83, 2.66)	0.47 (0.16, 0.77)	11.66 ($p = 0.003$)

Nota: La prevalencia en los últimos 12 meses de los intentos de suicidio no se incluye por el pequeño número de casos. Con el objeto de comparar las prevalencias halladas en el estudio COURAGE y el ESEMeD, los participantes del COURAGE que refirieron no haber tenido nunca ideas suicidas se registraron como si tampoco hubieran tenido intentos de suicidio.

Para el conjunto de la muestra, la prevalencia vital de ideación suicida fue del 3.67% [IC 95% = (2.83, 4.51)], mientras que la prevalencia en los últimos 12 meses fue del 0.89% [IC 95% = (0.50, 1.28)]. En lo referente a los planes de suicidio, la prevalencia vital fue de 1.92% [IC 95% = (1.26, 2.59)], siendo la de los últimos 12 meses de 0.44% [IC 95% = (0.13, 0.75)]. Por último, los intentos de suicidio mostraban una prevalencia vital del 1.46% [IC 95% = (0.87, 2.06)]. No se ha llegado a mostrar la prevalencia estimada de intentos de suicidio en los 12 meses previos al estudio debido al pequeño número de sujetos que implicaba (sólo cuatro, 0.09% de toda la muestra).

Observando los diferentes grupos de edad, se encontraron diferencias significativas en las estimaciones de prevalencia de ideas, planes e intentos de suicidio a lo largo de la vida, con presencia de menores porcentajes en la población de mayor edad. En la Tabla 2 también se muestra la prevalencia hallada en la muestra española del estudio ESEMeD. Así, la prevalencia vital de ideas de suicidio era en dicho estudio del 4.35% [IC 95% = (3.65, 5.05)], mientras que la correspondiente a los últimos 12 meses era del 0.69% [IC 95% = (0.43, 0.96)]. También se obtuvieron diferencias significativas en la prevalencia vital de ideas, planes e intentos de suicidio, de nuevo con las cifras más bajas en la población de mayor edad. Las estimaciones de las prevalencias de ideas, planes e intentos suicidas eran similares en el proyecto COURAGE en Europa (realizado en 2011-2012) y el ESEMeD (llevado a cabo entre 2001 y 2002), sin que se detectaran diferencias significativas entre ellos, como refleja en cada caso la intersección de los intervalos de confianza correspondientes a ambos estudios.

En la muestra española del proyecto COURAGE, la prevalencia vital de intentos de suicidio en las personas que habían presentado en algún momento ideas de suicidio fue del 39.90% [IC 95% = (27.92, 51.89)], y del 76.10% [IC 95% = 61.39, 90.82]] en quienes alguna vez habían presentado planes al respecto; por su parte, la prevalencia vital de planes de suicidio en personas con ideación suicida fue del 52.43% [IC 95% = 40.75, 64.12]].

La mediana de edad tanto para la aparición de las ideas de suicidio como para la realización del primer intento fue de 40 años en ambos estudios.

La edad media de aparición de ideación suicida fue de 38.43 años, mientras que la correspondiente al primer intento de suicidio fue de 36.70 años, con una amplia variabilidad en ambos casos (DT = 15.44 y DT = 15.89, respectivamente). Por último, la media de edad para el primer intento de suicidio en personas con ideación previa fue de 36.83 años (DT = 15.37). En el grupo de personas que habían intentado suicidarse al menos una vez en la vida, el 79.07% realizó el primer intento de suicidio dentro del primer año después de la aparición de ideas suicidas.

Las estimaciones de prevalencia vital de ideación suicida en el proyecto COURAGE son analizadas por género, estado civil, entorno de residencia y estado ocupacional, y se muestran en la Tabla 3 para la muestra total y para cada uno de los grupos de edad considerados. Considerando la muestra total, la prevalencia fue más alta en las mujeres [4.62%; IC 95% = (3.34, 5.89)], en las personas que no estaban casadas o en pareja [5.44%; IC 95% = (3.80, 7.09)], en jubilados o discapacitados [5.89%; IC 95% = (3.94, 7.84)] y en personas en situación de desempleo [6.05%; IC 95% = (3.35, 8.76)]. Estas tendencias se mantuvieron en cada uno de los grupos de edad considerados, siendo las diferencias respecto al género significativas en la población de mayor edad, mientras que en la población menor de 65 años de edad las diferencias llegaban a ser significativas en el caso del estado civil y del estado ocupacional.

Tabla 3: Estimaciones de prevalencia (estimación puntual e IC al 95%) de ideas de suicidio a lo largo de la vida por características sociodemográficas y grupos de edad.

	Total (n=4583)	18-49 años (n=958)	50-64 años (n=1760)	65 ó más años (n=1865)
Género				
<i>Varones</i>	2.70 (1.60, 3.79)	2.99 (1.32, 4.66)	3.47 (2.14, 4.80)	0.97 (0.31, 1.64)
<i>Mujeres</i>	4.62 (3.34, 5.89)	5.35 (3.27, 7.44)	4.85 (3.39, 6.30)	2.49 (1.50, 3.47)
χ^2 Rao-Scott	4.76 ($p=0.029$)	2.92 ($p=0.09$)	1.84 ($p=0.18$)	5.88 ($p=0.015$)
Estado civil actual				
<i>Sin pareja</i>	5.44 (3.80, 7.09)	6.24 (3.81, 8.67)	6.75 (4.42, 9.08)	2.29 (1.22, 3.36)
<i>Casado o en pareja</i>	2.31 (1.53, 3.08)	2.29 (1.02, 3.55)	3.15 (2.13, 4.17)	1.40 (0.69, 2.10)
χ^2 Rao-Scott	14.65 ($p<0.001$)	9.23 ($p=0.002$)	10.38 ($p=0.001$)	2.04 ($p=0.15$)
Zona residencial				
<i>Rural</i>	3.66 (1.59, 5.73)	4.04 (0.67, 7.41)	3.81 (1.44, 6.19)	2.50 (0.58, 4.41)
<i>Urbana</i>	3.67 (2.75, 4.59)	4.16 (2.71, 5.60)	4.26 (3.17, 5.35)	1.67 (1.03, 2.32)
χ^2 Rao-Scott	0.01 ($p=0.98$)	0.01 ($p=0.95$)	0.11 ($p=0.74$)	0.85 ($p=0.36$)
Ocupación				
<i>Trabajando</i>	2.34 (1.18, 3.51)	2.36 (0.93, 3.78)	2.30 (1.24, 3.37)	-
<i>Jubilado/discapacitado</i>	5.89 (3.94, 7.84)	25.73 (10.36, 41.10)	10.16 (6.73, 13.60)	-
<i>Tareas domésticas/trabajo no remunerado</i>	3.00 (0.99, 5.00)	4.69 (-1.77, 11.14)	2.82 (1.02, 4.62)	-
<i>Desempleado</i>	6.05 (3.35, 8.76)	6.73 (3.43, 10.04)	3.17 (1.29, 5.05)	-
χ^2 Rao-Scott	14.55 ($p=0.002$)	37.02 ($p<0.001$)	42.57 ($p<0.001$)	-

En la Tabla 4 se expone un análisis similar para los intentos de suicidio a lo largo de la vida. Entre las personas de 18 a 49 años, se encontró una prevalencia significativamente mayor de intentos de suicidio en quienes no estaban casados o en pareja (3.02% en sujetos que no estaban casados o en pareja frente a un 0.76% en el grupo de los que sí lo estaban; $\chi^2(1) = 6.41$, $p = 0.012$). Diferencias relativas al estado ocupacional se hallaron también en el grupo de 18-49 años (con mayor prevalencia en los jubilados/discapacitados y en las personas desempleadas; siendo estas prevalencias 13.20% y 2.68%, respectivamente, frente al 1.18% registrado en la población que estaba trabajando) y en el grupo de 50-64 años, donde la mayor prevalencia se registraba para las personas jubiladas o que no podían trabajar debido a su estado de salud [4.38%; IC 95% = (1.75, 7.00)]. Por último, la prevalencia de intentos de suicidio en personas que habían presentado ideación suicida a lo largo de su vida se reveló mayor en los varones [46.14%; IC 95% = (25.11, 67.17)], en las personas que no estaban casadas o en pareja [45.13%; IC 95% = (29.24, 61.02)] y en los sujetos que residían en zonas urbanas [42.83%; IC 95% = (29.65, 56.01)]; en este caso, la menor prevalencia se halló en quienes realizaban tareas domésticas o desempeñaban algún trabajo no remunerado [16.85%; IC 95% = (1.24, 32.47)].

En relación a los datos del estudio ESEMeD, se hallaron diferencias significativas en la prevalencia de ideas de suicidio a lo largo de la vida para el conjunto de la población en relación con el género (5.23% en mujeres frente al 3.39% en varones; $p < 0.001$) y con el estado civil (5.24% en personas que no estaban casadas o en pareja, frente al 3.88% de quienes sí lo estaban; $p = 0.034$), lo que revela resultados similares a los del estudio COURAGE. También se encontraron diferencias significativas en relación con el estado civil en la prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida (1.95% en los sujetos que no estaban casados o en pareja frente al 1.23% de quienes sí lo estaban; $p = 0.047$).

Por otra parte, en la muestra del ESEMeD se hallaron diferencias significativas en la prevalencia de ideas e intentos de suicidio a lo largo de la vida en relación con la zona residencial, con mayores prevalencias para quienes vivían en zonas urbanas: en el caso de la ideación suicida durante la

vida, la prevalencia era del 4.97% en las zonas urbanas frente al 2.56% de las rurales ($p < 0.001$); para los intentos de suicidio, se observó una prevalencia del 1.78% en las residencias urbanas frente al 0.59% de las rurales ($p = 0.014$).

Tabla 4: Estimaciones de prevalencia (estimación puntual e IC al 95%) de intentos de suicidio a lo largo de la vida por características sociodemográficas y grupos de edad.

	Intentos de suicidio a lo largo de la vida en toda la muestra				Intentos en personas con ideas suicidas durante la vida (n=161)
	Total (n=4583)	18-49 años (n=958)	50-64 años (n=1760)	65 ó más años (n=1865)	
Género					
<i>Varones</i>	1.24 (0.41, 2.07)	1.58 (0.30, 2.86)	1.17 (0.34, 2.01)	0.18 (-0.09, 0.44)	46.14 (25.11, 67.17)
<i>Mujeres</i>	1.68 (0.83, 2.52)	2.08 (0.69, 3.47)	1.71 (0.68, 2.73)	0.61 (0.13, 1.08)	36.35 (22.10, 50.61)
χ^2 Rao-Scott	0.50 ($p=0.48$)	0.26 ($p=0.61$)	0.64 ($p=0.43$)	2.29 ($p=0.13$)	0.59 ($p=0.44$)
Estado civil actual					
<i>Sin pareja</i>	2.46 (1.24, 3.68)	3.02 (1.21, 4.84)	2.45 (0.95, 3.46)	0.74 (0.16, 1.32)	45.13 (29.24, 61.02)
<i>Casado o en pareja</i>	0.70 (0.24, 1.17)	0.76 (0.01, 1.51)	1.05 (0.33, 1.76)	0.13 (-0.07, 0.33)	30.46 (14.03, 46.90)
χ^2 Rao-Scott	10.06 ($p=0.002$)	6.41 ($p=0.012$)	3.53 ($p=0.06$)	5.06 ($p=0.025$)	1.55 ($p=0.21$)
Zona residencial					
<i>Rural</i>	0.86 (-0.02, 1.75)	1.01 (-0.42, 2.45)	0.71 (-0.28, 1.70)	0.59 (-0.25, 1.43)	23.58 (1.16, 46.00)
<i>Urbana</i>	1.57 (0.89, 2.25)	1.96 (0.88, 3.03)	1.60 (0.82, 2.37)	0.38 (0.08, 0.68)	42.83 (29.65, 56.01)
χ^2 Rao-Scott	1.16 ($p=0.28$)	0.75 ($p=0.39$)	1.23 ($p=0.27$)	0.30 ($p=0.58$)	1.75 ($p=0.19$)
Ocupación					
<i>Trabajando</i>	1.06 (0.12, 2.00)	1.18 (0.01, 2.34)	0.61 (0.01, 1.21)	-	45.16 (18.95, 71.37)
<i>Jubilado/discapacitado</i>	2.54 (1.19, 3.89)	13.20 (2.01, 24.39)	4.38 (1.75, 7.00)	-	43.15 (25.76, 60.55)
<i>Tareas domésticas/trabajo no remunerado</i>	0.50 (0.12, 0.89)	n.d.	1.23 (0.01, 2.46)	-	16.85 (1.24, 32.47)
<i>Desempleado</i>	2.24 (0.46, 4.02)	2.68 (0.49, 4.88)	0.32 (-0.31, 0.95)	-	37.00 (13.99, 60.02)
χ^2 Rao-Scott	7.11 ($p=0.08$)	21.27 ($p<0.001$)	25.68 ($p<0.001$)	-	2.28 ($p=0.52$)

Nota: n.d. = Estimación no disponible porque no se informaron intentos de suicidio en este grupo. Con el objeto de comparar las prevalencias halladas en el estudio COURAGE y el ESEMeD, los participantes del COURAGE que refirieron no haber tenido nunca ideas suicidas se registraron como si tampoco hubieran tenido intentos de suicidio.

Volviendo a los datos del estudio COURAGE, las prevalencias vitales de ideación suicida y depresión en la muestra total se exponen en la Tabla 5 para cada Comunidad Autónoma, en paralelo a las tasas de defunción por suicidio en los años que englobó el estudio COURAGE (2011-2012). En lo que respecta a las Comunidades Autónomas más pobladas, se puede observar una prevalencia vital de ideación suicida en la Comunidad de Madrid bastante baja [1.14%, IC 95% = (0.07, 2.22)], en comparación con las cifras de otras regiones altamente pobladas como Andalucía [4.31%, IC 95% = (1.84, 6.78)], Cataluña [4.26%, IC 95% = (1.99, 6.54)] y Comunidad Valenciana [3.51%, IC 95% = (1.15, 5.87)]. La prevalencia vital de depresión mostró una gran variabilidad entre Comunidades Autónomas, oscilando entre el 6.93% [IC 95% = (2.85, 11.01)] de Navarra y el 27.27% [IC 95% = (18.98, 35.56)] de Asturias. En cuanto a los suicidios consumados en 2011 y 2012, las mayores ratios por cada 100000 habitantes se encontraron en Galicia y Asturias, hallándose las ratios más bajas en la Comunidad de Madrid (2.16 y 1.48 suicidios consumados por cada 100000 habitantes en 2011 y 2012, respectivamente).

Los factores asociados con la ideación e intentos suicidas a lo largo de la vida fueron analizados para la muestra total y para cada grupo de edad. El análisis realizado para la ideación suicida en la muestra total se puede observar en la Tabla 6. La edad estuvo inversamente relacionada con la presencia de ideación suicida [OR = 0.95; IC 95% = (0.94, 0.97), $p < 0.001$]. Un peor estado de salud [OR = 0.74; IC 95% = (0.60, 0.91), $p = 0.005$], una mayor percepción de soledad [OR = 1.08; IC 95% = (1.02, 1.15), $p = 0.007$] y el estar discapacitado o jubilado [OR = 2.23; IC 95% = (1.30, 3.85), $p = 0.004$], estuvieron también relacionados. La existencia a lo largo de la vida de trastornos de ansiedad [OR = 5.11; IC 95% = (1.25, 20.93), $p < 0.001$], trastornos depresivos [OR = 7.64; IC 95% = (4.74, 12.32), $p < 0.001$] o la combinación de ambos [OR = 24.01; IC 95% = (12.99, 44.39), $p < 0.001$], estuvieron ampliamente relacionados con la presencia de ideación suicida a lo largo de la vida.

Tabla 5: Prevalencia vital de ideación suicida y depresión, y ratio de suicidios consumados por cada 100000 habitantes en 2011 y 2012. Datos por Comunidad Autónoma.

Comunidad Autónoma	n	Prevalencia vital (IC 95%)		Suicidios consumados/100000 hab.	
		Ideación suicida	Depresión	2011	2012
Andalucía	821	4.31 (1.84, 6.78)	17.99 (14.34, 21.65)	7.78	9.30
Aragón	151	2.06 (0.05, 4.07)	17.07 (9.31, 24.83)	6.62	7.40
Asturias	160	3.69 (1.47, 5.91)	27.27 (18.98, 35.56)	11.16	12.36
Islas Baleares	134	11.13 (1.81, 20.46)	16.93 (7.36, 26.50)	7.90	8.11
Islas Canarias	175	7.17 (1.33, 13.01)	22.07 (13.80, 30.33)	6.82	8.98
Cantabria	97	0.29 (-0.30, 0.88)	17.53 (8.03, 27.03)	6.24	6.10
Castilla y León	237	4.53 (0.13, 8.93)	19.07 (12.25, 25.88)	7.16	7.94
Castilla - La Mancha	198	3.10 (-0.47, 6.67)	11.04 (6.33, 15.76)	6.88	7.78
Cataluña	602	4.26 (1.99, 6.54)	23.09 (18.22, 27.96)	6.36	7.03
Comunidad Valenciana	509	3.51 (1.15, 5.87)	22.13 (16.94, 27.33)	6.63	8.14
Extremadura	133	7.80 (0.29, 15.32)	24.31 (14.27, 34.35)	6.34	6.90
Galicia	190	5.28 (1.47, 9.09)	23.96 (16.13, 31.79)	11.03	12.02
Comunidad de Madrid	601	1.14 (0.07, 2.22)	15.78 (11.08, 20.49)	2.16	1.48
Región de Murcia	150	0.45 (-0.24, 1.14)	24.13 (13.85, 34.41)	7.93	7.25
Navarra	99	-	6.93 (2.85, 11.01)	7.97	7.51
País Vasco	237	0.88 (-0.58, 2.34)	15.25 (7.63, 22.87)	7.87	8.27
La Rioja	89	3.25 (0.01, 6.48)	19.35 (7.62, 31.07)	7.16	9.41

Nota: No se registraron observaciones de ideación suicida entre los 99 sujetos participantes de Navarra. En Ceuta, la tasa de suicidios consumados por cada 100000 habitantes fue 1.20 en 2011 y 3.55 en 2012; en Melilla estos valores fueron 6.15 y 7.17, respectivamente.

Tabla 6: Modelo de regresión logística para examinar variables relacionadas con ideación suicida a lo largo de la vida en la muestra total.

Variables	OR (IC 95%)	p
Género (Ref. Varón)	1.16 (0.77, 1.74)	0.47
Edad	0.95 (0.94, 0.97)	<0.001
Casado o en pareja (Ref. Sí)	1.10 (0.76, 1.60)	0.60
Años de educación	1.01 (0.98, 1.04)	0.42
Entorno de residencia (Ref. Urbana)	1.05 (0.64, 1.73)	0.84
Salud ^a	0.74 (0.60, 0.91)	0.005
Soledad ^a	1.08 (1.02, 1.15)	0.007
Apoyo social ^a	0.96 (0.87, 1.05)	0.38
Multimorbilidad física (Ref. No)	0.99 (0.63, 1.54)	0.95
Abuso de alcohol (Ref. No)	1.46 (0.61, 3.52)	0.40
Ocupación (Ref. Trabajando)		
<i>Discapacitado/Retirado</i>	2.23 (1.30, 3.85)	0.004
<i>Tareas domésticas/No remunerado</i>	1.16 (0.62, 2.17)	0.65
<i>Desempleado</i>	1.46 (0.83, 2.55)	0.19
Problemas financieros (Ref. No)	1.44 (0.95, 2.18)	0.08
Depresión/ansiedad a lo largo de la vida (Ref. Ninguna de ellas)		
<i>Sólo ansiedad</i>	5.11 (1.25, 20.93)	0.023
<i>Sólo depresión</i>	7.64 (4.74, 12.32)	<0.001
<i>Depresión y ansiedad</i>	24.01 (12.99, 44.39)	<0.001

Nota: Pseudo- R^2 ajustado de McFadden: 0.26; ^a Las Odds-ratios (OR) correspondientes a las variables continuas *salud*, *soledad* y *apoyo social*, que fueron medidas en una escala de 0 a 100, son dadas en esta tabla en incrementos de 10 puntos. **En negrita**, OR significativas a un nivel de confianza del 95%.

En la Tabla 7, se muestran los factores asociados con ideas de suicidio a lo largo de la vida en cada uno de los grupos de edad considerados. Entre los más jóvenes, los factores asociados con ideas de suicidio fueron no estar casado o en pareja [OR = 2.27; IC 95% = (1.02, 5.05), $p = 0.044$], el consumo abusivo de alcohol [OR = 3.26; IC 95% = (1.06, 10.06), $p = 0.039$], y el estar jubilado/discapacitado [OR = 3.46; IC 95% = (1.02, 11.73), $p = 0.046$] o en desempleo [OR = 2.40; IC 95% = (1.03, 5.60), $p = 0.048$]. En el grupo de mediana edad, una mayor soledad percibida estuvo asociada con la presencia de ideación suicida [OR = 1.18; IC 95% = (1.08, 1.28), $p < 0.001$], mientras que en las personas de mayor edad se apreciaba una tendencia a la asociación entre la existencia de problemas financieros en el núcleo familiar y las ideas de suicidio a lo largo de la vida [OR = 2.19; IC 95% = (0.96, 4.99), $p = 0.06$]. En todos los grupos de edad, el efecto más significativo sobre la presencia de ideación suicida a lo largo de la vida correspondía a la existencia de trastornos mentales. Las OR asociadas a la comorbilidad entre depresión y ansiedad fueron 28.20 [IC 95% = (8.93, 88.99)], 21.44 [IC 95% = (8.50, 54.07)] y 20.09 [IC 95% = (5.28, 76.40)], para los grupos de edad de 18-49, 50-64 y 65 ó más años, respectivamente.

Tabla 7: Modelo de regresión logística para examinar variables relacionadas con ideación suicida a lo largo de la vida, por grupos de edad.

Variables	18-49 años		50-64 años		65 ó más años	
	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)	<i>p</i>
Género (Ref. Varón)	1.73 (0.75, 3.98)	0.20	1.10 (0.62, 1.95)	0.75	1.03 (0.45, 2.36)	0.94
Casado o en pareja (Ref. Sí)	2.27 (1.02, 5.05)	0.044	0.96 (0.56, 1.67)	0.90	0.96 (0.46, 1.98)	0.91
Años de educación	1.03 (0.96, 1.10)	0.47	1.00 (0.95, 1.05)	0.87	1.03 (0.99, 1.08)	0.13
Entorno de residencia (Ref. Urbano)	0.98 (0.35, 2.74)	0.96	0.76 (0.36, 1.63)	0.48	1.50 (0.64, 3.48)	0.35
Salud ^a	0.75 (0.50, 1.13)	0.17	0.77 (0.57, 1.05)	0.09	0.81 (0.54, 3.48)	0.35
Soledad ^a	0.96 (0.84, 1.10)	0.53	1.18 (1.08, 1.28)	<0.001	1.04 (0.93, 1.16)	0.51
Apoyo social ^a	0.89 (0.72, 1.10)	0.29	0.92 (0.80, 1.05)	0.22	0.99 (0.82, 1.18)	0.87
Multimorbilidad física (Ref. No)	1.26 (0.24, 6.66)	0.79	1.15 (0.65, 2.01)	0.64	0.59 (0.28, 1.26)	0.17
Abuso de alcohol (Ref. No)	3.26 (1.06, 10.06)	0.039	0.79 (0.16, 3.90)	0.77	1.22 (0.07, 22.59)	0.89
Ocupación (Ref. Trabajando)						
<i>Discapacitado/retirado</i>	3.46 (1.02, 11.73)	0.046	1.62 (0.83, 3.16)	0.16	-	-
<i>Tareas domésticas/no remunerado</i>	0.99 (0.22, 4.51)	0.98	0.67 (0.28, 1.59)	0.37	-	-
<i>Desempleado</i>	2.40 (1.03, 5.60)	0.048	0.82 (0.37, 1.81)	0.63	-	-
Problemas financieros (Ref. No)	1.59 (0.69, 3.68)	0.28	1.03 (0.56, 1.93)	0.92	2.19 (0.96, 4.99)	0.06
Depresión/ansiedad durante la vida (Ref. Ninguna de ellas)						
<i>Sólo ansiedad</i>	3.40 (0.49, 23.44)	0.22	4.14 (0.21, 79.99)	0.35	33.00 (4.40, 247.26)	<0.001
<i>Sólo depresión</i>	5.98 (2.33, 15.34)	<0.001	6.99 (3.41, 14.35)	<0.001	8.80 (3.57, 21.67)	<0.001
<i>Depresión y ansiedad</i>	28.20 (8.93, 88.99)	<0.001	21.44 (8.50, 54.07)	<0.001	20.09 (5.28, 76.40)	<0.001

Nota: Pseudo- R^2 ajustado de McFadden: 18-49 años = 0.26; 50-64 años = 0.27; 65 ó más años = 0.15.

^a Las Odds-ratios (OR) correspondientes a las variables continuas *salud*, *soledad* y *apoyo social*, que fueron medidas en una escala de 0 a 100, son dadas en esta tabla en incrementos de 10 puntos. **En negrita**, OR significativas a un nivel de confianza del 95%.

En la Tabla 8 se presenta el resultado de un análisis similar realizado considerando como variable dependiente la presencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida. En este caso, debido al bajo número de intentos de suicidio en la muestra, el análisis se realizó de forma conjunta y no por separado para cada grupo de edad. Se encontró que la edad se mostraba inversamente proporcional a la presencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida [OR = 0.93, IC 95% = (0.91, 0.96); $p < 0.001$]. Un peor estado de salud [OR = 0.68, IC 95% = (0.48, 0.97), $p = 0.032$] y la existencia a lo largo de la vida de trastornos depresivos [OR = 9.06, IC 95% = (3.78, 21.70), $p < 0.001$] o de la combinación de éstos con trastornos de ansiedad [OR = 25.34, IC 95% = (9.16, 70.10), $p < 0.001$] se asociaron significativamente con la existencia de intentos de suicidio.

Tabla 8: Modelo de regresión logística para examinar variables relacionadas con intentos de suicidio a lo largo de la vida, considerando la muestra total.

Variables	OR (IC 95%)	p
Género (Ref. Varón)	0.95 (0.50, 1.81)	0.87
Edad	0.93 (0.91, 0.96)	<0.001
Casado o en pareja (Ref. Sí)	1.68 (0.93, 3.07)	0.09
Años de educación formal	0.99 (0.94, 1.05)	0.77
Área residencial (Ref. Urbana)	0.79 (0.33, 1.88)	0.59
Salud ^a	0.68 (0.48, 0.97)	0.032
Soledad ^a	1.04 (0.95, 1.13)	0.45
Apoyo social ^a	1.00 (0.85, 1.16)	0.95
Multimorbilidad física (Ref. No)	1.79 (0.86, 3.71)	0.12
Consumo abusivo de alcohol (Ref. No)	0.71 (0.13, 3.94)	0.69
Ocupación (Ref. Trabajando)		
<i>Discapacitado/jubilado</i>	1.87 (0.78, 4.47)	0.16
<i>Tareas domésticas/no remuneradas</i>	1.15 (0.40, 3.32)	0.79
<i>Desempleado</i>	1.35 (0.55, 3.32)	0.51
Problemas financieros (Ref. No)	1.27 (0.67, 2.43)	0.46
Depresión/ansiedad a lo largo de la vida (Ref. Ninguna de ellas)		
<i>Sólo ansiedad</i>	3.85 (0.21, 71.32)	0.37
<i>Sólo depresión</i>	9.06 (3.78, 21.70)	<0.001
<i>Depresión y ansiedad</i>	25.34 (9.16, 70.10)	<0.001

Nota: Pseudo- R^2 ajustado de McFadden ajustada para el modelo = 0.24; ^a Las OR correspondientes a las variables continuas *salud*, *soledad* y *apoyo social*, que se midieron en una escala de 0 a 100, son dadas en esta tabla en incrementos de 10 puntos. **En negrita**, OR significativas a un nivel de confianza del 95%.

Posteriormente, se analizaron los factores relacionados con ideación suicida a lo largo de la vida en el grupo de sujetos que había presentado alguna vez en su vida depresión. Los resultados se muestran en la Tabla 9. La edad estuvo inversamente relacionada con la presencia de ideación suicida [OR = 0.95; IC 95% = (0.93, 0.96), $p < 0.001$], mientras que también resultaron estar relacionados con dicha presencia un peor estado de salud [OR = 0.78; IC 95% = (0.61, 0.98), $p = 0.036$], una mayor soledad percibida [OR = 1.10; IC 95% = (1.03, 1.17), $p = 0.002$] y el estar discapacitado o jubilado [OR = 2.59; IC 95% = (1.42, 4.71), $p = 0.002$]. La existencia de problemas financieros en el núcleo familiar estuvo marginalmente relacionada con la presencia de ideas suicidas a lo largo de la vida en sujetos que alguna vez habían presentado depresión [OR = 1.54; IC 95% = (0.98, 2.43), $p = 0.060$].

Tabla 9: Modelo de regresión logística para examinar variables relacionadas con ideación suicida a lo largo de la vida, en sujetos que presentaron depresión alguna vez en su vida. Muestra total.

Variables	OR (IC 95%)	p
Género (Ref. Varón)	1.25 (0.79, 2.00)	0.33
Edad	0.95 (0.93, 0.96)	<0.001
Casado o en pareja (Ref. Sí)	1.01 (0.66, 1.53)	0.97
Años de educación	1.01 (0.97, 1.05)	0.73
Entorno de residencia (Ref. Urbana)	1.13 (0.66, 1.94)	0.65
Salud ^a	0.78 (0.61, 0.98)	0.036
Soledad ^a	1.10 (1.03, 1.17)	0.002
Apoyo social ^a	0.97 (0.88, 1.08)	0.60
Multimorbilidad física (Ref. No)	0.85 (0.52, 1.38)	0.51
Abuso de alcohol (Ref. No)	0.82 (0.23, 2.95)	0.76
Ocupación (Ref. Trabajando)		
<i>Discapacitado/Retirado</i>	2.59 (1.42, 4.71)	0.002
<i>Tareas domésticas/No remunerado</i>	1.16 (0.58, 2.31)	0.67
<i>Desempleado</i>	0.88 (0.44, 1.75)	0.71
Problemas financieros (Ref. No)	1.54 (0.98, 2.43)	0.06

Nota: Pseudo- R^2 ajustado de McFadden: 0.10; ^a Las Odds-ratios (OR) correspondientes a las variables continuas *salud*, *soledad* y *apoyo social*, que fueron medidas en una escala de 0 a 100, son dadas en esta tabla en incrementos de 10 puntos. **En negrita**, OR significativas a un nivel de confianza del 95%.

En la Tabla 10, se presentan los coeficientes asociados a cambio puntual y cambio de tendencia correspondientes a los modelos lineales de efectos mixtos llevados a cabo para los porcentajes absolutos de primera idea suicida. En el período 1990-2010, se puede apreciar que el menor valor BIC está asociado al año 2001. La pendiente interrumpida presentó un coeficiente positivo y estadísticamente significativo ($p = 0.001$), indicando un cambio de tendencia en la serie temporal en ese año. Sin embargo, no hay que perder de vista la escasa diferencia en el valor BIC entre el modelo correspondiente a 2001 y el modelo correspondiente a 2004, donde se observó un intercepto interrumpido estadísticamente significativo ($p = 0.020$), el cual era también positivo e indicaría un cambio significativo puntual en la serie temporal en el año 2004. En la Figura 4, se pueden observar los porcentajes absolutos correspondientes a primera idea suicida en el período de tiempo considerado. En este caso, el ajuste cuadrático se comportó bastante mejor ($R^2 = 0.47$) que el ajuste lineal ($R^2 = 0.18$).

Tabla 10: Modelo lineal de efectos mixtos para los porcentajes absolutos de primera ideación suicida, en cada uno de los años del período 1990-2010.

Año interrumpido	Cambio puntual		Cambio de tendencia		BIC
	β_2 (e.t.)	p	β_3 (e.t.)	p	
1991	-0.08 (0.04)	0.08	-	-	-
1992	-0.08 (0.08)	0.32	0.01 (0.05)	0.90	-65.02
1993	0.09 (0.06)	0.14	0.06 (0.03)	0.014	-64.39
1994	-0.02 (0.05)	0.68	0.02 (0.02)	0.26	-63.42
1995	0.01 (0.04)	0.91	0.02 (0.01)	0.08	-63.47
1996	-0.05 (0.04)	0.21	0.01 (0.01)	0.15	-66.61
1997	-0.02 (0.03)	0.51	0.02 (0.01)	0.023	-66.60
1998	-0.01 (0.03)	0.84	0.02 (0.01)	0.004	-66.78
1999	-0.01 (0.03)	0.74	0.02 (0.01)	0.002	-67.57
2000	0.01 (0.03)	0.88	0.02 (0.01)	0.001	-67.64
2001	0.04 (0.03)	0.20	0.02 (0.01)	0.001	-68.12
2002	0.04 (0.03)	0.16	0.02 (0.01)	0.004	-67.22
2003	0.02 (0.03)	0.59	0.02 (0.01)	0.007	-65.33
2004	0.07 (0.03)	0.020	0.01 (0.01)	0.12	-67.98
2005	0.06 (0.03)	0.06	0.01 (0.01)	0.33	-65.04
2006	0.06 (0.03)	0.07	0.01 (0.01)	0.68	-63.50
2007	0.03 (0.04)	0.50	0.01 (0.02)	0.43	-60.45
2008	0.01 (0.04)	0.86	0.03 (0.03)	0.28	-60.13
2009	0.08 (0.04)	0.08	-0.02 (0.06)	0.67	-61.33

Nota: e.t. = error típico. **En negrita**, el año en que se alcanza el valor BIC óptimo.

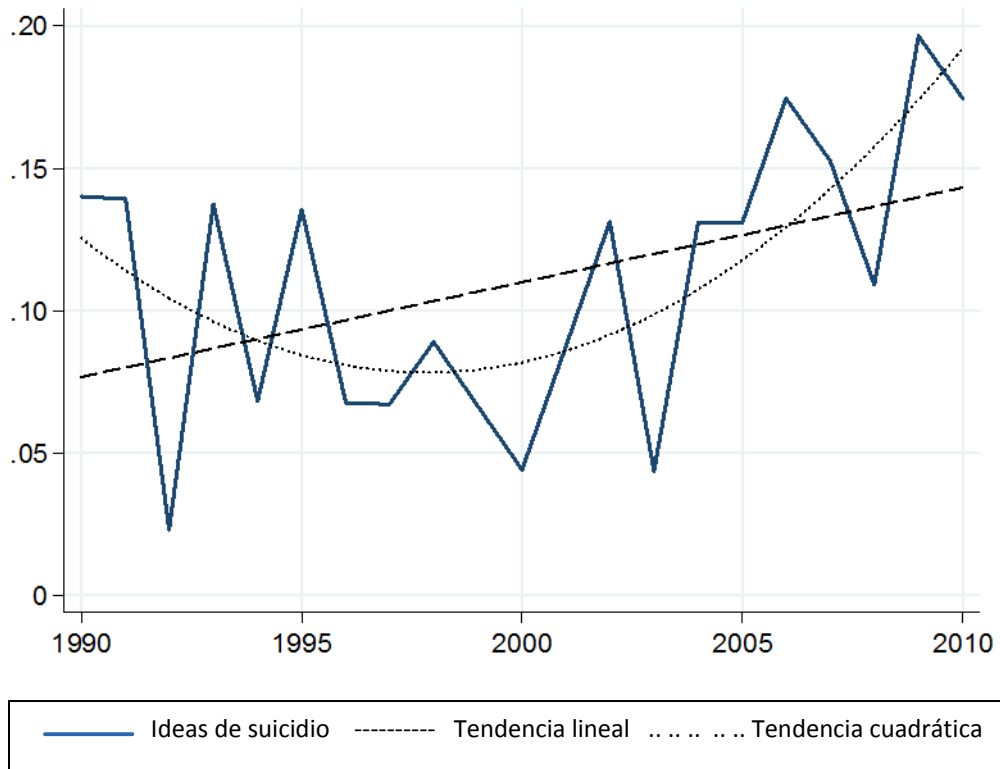


Figura 4: Porcentajes absolutos por año para la primera idea suicida. Valores ajustados por medio de una tendencia lineal ($R^2 = 0.18$) y una tendencia cuadrática ($R^2 = 0.47$).

Para el análisis efectuado considerando el primer plan de suicidio, no se encontró un patrón consistente en la evolución de los porcentajes absolutos a lo largo de los años considerados (Figura 5). No se observó ningún cambio de tendencia significativo en los modelos considerados (Tabla 11) y sólo se encontró un coeficiente asociado a cambio puntual marginalmente significativo en 2004 ($p = 0.046$), precisamente el año para el que se obtuvo el mínimo valor BIC. El coeficiente asociado al intercepto interrumpido era positivo y representaba un cambio significativo puntual en 2004 en la serie temporal considerada. Las líneas de tendencia lineal y cuadrática proporcionaron un ajuste similar ($R^2 = 0.27$ en ambos casos).

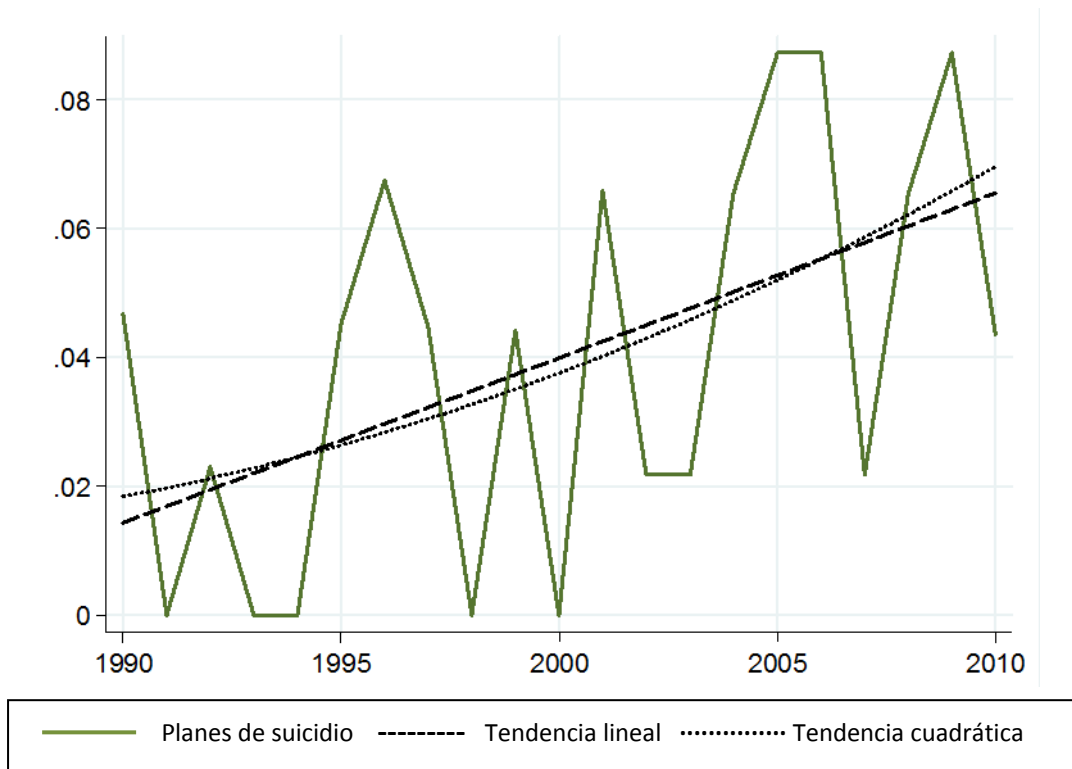


Figura 5: Porcentajes absolutos por año para el primer plan de suicidio. Valores ajustados por medio de una tendencia lineal ($R^2 = 0.27$) y una tendencia cuadrática ($R^2 = 0.27$).

Tabla 11: Modelo lineal de efectos mixtos para los porcentajes absolutos de primer plan de suicidio, en cada uno de los años del período 1990-2010.

Año interrumpido	Cambio puntual		Cambio de tendencia		BIC
	β_2 (e.t.)	p	β_3 (e.t.)	p	
1991	-0.04 (0.03)	0.15	-	-	-
1992	0.06 (0.06)	0.26	0.05 (0.03)	0.15	-81.32
1993	0.02 (0.04)	0.66	0.01 (0.02)	0.40	-80.10
1994	0.04 (0.03)	0.27	0.01 (0.01)	0.20	-80.69
1995	0.05 (0.03)	0.09	0.01 (0.01)	0.14	-81.84
1996	0.02 (0.03)	0.57	0.01 (0.01)	0.60	-79.43
1997	-0.02 (0.02)	0.40	-0.00 (0.01)	0.84	-79.90
1998	-0.03 (0.02)	0.21	-0.00 (0.00)	0.96	-80.88
1999	-0.00 (0.02)	0.99	0.00 (0.00)	0.59	-79.40
2000	-0.01 (0.02)	0.74	0.01 (0.00)	0.57	-79.58
2001	0.02 (0.02)	0.34	0.00 (0.00)	0.62	-80.21
2002	0.00 (0.02)	0.95	0.00 (0.00)	0.64	-79.31
2003	0.02 (0.02)	0.40	0.00 (0.01)	0.94	-79.88
2004	0.04 (0.02)	0.046	-0.01 (0.01)	0.40	-82.73
2005	0.04 (0.02)	0.11	-0.01 (0.01)	0.27	-81.63
2006	0.01 (0.02)	0.67	-0.01 (0.01)	0.56	-79.42
2007	-0.02 (0.02)	0.33	0.01 (0.01)	0.63	-80.04
2008	0.02 (0.03)	0.51	-0.01 (0.02)	0.46	-79.67
2009	0.02 (0.02)	0.37	-0.05 (0.03)	0.19	-80.77

Nota: e.t. = error típico. **En negrita**, el año en que se alcanza el valor BIC óptimo.

Finalmente, en el caso de las series temporales interrumpidas llevadas a cabo para el primer intento de suicidio, tampoco se observó un patrón común en la evolución de los porcentajes absolutos. El valor BIC óptimo se encontró para el año 2005 (Tabla 12), el cual fue identificado como el año interrumpido óptimo para la serie temporal. Se encontró un intercepto interrumpido positivo y significativo ($p = 0.011$), indicando un cambio significativo puntual en 2005 en los porcentajes absolutos de primer intento de suicidio. La representación gráfica se puede observar en la Figura 6, donde se aprecia también que la línea de tendencia cuadrática proporcionó un ajuste ligeramente mejor ($R^2 = 0.25$) que la línea de tendencia lineal ($R^2 = 0.21$).

Tabla 12: Modelo lineal de efectos mixtos para los porcentajes absolutos de primer intento de suicidio, en cada uno de los años del período 1990-2010.

Año interrumpido	Cambio puntual		Cambio de tendencia		BIC
	β_2 (e.t.)	p	β_3 (e.t.)	p	
1991	-0.07 (0.03)	0.015	-	-	-
1992	0.07 (0.06)	0.24	0.07 (0.04)	0.06	-76.21
1993	0.05 (0.04)	0.23	0.04 (0.02)	0.06	-75.17
1994	0.05 (0.04)	0.20	0.02 (0.01)	0.06	-74.45
1995	0.05 (0.03)	0.15	0.02 (0.01)	0.07	-74.12
1996	0.01 (0.03)	0.77	0.01 (0.01)	0.33	-72.16
1997	0.02 (0.03)	0.40	0.01 (0.01)	0.21	-72.51
1998	-0.01 (0.03)	0.61	0.00 (0.01)	0.50	-72.27
1999	0.01 (0.03)	0.81	0.01 (0.01)	0.30	-72.01
2000	-0.01 (0.03)	0.80	0.01 (0.01)	0.31	-72.13
2001	0.02 (0.03)	0.54	0.01 (0.01)	0.33	-72.27
2002	-0.01 (0.03)	0.73	0.01 (0.01)	0.28	-72.16
2003	0.02 (0.03)	0.48	0.00 (0.01)	0.50	-72.33
2004	0.04 (0.03)	0.17	0.00 (0.00)	0.93	-73.24
2005	0.06 (0.02)	0.011	-0.01 (0.01)	0.29	-76.63
2006	0.04 (0.03)	0.17	-0.01 (0.01)	0.39	-72.81
2007	-0.02 (0.03)	0.59	0.01 (0.01)	0.68	-71.27
2008	0.02 (0.03)	0.46	-0.01 (0.02)	0.54	-71.54
2009	0.03 (0.03)	0.38	-0.05 (0.04)	0.28	-72.17

Nota: e.t. = error típico. **En negrita**, el año en que se alcanza el valor BIC óptimo.

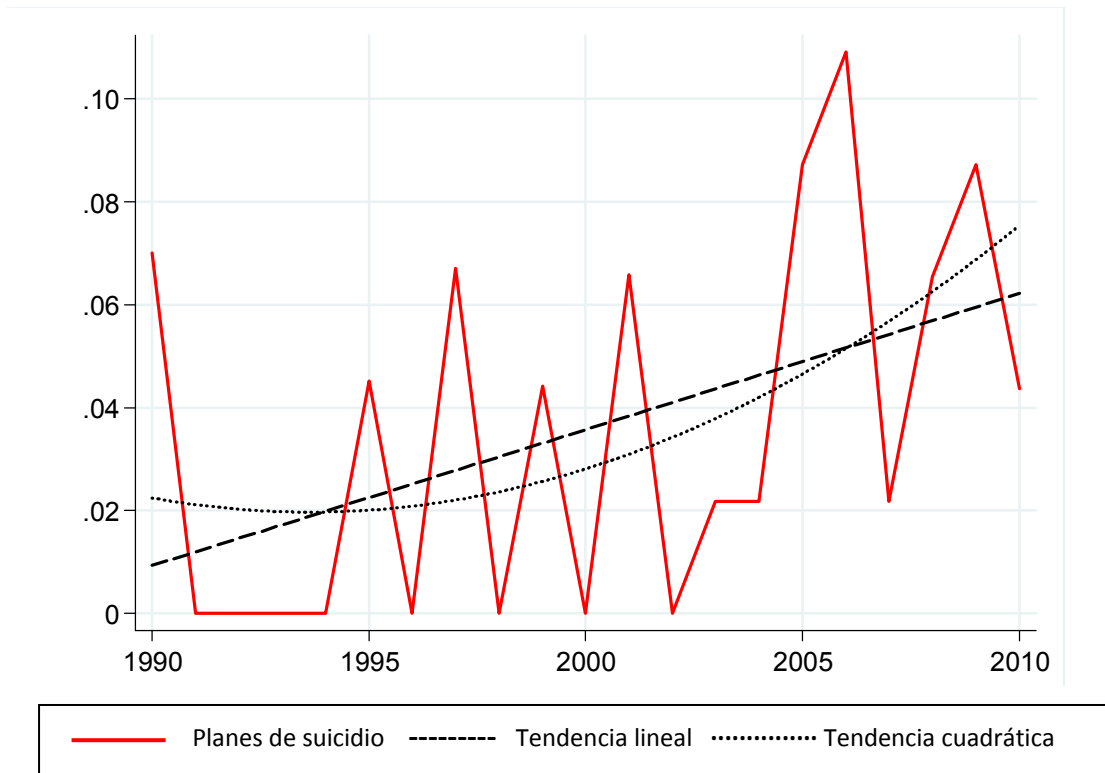


Figura 6: Porcentajes absolutos por año para el primer intento de suicidio. Valores ajustados por medio de una tendencia lineal ($R^2 = 0.21$) y una tendencia cuadrática ($R^2 = 0.25$).

6. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que la prevalencia de ideas e intentos de suicidio en España es similar a la hallada diez años atrás, y de igual manera revela que las variables asociadas con conducta suicida varían en función del grupo de edad, así como en base a variables de carácter sociodemográfico, cuyas implicaciones se discuten en las siguientes páginas. Sin embargo, antes de pasar a ese punto se valorarán las limitaciones de este trabajo. Un punto fuerte de este estudio es que la información sobre conducta suicida se ha obtenido a partir de una muestra representativa de la población general española recogida dentro del período de recesión económica iniciado en el tercer trimestre de 2008. Dicha información ha sido recogida de la misma forma que en el estudio ESEMeD, llevado a cabo diez años antes, lo cual ha hecho posible comparar las cifras de prevalencia obtenidas en ambos estudios.

6.1 Limitaciones

Los resultados expuestos tienen que ser interpretados con cautela, debido a algunas limitaciones de este trabajo. Así, la información sobre ideas e intentos de suicidio era referida por el propio sujeto tanto en el ESEMeD como en el estudio COURAGE, y, por tanto, resulta una información sujeta a sesgos y omisiones por lo delicado del tema a tratar. Asimismo, como en otras encuestas poblacionales, no se recogió información sobre muertes por suicidio, aunque sí se han aportado estadísticas oficiales del INE acerca de las ratios de suicidios consumados por cada 100000 habitantes en cada una de las Comunidades Autónomas españolas durante el período en que se llevó a cabo el estudio COURAGE, con el fin de comparar estas prevalencias con las de conducta suicida obtenidas en este trabajo. De igual manera, la recolección de datos sobre problemas financieros mediante autoinformes podría implicar que en esta variable hubiera también sesgos por ocultamiento de tales problemas. La multimorbilidad física y el consumo de alcohol también fueron

autoinformados, y no se confirmaron con un examen clínico. De manera similar, los diagnósticos psiquiátricos se realizaron usando un modelo de entrevista para legos en la materia, totalmente estructurada, en vez de con entrevistas aplicadas por profesionales clínicos. De cualquier forma, las entrevistas clínicas de reevaluación han mostrado con anterioridad una buena concordancia entre CIDI y SCID en los diagnósticos de tipo DSM-IV (81).

A la hora de valorar la presencia a lo largo de la vida de ideas e intentos de suicidio, los factores de riesgo deberían estar presentes antes o al mismo tiempo que aparecían las ideas o intentos suicidas. Así, una limitación de este estudio es que las variables se recogieron en el momento de la entrevista, y no en el momento en que ocurrieron las ideas e intentos suicidas. Por otra parte, si bien los datos se recogieron durante el período de crisis económica, este trabajo de campo tuvo lugar en los momentos intermedios de dicha crisis, por lo que quizás algunas de las consecuencias de la recesión económica y de las medidas de austeridad tomadas a continuación puede que no se manifiesten hasta más adelante. Este posible efecto del lapso de tiempo transcurrido desde el comienzo de la crisis económica podrá revisarse a la luz del estudio de seguimiento que actualmente se está realizando sobre la muestra española del proyecto COURAGE, cuyo trabajo de campo finalizará a mediados de 2015.

Además, una de las mayores limitaciones del presente estudio es su naturaleza transversal. Así, todos los resultados obtenidos en los análisis de regresión logística efectuados han de ser interpretados con cautela, dado que la causalidad no puede ser inferida a partir de las asociaciones significativas encontradas.

6.2 Discusión de los resultados obtenidos

La prevalencia de ideas e intentos de suicidio encontrada en la muestra española del proyecto COURAGE se halla en unas cifras similares a las halladas diez años antes en la muestra española del estudio ESEMeD (41, 59), aunque la prevalencia estimada de ideas de suicidio a lo largo de la vida

fue algo menor en la muestra del estudio COURAGE y la prevalencia de dichas ideas en los últimos 12 meses fue ligeramente menor en la muestra del ESEMeD. La prevalencia vital de ideas e intentos de suicidio en los adultos de mayor edad fue menor que en los más jóvenes en ambas muestras. Algunas explicaciones para lo que podría parecer un hallazgo contrario a lo esperable podrían ser, por una parte, un sesgo a la hora de recordar hechos pasados, que afectaría más a los más ancianos (488), y, por otra, un posible efecto de cohorte que implicara a los sujetos más jóvenes, toda vez que los cambios culturales o económicos recientes pueden implicar como estresante un mayor impacto sobre ellos (y así, un mayor riesgo) (489, 490). De cualquier forma, las personas mayores tienen un mayor riesgo de morir por suicidio (90). Esto se debe al hecho de que presentan habitualmente una mayor intencionalidad suicida cuando realizan sus intentos al respecto (158, 491, 492), emplean métodos de mayor letalidad (493-495) y presentan una salud por lo general más frágil, lo que implica una mayor dificultad a la hora de sobrevivir a un intento de suicidio y a los efectos adversos de su tratamiento (496).

Un resultado que ha de ser interpretado con especial cautela es la prevalencia vital de ideación suicida en cada una de las Comunidades Autónomas españolas. La reducida presencia de este suceso y el reducido tamaño muestral de que se dispone en las comunidades menos pobladas pueden llevar a una estimación menos precisa, con mayores errores típicos y por tanto intervalos de confianza más amplios y menos precisos. Asimismo, las estimaciones de prevalencia vital de ideación suicida por Comunidad Autónoma pueden verse afectadas por el número de sucesos de ideación suicida en dichas comunidades. Sin embargo, hay que reseñar la baja prevalencia vital de ideación suicida en la Comunidad de Madrid, en clara consonancia con los datos de suicidio consumados en 2011 y 2012, los cuales fueron en la Comunidad de Madrid notablemente inferiores al resto de España, de acuerdo a las cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadística (90). Dos factores que podrían ayudar a explicar esta situación son, por un lado, una tasa de desempleo menor a la mayoría del resto de regiones; y por otra parte, y ligado a lo anterior, el hecho de que parte de la población del resto de España se traslada a la capital del estado español para gozar de mejores oportunidades y

condiciones laborales. Suele ser gente joven y con un buen estado de salud, lo cual influiría en un menor riesgo de suicidio consumado (108, 113). Asimismo, en la capital de un estado es de esperar que haya mayores redes de apoyo sociosanitario en caso de riesgo, por lo que las cifras de muertes por suicidio serían menores.

Por otra parte, los datos sobre prevalencia vital de ideación suicida y depresión parecen coincidir en ser considerablemente mayores en las comunidades del norte de España, así como en las insulares. Esta tendencia se observa también para las comunidades más septentrionales en cuanto a las muertes por suicidio consumado. Estos resultados podrían relacionarse con un mayor aislamiento social en los habitantes de dichas regiones, de baja densidad de población y con áreas de residencia bastante separadas entre sí. La literatura al respecto, sin embargo, no es concluyente acerca del papel de la densidad de población sobre las muertes por suicidio (497).

Como se ha observado en estudios anteriores (41), el factor más asociado con la presencia de ideas o intentos de suicidio a lo largo de la vida es el padecimiento de trastornos depresivos o ansiedad, lo cual tendría cierta lógica por ser los trastornos que más se acompañan de vivencias de desesperanza, las cuales a su vez suelen estar presentes en los sujetos suicidas (498, 499). El abuso de alcohol también aparece asociado con la aparición de ideas suicidas en el grupo de edad más joven. Mientras que en las personas más jóvenes la ideación suicida se asocia con vivir sin una pareja sentimental, en el grupo intermedio de edad es la experiencia subjetiva de soledad lo que aparece como pernicioso al respecto. Este hallazgo es congruente con los datos previamente existentes que mostraban que la vivencia de aislamiento social se convierte en un problema vital más común conforme aumenta la edad, creando mayor estrés y contribuyendo en mayor medida a la provocación deliberada de daño a uno mismo en las personas de 55 años o más, frente a los grupos de edad más joven (492).

El estado civil ya ha sido ampliamente analizado en la literatura como predictor de conductas suicidas (131, 408, 414, 415, 500), pero el interés en la percepción subjetiva de soledad es un tema de estudio más reciente. Las

investigaciones previas han hallado que los indicadores tanto objetivos (estado civil, red de amistades) como subjetivos (sentimientos de aislamiento) de soledad predicen la presencia de ideas e intentos de suicidio, aunque la vivencia subjetiva era el predictor más fuerte (501). La percepción subjetiva de soledad también se ha estudiado como predictor de incrementos en la clínica depresiva (433) y de una peor salud física (432).

En el grupo de edad más joven, estar desempleado o discapacitado laboralmente se asociaba con la presencia de ideas de suicidio. Este hallazgo está en consonancia con el trabajo de Fairweather-Schmidt y colaboradores (131), que refería mayores odds-ratios de conductas suicidas graves en los varones de mediana edad que no estaban trabajando. Asimismo, el estudio de Stuckler y colaboradores (379) mostraba que incrementos amplios y rápidos de las cifras de desempleo se asociaban a corto plazo con aumento de los suicidios consumados en varones y mujeres en edad laboral. La falta de empleo puede aumentar de igual manera el poder relativo de otros factores de riesgo a los que se asocie, como es la falta de apoyo financiero, de contacto y apoyo social, el abuso de alcohol, los trastornos depresivos y por ansiedad y las dificultades para establecer un propósito para la propia vida (131).

Entretanto, en las personas de 65 años o más se ha observado una tendencia a la asociación entre la presencia de problemas financieros en el hogar y una mayor aparición de ideas de suicidio, no observándose la misma tendencia en los restantes grupos de edad. Sin embargo, trabajos anteriores llevados a cabo en el Reino Unido y en Finlandia encontraron que los problemas financieros suponían mayores gestos autolesivos y suicidas en las personas más jóvenes (360, 492). Estos resultados aparentemente contradictorios podrían tener que ver con la diferente situación económica de los países estudiados, así como con lo referente a sus programas de pensiones y protección social.

Los factores que se vieron asociados a la presencia de intentos de suicidio fueron haber presentado depresión a lo largo de la vida (sobre todo si era comórbida con ansiedad) y una baja puntuación del estado de salud. Además, la edad estuvo inversamente relacionada con la presencia de intentos

a lo largo de la vida. Las investigaciones previas también han encontrado un mayor riesgo de suicidio en las personas con problemas de salud, aunque la existencia de trastornos depresivos parecía interferir como factor de confusión (502). Así, las personas deprimidas tienden a responder de forma sesgada, predominando en su atención los contenidos negativos y tendiendo a percibir sus problemas vitales como amplificadas (503, 504), de tal manera que a veces el impacto de otros problemas puede ser así sobreestimado. Esto estaría en consonancia con los resultados hallados en personas con depresión en la muestra estudiada, donde un peor estado de salud implica un mayor riesgo de ideación suicida.

Entretanto, el análisis de los resultados referentes a la aparición de la primera idea, plan o intento de suicidio no ofrecen un patrón definido que permita extraer conclusiones. Así, en el caso de la primera idea suicida se observa un buen ajuste cuadrático que permite apreciar un cambio significativo en los años 2001 y 2004. Este último año también muestra una significación marginal en los primeros planes de suicidio, y en 2005 aparece significación para el primer intento de suicidio. En este momento no tenemos datos que permitan explicar estos resultados, y el período temporal considerado no posibilita valorar el posible papel de la crisis económica en la eclosión de la primera idea, plan o intento suicida, dado que la crisis no es englobada de forma suficiente por el período temporal estudiado en esos análisis. El futuro análisis de la evolución de la población valorada en el estudio COURAGE podrá permitir un análisis más clarificador al respecto.

6.3 Desarrollo de estrategias de prevención

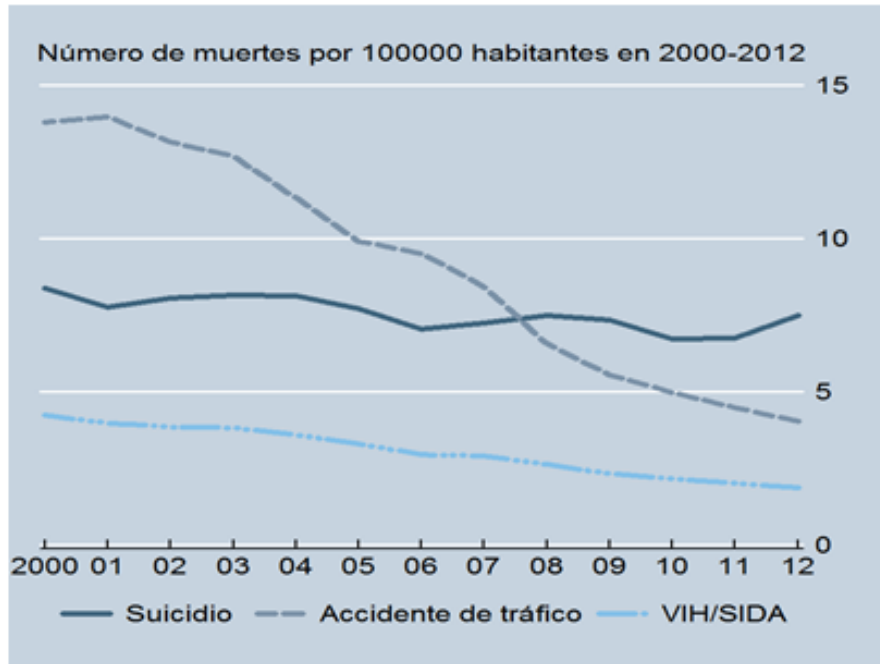
En base a lo expuesto, los programas de prevención del suicidio deberían centrarse, por una parte, en la detección precoz y prevención de los trastornos depresivos y por ansiedad, dada su influencia sobre la conducta suicida. No incrementar el coste de los antidepresivos, hacerlos accesibles y racionalizar su utilización, así como mejorar la calidad de los tratamientos frente a la depresión, pueden ser de esta forma medidas coste-efectivas durante los períodos de crisis. Aunque los estudios previos en España han

mostrado que el consumo moderado de vino puede disminuir la incidencia de trastornos depresivos, el consumo abusivo de alcohol es un claro factor de riesgo para padecer depresión y para la aparición de ideas de suicidio (505). De esta manera, otra medida eficiente podría ser el aumento de precio de las bebidas alcohólicas, toda vez que ello permitiría reducir los daños de un consumo abusivo (24, 506-508).

Asimismo, disponer de apoyos a la hora de afrontar los problemas financieros sería también un área clave en la prevención del suicidio, de tal forma que las políticas dirigidas a prevenir que las personas se endeuden por encima de sus posibilidades, así como facilitarles la forma de pagar sus deudas, podría ayudar a quienes sufren el estrés de una deuda excesiva (507, 508). Las inversiones en programas que mejoren la situación del mercado laboral también han mostrado ser efectivas en este área (379).

Por otra parte, los profesionales clínicos deberían explorar también en sus pacientes la percepción subjetiva de soledad, en vez de evaluar sólo los indicadores objetivos de la misma como pueden ser el estado civil o si viven o no solos; de igual forma, habría que prestar especial atención a las personas con un nivel de salud deteriorado o que carezcan de actividad laboral. Así, los resultados encontrados pueden ser aplicados en el diseño de campañas preventivas de salud pública, así como en la práctica clínica cotidiana como forma de valorar el riesgo suicida.

Las líneas anteriores son de especial importancia cuando se valora lo avanzado en España en cuanto a creación e implemento de estrategias preventivas frente al suicidio. De esta forma, mientras que se han desarrollado planes muy efectivos contra la mortalidad causada por accidentes de tráfico o por enfermedades como el VIH/SIDA, no se ha observado apenas impacto sobre la morbimortalidad ligada al suicidio (Figura 7). Esto es aún más destacable en los grupos de edad activos laboralmente (Figura 8) (509).



* Tasas estandarizadas por edad y sexo

Figura 7: Evolución de la mortalidad debida a suicidio, accidentes de tráfico y VIH/SIDA en España entre los años 2000 y 2012 (509).



Figura 8: Evolución de la mortalidad asociada a suicidio, accidentes de tráfico y VIH/SIDA en España entre los años 2000 y 2012, en varones de 15 a 44 años (509).

Estos datos contrastan con el compromiso alcanzado por nuestro país dentro de la Estrategia para Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (510, 511), según el cual se reduciría en un 10% la mortalidad por suicidio para el año 2020, en comparación con el 2013. De esta forma, siguiendo el ejemplo de otros países con planes específicos para la prevención del suicidio, los programas diseñados al respecto en nuestro entorno podrían tener en cuenta estos factores clave, ya estudiados por los expertos (510) y que se muestran relacionados con los resultados encontrados en nuestro estudio:

- **Vigilancia:** Es importante incrementar la calidad y los períodos temporales abarcados por los registros nacionales sobre conducta suicida. Así, una medida adecuada sería la creación de una base de datos integrada que permita identificar a individuos, grupos o situaciones de mayor vulnerabilidad. En esta tarea pueden implicarse los registros elaborados al respecto desde los servicios asistenciales, como ya se demostró en las unidades de Urgencias de la Comunidad de Madrid (39, 512). Estos datos, asociados a los recopilados por el Instituto Nacional de Estadística, podrían permitir una valoración más completa de la situación de la suicidabilidad del país en un momento dado, y en base a ello la elaboración de acciones preventivas más efectivas.

- **Menor accesibilidad a los medios autolesivos:** Se ha revelado como especialmente útil (513) el reducir no sólo la disponibilidad, sino también el acceso por los individuos e incluso el atractivo (mediante planes de acción a través de los medios de comunicación y de masas) que podrían tener los instrumentos para suicidarse, como puedan ser los medicamentos, las armas de fuego, alturas elevadas y desprotegidas... Y, en caso de tratarse de medios cuya accesibilidad no pueda contenerse, es importante intentar reducir al menos su letalidad o toxicidad potencial (por ejemplo, vendiendo envases de medicación con un número no elevado de comprimidos).

- **El papel de los medios de comunicación:** En línea con lo expuesto antes, se ha mostrado también relevante apoyar a los medios de comunicación en la creación y difusión de guías de estilo sobre cómo informar acerca del suicidio de forma responsable, tanto en medios escritos como audiovisuales o en redes sociales. De esta forma, los medios de información pueden convertirse en aliados que ayuden a disminuir el estigma asociado a la conducta suicida y a los trastornos asociados a ella (514, 515), previniendo además el fenómeno de imitación que en ocasiones, como ya vimos en la introducción de esta tesis, acompaña al suicidio de personajes famosos (516), sin que tenga por qué ser necesariamente un fenómeno ligado sólo a personas con trastornos mentales de base (517).

- **Acceso a los servicios de ayuda:** Es crucial facilitar el acceso de las personas vulnerables por su perfil de riesgo suicida a un servicio de atención lo más global y de calidad posible, teniendo en cuenta los múltiples niveles (clínico, psicológico, social, económico...) englobados dentro del fenómeno suicida. En este proceso de implementación de la accesibilidad, los gestores de recursos sanitarios y sociales jugarían un papel fundamental (518). En el acceso a los recursos es por supuesto importante eliminar las posibles barreras que haya a la entrada en las redes asistenciales, barreras que pueden estar condicionadas por aspectos tanto individuales como comunitarios, culturales, etc. (519, 520).

- **Entrenamiento y estrategias educativas:** Se ha mostrado como muy efectiva la implementación de programas de formación de carácter global para aquellos agentes de salud que se identifiquen en el entorno, sin que tengan que ser necesariamente profesionales sanitarios (por ejemplo: trabajadores sociales, educadores, policía, sacerdotes...). Asimismo, en este orden se incluirían las actividades formativas que permitieran incrementar las competencias de los profesionales de la Atención Primaria y la Salud Mental, tanto a la hora de reconocer como de tratar si fuera preciso a las personas vulnerables o en riesgo de suicidio (521, 522).

- **Tratamiento:** Es crucial que se mejore la calidad asistencial, mediante el uso de intervenciones que estén contrastadas con las investigaciones actuales. Esto es especialmente relevante en los casos de personas que acuden a un servicio de salud tras un intento de suicidio (60, 512). La investigación y adecuada evaluación de las intervenciones que se muestren efectivas son parte importante de este punto.

- **Intervención en crisis:** En toda estrategia preventiva para el suicidio hay que asegurar que las comunidades tienen capacidad de respuesta ante una crisis, entendiendo como tal la situación en que una persona se halla en alto riesgo de suicidio. Así, habrá que reaccionar con intervenciones apropiadas, posibilitando que el individuo en riesgo tenga acceso a atención sanitaria de urgencia, incluyendo medios como los telefónicos o Internet, que han mostrado su efectividad en estos casos (523, 524).

- **Postvención:** Como parte de la estrategia, es también esencial un correcto cuidado de quienes han sobrevivido a un intento de suicidio o de aquéllos que han perdido a algún ser querido por un suicidio consumado. De esta manera, a los supervivientes pueden serles de provecho servicios tanto de rehabilitación como de apoyo tras un intento de suicidio, sobre todo a corto plazo, donde el riesgo de un nuevo intento es considerablemente mayor (525).

- **Concienciación:** Conviene crear en la población la conciencia de que el suicidio es algo prevenible. Para ello, resulta adecuado establecer campañas públicas de información que apoyen este concepto, incrementando el acceso tanto de profesionales como de público en general a la información disponible sobre prevención de las ideas e intentos suicidas. De esta forma, además de contribuir a una mayor difusión de las estrategias preventivas, que serían así más efectivas, se lograría una disminución del nihilismo muchas veces existente como parte del estigma que acompaña al suicidio (por ejemplo, con ideas como “quien se quiere suicidar lo acaba consiguiendo”) (510).

- **Reducción del estigma:** Además de trabajar en la disminución del estigma asociado al propio suicidio, del que ya hemos tratado en algunos

de los puntos anteriores, también es útil en la prevención del suicidio un esfuerzo en la promoción del uso de los servicios de Salud Mental cuando éstos son necesarios, reduciendo el estigma propio de dicha utilización entre la sociedad. En este punto se incluirían también los prejuicios negativos hacia los usuarios de los servicios que atienden a la población con trastornos por uso de tóxicos (526). Es necesario un esfuerzo activo para reducir la discriminación que las personas atendidas en estos recursos pueden llegar a experimentar, incluso entre los propios profesionales sanitarios (527).

- **Supervisión y coordinación:** Se destaca como conveniente el establecimiento de agencias o instituciones destinadas a promover y coordinar la investigación, la formación específica y el desarrollo de servicios de atención a las conductas suicidas. Fortalecer la respuesta, no sólo sanitaria, sino también social hacia este tipo de conductas se muestra así como fundamental (528-530).

Por otra parte, los resultados hallados en esta tesis permiten plantear la pertinencia de estrategias de prevención diferenciadas en base a las características estudiadas, como son el sexo o la edad, dada la desigual distribución de factores de riesgo entre las mismas.

Así, en cuanto al género se refiere, la atención preventiva debería tener en cuenta, por un lado, que los varones tienen mayor riesgo de culminar sus intentos de suicidio, así como una mayor impulsividad y comorbilidad con el abuso de alcohol y otros tóxicos, como ya se expuso anteriormente (200). Por ello, sería oportuno procurar especialmente en este colectivo un menor acceso a medios de autolesión o intentar reducir en lo posible el acceso a los mismos, así como intentar detectar y tratar posibles comorbilidades con trastornos mentales o por uso de tóxicos.

Por otra parte, en las mujeres hay un mayor riesgo de ideación suicida, por lo que la labor preventiva podrá centrarse sobre todo en este objetivo, así como en el factor también diferencial de la soledad percibida, si bien no queda claro qué género es el que más la siente como tal, según la literatura

disponible; en ello podría influir el instrumento de medida que se emplee para valorar la soledad que experimenta el individuo (531, 532).

Entretanto, se vio en el apartado de resultados cómo el peso de los factores de riesgo podía diferir según los grupos de edad considerados, lo cual también puede ser de utilidad a la hora de diseñar estrategias de prevención específicas.

De este modo, se observó que en los grupos de edad más joven tenía una mayor influencia (respecto de los demás grupos) la ausencia de pareja como factor de riesgo. Así, en los dispositivos asistenciales que valoren el riesgo suicida de un individuo, tener en cuenta su estado civil puede ser un elemento importante. Éste se relacionaría con la existencia de una red social de apoyo para la persona, aspecto que también se describió en la introducción como esencial. Por tanto, favorecer en este grupo de sujetos en riesgo una mayor inclusión en programas sociales que eviten una mayor vivencia de aislamiento de otras personas sería una medida de interés, dado que el que el sujeto viva solo se asocia en muchas ocasiones a un mayor grado de descuido del autocuidado y por ello de suicidio (533). Asimismo, en los sujetos más jóvenes se observó un mayor peso del abuso de alcohol como factor de riesgo; esto implicaría la importancia de crear estrategias de prevención eficaces sobre el consumo abusivo y perjudicial de alcohol y otros tóxicos, que tengan en cuenta la menor edad de sus destinatarios para de esa manera potenciar medios eficaces de comunicación de dicho mensaje preventivo (534, 535). De igual manera, se apreció cómo el estado laboral del individuo tenía una relevancia especial en este grupo de edad, por lo que las estrategias de inserción en el mercado laboral y de apoyo al desempleado y discapacitado laboralmente serían de provecho en este colectivo (536). Por ello, las medidas de austeridad económica que en algunos casos han influido en los apoyos económicos y laborales podrían influir en la relevancia de la situación laboral como elemento de riesgo para el suicidio en este grupo de población, el más activo laboralmente (24, 380).

Mientras, en el grupo de mediana edad del estudio presentado en esta tesis se observó que la soledad percibida jugaba un papel destacado en el

riesgo de suicidio, por lo que en este grupo de edad sería de especial interés el diseñar planes que favorecieran la socialización y el sentimiento de pertenencia a grupos sociales que se vivan así como de apoyo (537).

Por último, en el grupo de mayor edad destaca, por una parte, la percepción de la propia salud, conocido factor de riesgo para el suicidio en los ancianos, donde la comorbilidad física es lo más habitual, como ya se vio en la introducción. De igual manera, la existencia de problemas financieros en el hogar de las personas mayores implicaba de forma diferenciada un mayor riesgo suicida. Por todo ello, las estrategias específicas de prevención en este grupo de edad deberían ir dirigidas a una valoración exhaustiva de dichos factores al considerar el riesgo suicida del sujeto. De igual forma, el desarrollo de planes de cuidado de la salud, rehabilitación y atención a la discapacidad física y mental serían adecuados elementos preventivos (108, 538, 539). Por otra parte, dado el papel de la situación económica como elemento de riesgo, asegurar un adecuado soporte económico a través de ayudas sociales o planes estructurados de pensiones podrían ser factores de protección como contención del riesgo de suicidio relacionado con los problemas económicos (383).

6.4 Futuras líneas de investigación

Dada la naturaleza transversal de este estudio, sería necesario profundizar en investigaciones con datos longitudinales que permitan inferir relaciones causales a partir de las asociaciones halladas. Más aún, sería necesario recoger datos de los años posteriores a los aquí analizados, con el objetivo de valorar si la política de nuevos recortes en sanidad pública y gasto social tendrán un impacto a medio y largo plazo en la aparición de ideas e intentos de suicidio en la población española (380).

Una de las futuras líneas de investigación que plantean dar continuidad a este trabajo es la relacionada con el seguimiento de la muestra española del estudio COURAGE. Tal y como se decía en un párrafo anterior, la recogida de datos correspondiente a este seguimiento finalizará a mediados de 2015 y se

espera tener la base de datos disponible para realizar análisis estadísticos a finales del mismo año. Las prevalencias de conducta suicida serán analizadas de nuevo con el fin de observar si se han producido cambios con respecto al presente estudio. Asimismo, se llevarán a cabo análisis de supervivencia y análisis longitudinales que permitan inferir relaciones causales en las asociaciones entre conducta suicida y el resto de variables objeto de estudio.

De igual manera, sería de interés el estudio diferenciado de las variables destacadas en este trabajo, según el área poblacional estudiada, esto es, valorando si el peso de dichas variables cambia conforme lo hace la situación socioeconómica de la comunidad, así como planteando el papel de la diferente densidad de población de cada grupo de edad.

Por otra parte, dado que parece confirmarse el riesgo que implica la presencia de trastornos mentales como los depresivos o por abuso de alcohol, sería relevante el estudio de otras categorías diagnósticas como el trastorno afectivo bipolar, los trastornos de la personalidad o los trastornos psicóticos. En este sentido, una posible línea de investigación podría estudiar el papel de la impulsividad dentro de la realización de intentos de suicidio en estos grupos, así como en la población general.

Por último, sería interesante valorar el efecto de los cambios asistenciales propiciados por el cumplimiento de los planes estratégicos de Salud Mental asumidos por nuestro país en el continuo suicida, tanto en población clínica como general.

7. CONCLUSIONES

A modo de término, se pueden establecer a partir del trabajo expuesto las siguientes conclusiones:

- La prevalencia de ideas e intentos de suicidio en la población adulta española es, en el período entre julio de 2011 y mayo de 2012, similar a la detectada diez años antes. Por ello, no se puede concluir que el debut de la crisis económica haya influido en dicha prevalencia, aunque quizás sus efectos todavía no se hayan hecho del todo manifiestos.
- La realización de intentos de suicidio es más probable ante la existencia previa de ideas y planes al respecto, en contraste con los casos de intentos más impulsivos, sin premeditación previa, por lo que las estrategias preventivas podrían enfocarse en la detección precoz de dichas ideas.
- La prevalencia de ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española varía según el grupo de edad considerado, decreciendo conforme aumenta la edad.
- La prevalencia de ideas e intentos de suicidio varía también según el género, estado civil y ocupación. Entre éstos, en las personas más jóvenes tienen mayor influencia como factores de riesgo el estado civil y el estado ocupacional, siendo el género un factor de mayor relevancia en los grupos de mayor edad.
- Tanto en la ideación como en los intentos de suicidio, son factores de riesgo una menor edad, un peor estado de salud y, sobre todo, la presencia de trastornos mentales, en mayor medida los de tipo depresivo o ansioso-depresivo.

- En el caso de las ideas de suicidio, incluso en personas deprimidas, son factores de riesgo específico una mayor soledad percibida y un estado de jubilación o discapacidad laboral.
- El estado de salud física tiene mayor peso como factor de riesgo en las personas de mayor edad. El estado civil y ocupacional, así como el consumo abusivo de alcohol, tienen mayor influencia como factor de riesgo en los grupos más jóvenes. La existencia de trastornos mentales aparece como factor de riesgo a considerar en todos los grupos de edad.
- La prevalencia de ideas de suicidio parece seguir una distribución diferenciada en las Comunidades Autónomas, que probablemente tenga que ver con la desigual presencia en las mismas de los demás factores sociodemográficos y clínicos relacionados con la ideación suicida.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Plinio. Historia Natural. Madrid: Cátedra; 2002.
2. Hume D. Sobre el suicidio y otros ensayos. Madrid: Alianza Editorial; 1988.
3. Schopenhauer A. El mundo como voluntad y representación. Madrid: Akal; 2005.
4. Iruela LM. Contra el suicidio. *Jano*. 2005;68(1565):1664-5.
5. Benedict R. Patterns of Culture. New York: Houghton Mifflin; 1934.
6. Lara-Guitard A. Sociología del suicidio. *Arbor*. 1966;64:67-71.
7. Li W. A Comparative Study of Suicide. *International Journal of Comparative Sociology*. 1971(12):281-6.
8. Bernard C. Introducción al Estudio de la Medicina Experimental. Barcelona: Crítica; 2005.
9. Durkheim E. El suicidio. Madrid: Losada; 2004.
10. Carbonell-Camós E. Tiempo y suicidio. Contribución antropológica a una discusión transdisciplinar. *Gazeta de Antropología*. 2007;23.
11. Halbwachs M. The causes of Suicide. London: Routledge; 1978.
12. Pompili M, Vichi M, Innamorati M, Lester D, Yang B, De Leo D, et al. Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. *Health & social care in the community*. 2013. Epub 2013/12/10.
13. Freud S. Duelo y Melancolía. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu; 1976.
14. Adler A. Preface. In: Friedman P, editor. On suicide, with particular reference to suicide among young students; discussions of the Vienna Psychoanalytic Society. New York: International Universities Press; 1967.
15. Ansbacher H. Suicide as Communication: Adler's Concept and Current Applications. *Journal of Individual Psychology*. 1969;25:174-80.
16. Correa H, Pérez-Barrero, S. Las investigaciones biológicas del suicidio. Aspectos históricos. *Psiquiatria Biológica*. 2005;12(1):14-7.
17. Ringel E. [The prevention of suicide, a world-wide problem]. *L'Hygiene mentale*. 1966;55(3):84-105. Epub 1966/09/01. La prevention du suicide, un probleme mondial.
18. Organización Mundial de la Salud. Historia de la OMS (www.who.int/about/history/es/). Organización Mundial de la Salud; 2013 [Diciembre 2013].
19. Bille-Brahe U, Kerkhof, A., DeLeo, D., Schmidtke, A. Definitions and Terminology Used in the WHO/EURO Multicentre Study. In: Schmidtke A B-BU, De-Leo D, Kerkhof A, editor. Suicidal behaviour in Europe Results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004. p. 11-4.
20. Pompili M, Sher L, Serafini G, Forte A, Innamorati M, Dominici G, et al. Posttraumatic stress disorder and suicide risk among veterans: a literature review. *The Journal of nervous and mental disease*. 2013;201(9):802-12. Epub 2013/09/03.
21. Pompili M, Gonda X, Serafini G, Innamorati M, Sher L, Amore M, et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar disorders*. 2013;15(5):457-90. Epub 2013/06/13.
22. Bolton JM, Robinson J. Population-attributable fractions of Axis I and Axis II mental disorders for suicide attempts: findings from a representative sample of the adult, noninstitutionalized US population. *American journal of public health*. 2010;100(12):2473-80. Epub 2010/11/12.
23. Milner A, Svetcic J, De Leo D. Suicide in the absence of mental disorder? A review of psychological autopsy studies across countries. *The International journal of social psychiatry*. 2013;59(6):545-54. Epub 2012/05/15.

24. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;381(9874):1323-31. Epub 2013/04/02.
25. Schmidtke A B-BU, De-Leo D, Kerkhof A. Suicidal behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004.
26. Schwartz-Lifshitz M, Zalsman G, Giner L, Oquendo MA. Can we really prevent suicide? *Current psychiatry reports*. 2012;14(6):624-33. Epub 2012/09/22.
27. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2095-128. Epub 2012/12/19.
28. Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/. 2013 [Diciembre 2013].
29. Czernin S, Vogel M, Fluckiger M, Muheim F, Bourgnon JC, Reichelt M, et al. Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss medical weekly*. 2012;142:w13648. Epub 2012/07/25.
30. Bobes J, Giner, J., Saiz, J.; Suicidio y Psiquiatría: Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela; 2011.
31. Kerkhof A. Calculating the burden of disease of suicide, attempted suicide, and suicide ideation by estimating disability weights. *Crisis*. 2012;33(2):63-5. Epub 2012/04/13.
32. Ho Choi K, Wang SM, Yeon B, Suh SY, Oh Y, Lee HK, et al. Risk and protective factors predicting multiple suicide attempts. *Psychiatry research*. 2013;210(3):957-61. Epub 2013/11/12.
33. Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J. Suicide reattempters: a systematic review. *Harvard review of psychiatry*. 2013;21(6):281-95. Epub 2013/11/10.
34. Mittendorfer E, Schmidtke, A. Suicide attempts in Europe. In: Wasserman D, Wasserman, C., editor. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 123-6.
35. Organización Mundial de la Salud. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>. 2013 [Diciembre 2013].
36. Shahtahmasebi S. Examining the Claim that 80-90% of Suicide Cases Had Depression. *Frontiers in public health*. 2013;1:62. Epub 2013/12/19.
37. Oquendo MA, Baca-Garcia E, Mann JJ, Giner J. Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *The American journal of psychiatry*. 2008;165(11):1383-4. Epub 2008/11/05.
38. Gunter TD, Chibnall JT, Antoniak SK, Philibert RA, Black DW. Childhood trauma, traumatic brain injury, and mental health disorders associated with suicidal ideation and suicide-related behavior in a community corrections sample. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2013;41(2):245-55. Epub 2013/06/19.
39. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Corton E, Jimenez-Arriero MA, Lopez-Ibor JJ, et al. Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse. *Revista de psiquiatría y salud mental*. 2010;3(1):13-8. Epub 2010/01/01.
40. Pubmed. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=historysearch&querykey=4>. 2013 [Diciembre 2013].
41. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of affective disorders*. 2007;101(1-3):27-34. Epub 2006/11/01.

42. de Graaf R, Sandfort TG, ten Have M. Suicidality and sexual orientation: differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands. *Archives of sexual behavior*. 2006;35(3):253-62. Epub 2006/06/27.
43. Nicoli M, Bouchez S, Nieto I, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP. [Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the French general population: results from the ESEMeD study]. *L'Encephale*. 2012;38(4):296-303. Epub 2012/09/18. Ideation et conduites suicidaires en France : prevalence sur la vie et facteurs de risque dans l'etude ESEMeD.
44. Voracek M. Regional analysis of big five personality factors and suicide rates in Russia. *Psychological reports*. 2013;113(1):1043-7. Epub 2013/12/18.
45. du Roscoat E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Revue d'epidemiologie et de sante publique*. 2013;61(4):363-74. Epub 2013/07/16.
46. Van-Hoof A. A longer life for "suicide". *Romanische Forschungen*. 1990;102:255-9.
47. Stengel E. *Suicide and attempted suicide*. London: Penguin; 1967.
48. *Suicide*. *Encyclopaedia Britannica Micropaedia*. 15 ed. Chicago 1974. p. 316.
49. Real Academia Española de la Lengua. *Suicidio*. *Diccionario de la Lengua Española*. 21 ed. Madrid: Espasa-Calpe; 1992. p. 1917.
50. Hammerlin Y, Engerstedt, RT. *Selvmord*. Oslo: Falken; 1988.
51. Shneidman E. *Definition of suicide*. Northvale: Jason Aronson; 1984.
52. World Health Organization. *Summary Report, Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1986.
53. Giner L, Carballo JJ, Guija JA, Sperling D, Oquendo MA, Garcia-Parajua P, et al. Psychological autopsy studies: the role of alcohol use in adolescent and young adult suicides. *International journal of adolescent medicine and health*. 2007;19(1):99-113. Epub 2007/04/27.
54. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *The American journal of psychiatry*. 2003;160(11 Suppl):1-60. Epub 2003/12/03.
55. Kreitman N. *Parasuicide*. London: Wiley & Sons; 1977.
56. Ayuso-Mateos JL, Saiz, J., Morant, C., Baca, E., Miret, M., Nuevo, R.; *Estudio de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid; 2012.
57. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1999;56(7):617-26. Epub 1999/07/13.
58. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological medicine*. 2005;35(10):1457-65. Epub 2005/09/17.
59. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernandez A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. *Resultados del estudio ESEMeD*. *Medicina clinica*. 2007;129(13):494-500. Epub 2007/11/06. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. *Resultados del estudio ESEMeD*.
60. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Corton E, Jimenez-Arriero MA, Lopez-Ibor JJ, et al. The role of suicide risk in the decision for psychiatric hospitalization after a suicide attempt. *Crisis*. 2011;32(2):65-73. Epub 2011/05/28.
61. Casey P, Dunn G, Kelly BD, Lehtinen V, Dalgard OS, Dowrick C, et al. The prevalence of suicidal ideation in the general population: results from the Outcome of Depression International Network (ODIN) study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2008;43(4):299-304. Epub 2008/02/12.

62. Casey PR, Dunn G, Kelly BD, Birkbeck G, Dalgard OS, Lehtinen V, et al. Factors associated with suicidal ideation in the general population: five-centre analysis from the ODIN study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2006;189:410-5. Epub 2006/11/02.
63. ten Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Verdurmen J, van 't Land H, Vollebergh W, et al. Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2009;54(12):824-33. Epub 2010/01/06.
64. Fernandez Gonzalez C, Saiz Martinez PA, Gonzalez Portilla MP, Gonzalez Seijo JC, Bobes Garcia J. [Attempted suicide versus suicidal intention: a study of differential characteristics]. *Actas espanolas de psiquiatria*. 2000;28(4):224-30. Epub 2000/12/16. Tentativa suicida versus intencion suicida: un estudio de las características diferenciales.
65. Deisenhammer EA, Ing CM, Strauss R, Kemmler G, Hinterhuber H, Weiss EM. The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *The Journal of clinical psychiatry*. 2009;70(1):19-24. Epub 2008/11/26.
66. Scocco P, Fantoni G, Rapattoni M, de Girolamo G, Pavan L. Death ideas, suicidal thoughts, and plans among nursing home residents. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*. 2009;22(2):141-8. Epub 2009/03/25.
67. Large MM, Nielssen OB. Suicide ideas and immediate suicide risk. *Psychiatry research*. 2013;209(3):746. Epub 2013/07/31.
68. Younes N, Chee CC, Turbelin C, Hanslik T, Passerieux C, Melchior M. Particular difficulties faced by GPs with young adults who will attempt suicide: a cross-sectional study. *BMC family practice*. 2013;14:68. Epub 2013/05/28.
69. Bi B, Tong J, Liu L, Wei S, Li H, Hou J, et al. Comparison of patients with and without mental disorders treated for suicide attempts in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *General hospital psychiatry*. 2010;32(5):549-55. Epub 2010/09/21.
70. Wortzel HS, Matarazzo B, Homaifar B. A model for therapeutic risk management of the suicidal patient. *Journal of psychiatric practice*. 2013;19(4):323-6. Epub 2013/07/16.
71. Acosta FJ, Aguilar EJ, Cejas MR, Gracia R. Beliefs about illness and their relationship with hopelessness, depression, insight and suicide attempts in schizophrenia. *Psiquiatria Danubina*. 2013;25(1):49-54. Epub 2013/03/09.
72. Miret M, Ayuso-Mateos JL, Sanchez-Moreno J, Vieta E. Depressive disorders and suicide: Epidemiology, risk factors, and burden. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2013;37(10 Pt 1):2372-4. Epub 2013/01/15.
73. Sanchez-Gistau V, Baeza I, Arango C, Gonzalez-Pinto A, de la Serna E, Parellada M, et al. Predictors of suicide attempt in early-onset, first-episode psychoses: a longitudinal 24-month follow-up study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2013;74(1):59-66. Epub 2012/12/12.
74. Dowrick C, Casey P, Dalgard O, Hosman C, Lehtinen V, Vazquez-Barquero JL, et al. Outcomes of Depression International Network (ODIN). Background, methods and field trials. ODIN Group. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1998;172:359-63. Epub 1998/08/26.
75. Vázquez C, Sanz, J.:. Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*. 1999;10(1):59-81.
76. Stanfeld S. Social support and social cohesion. In: Marmot M, Wilkinson, RG.;; editor. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
77. Brugha T, Bebbington P, Tennant C, Hurry J. The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological medicine*. 1985;15(1):189-94. Epub 1985/02/01.

78. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 2004(420):8-20. Epub 2004/05/07.
79. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª (revisada) ed. Barcelona: Masson; 2001.
80. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.
81. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *International journal of methods in psychiatric research*. 2006;15(4):167-80. Epub 2007/02/03.
82. Chishti P, Stone DH, Corcoran P, Williamson E, Petridou E. Suicide mortality in the European Union. *European journal of public health*. 2003;13(2):108-14. Epub 2003/06/14.
83. Bobes J, Sáiz, PA., G-Portilla, MP., Bascarán, MT., Martínez, S., Paredes, B., Bousoño, M. Suicidal Behaviour in Asturias (Spain). In: Schmidtke A B-BU, De-Leo D, Kerkhof A, editor. *Suicidal behaviour in Europe Results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour*. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004. p. 241-7.
84. Ruiz-Perez I, Olry de Labry-Lima A. El suicidio en la España de hoy. *Gaceta sanitaria / SESPAS*. 2006;20 Suppl 1:25-31. Epub 2006/03/17. El suicidio en la España de hoy.
85. Gili-Planas M, Roca-Bennasar M, Ferrer-Perez V, Bernardo-Arroyo M. Suicidal ideation, psychiatric disorder, and medical illness in a community epidemiological study. *Suicide & life-threatening behavior*. 2001;31(2):207-13. Epub 2001/07/19.
86. Querejeta I, Ballesteros, J., Benito, R., Alegría, B., Sánchez, A., Ruiz, M., Barrio, S., Alberdi, MJ. Suicide Behaviour in Spain (Basque Country). In: Schmidtke A B-BU, De-Leo D, Kerkhof A, editor. *Suicidal Behaviour in Europe Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004. p. 207-10.
87. Flavio M, Martin E, Pascal B, Stephanie C, Gabriela S, Merle K, et al. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss medical weekly*. 2013;143:w13759. Epub 2013/06/07.
88. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre Study. *Crisis*. 2006;27(1):4-15. Epub 2006/04/29.
89. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es>. 2013 [Noviembre 2013].
90. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es>. 2014; Noviembre 2014].
91. Aran Bares M, Gispert R, Puig X, Freitas A, Ribas G, Puigdefabregas A. [Geographical distribution and time trends of suicide mortality in Catalonia and Spain [1986-2002]]. *Gaceta sanitaria / SESPAS*. 2006;20(6):473-80. Epub 2007/01/03. Evolucion temporal y distribucion geografica de la mortalidad por suicidio en Cataluna y Espana (1986-2002).
92. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological medicine*. 1999;29(1):9-17. Epub 1999/03/17.
93. Corcoran P, Keeley HS, O'Sullivan M, Perry IJ. The incidence and repetition of attempted suicide in Ireland. *European journal of public health*. 2004;14(1):19-23. Epub 2004/04/15.
94. Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2005;293(20):2487-95. Epub 2005/05/26.

95. Statham DJ, Heath AC, Madden PA, Bucholz KK, Bierut L, Dinwiddie SH, et al. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychological medicine*. 1998;28(4):839-55. Epub 1998/09/02.
96. Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013. Epub 2013/07/31.
97. Fromm E. *El miedo a la libertad*. Barcelona: Paidós; 2006.
98. Schmidtke A. Perspective: suicide in Europe. *Suicide & life-threatening behavior*. 1997;27(1):127-36. Epub 1997/04/01.
99. Schmidtke A B-BU, Kerkhof A, De-Leo D, Platt S, Sampaio-Faria J, Henderson J, Pototzky W. The WHO/EURO Multicentre Project on Suicide Attempt-State of the Art. *Italian Journal of Suicidology*. 1993;3:83-95.
100. Bille-Brahe U, Andersen K, Wasserman D, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, et al. The WHO-EURO Multicentre Study: risk of parasuicide and the comparability of the areas under study. *Crisis*. 1996;17(1):32-42. Epub 1996/01/01.
101. Freedman AM. The biopsychosocial paradigm and the future of psychiatry. *Comprehensive psychiatry*. 1995;36(6):397-406. Epub 1995/11/01.
102. Baranyi A, Meinitzer A, Stepan A, Putz-Bankuti C, Breitenacker RJ, Stauber R, et al. A biopsychosocial model of interferon-alpha-induced depression in patients with chronic hepatitis C infection. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2013;82(5):332-40. Epub 2013/08/15.
103. McKay R, McDonald R, Lie D, McGowan H. Reclaiming the best of the biopsychosocial model of mental health care and 'recovery' for older people through a 'person-centred' approach. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. 2012;20(6):492-5. Epub 2012/10/27.
104. Bourgeois JA, Kahn D, Servis M. Reflections on psychosomatic medicine as a third-year medical student clerkship: an integrated experience that demonstrates the biopsychosocial model. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*. 2012;36(3):240-2. Epub 2012/07/04.
105. Ghaemi SN. Paradigms of psychiatry: eclecticism and its discontents. *Current opinion in psychiatry*. 2006;19(6):619-24. Epub 2006/10/03.
106. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization,; 2001.
107. Solli HM, da Silva AB. The holistic claims of the biopsychosocial conception of WHO's International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): a conceptual analysis on the basis of a pluralistic-holistic ontology and multidimensional view of the human being. *The Journal of medicine and philosophy*. 2012;37(3):277-94. Epub 2012/05/09.
108. Shah A. Are elderly dependency ratios associated with general population suicide rates? *The International journal of social psychiatry*. 2011;57(3):277-83. Epub 2010/01/14.
109. Ishtiak-Ahmed K, Perski A, Mittendorfer-Rutz E. Predictors of suicidal behaviour in 36,304 individuals sickness absent due to stress-related mental disorders -- a Swedish register linkage cohort study. *BMC public health*. 2013;13:492. Epub 2013/05/22.
110. Friedman B, Conwell Y, Delavan RR, Wamsley BR, Eggert GM. Depression and suicidal behaviors in Medicare primary care patients under age 65. *Journal of general internal medicine*. 2005;20(5):397-403. Epub 2005/06/21.
111. Clark L, Dombrowski AY, Siegle GJ, Butters MA, Shollenberger CL, Sahakian BJ, et al. Impairment in risk-sensitive decision-making in older suicide attempters with depression. *Psychology and aging*. 2011;26(2):321-30. Epub 2011/03/30.

112. Schanke AK, Thorsen K. A life-course perspective on stigma-handling: resilience in persons of restricted growth narrated in life histories. *Disability and rehabilitation*. 2013. Epub 2013/11/19.
113. Conwell Y, Duberstein PR. Suicide in elders. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2001;932:132-47; discussion 47-50. Epub 2001/06/20.
114. Richard-Devantoy S, Jollant F. [Suicide in the elderly: age-related specificities?]. *Sante mentale au Quebec*. 2012;37(2):151-73. Epub 2013/05/15. Le suicide de la personne agee : existe-t-il des specificites liees a l'age ?
115. Doessel DP, Williams RF, Whiteford H. Policy-appropriate measurement of suicide: headcount vs. potential years of life lost, Australia, 1907-2005. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2009;13(1):87-99. Epub 2009/01/06.
116. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2000;34(3):420-36. Epub 2000/07/06.
117. Christiansen E, Larsen KJ, Agerbo E, Bilenberg N, Stenager E. Incidence and risk factors for suicide attempts in a general population of young people: a Danish register-based study. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2013;47(3):259-70. Epub 2012/10/13.
118. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2008;43(1):28-36. Epub 2007/10/16.
119. Melhem NM, Brent DA, Ziegler M, Iyengar S, Kolko D, Oquendo M, et al. Familial pathways to early-onset suicidal behavior: familial and individual antecedents of suicidal behavior. *The American journal of psychiatry*. 2007;164(9):1364-70. Epub 2007/08/31.
120. Goodwin RD, Beautrais AL, Fergusson DM. Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: evidence from a general population sample. *Psychiatry research*. 2004;126(2):159-65. Epub 2004/05/05.
121. McGirr A, Renaud J, Bureau A, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychological medicine*. 2008;38(3):407-17. Epub 2007/09/07.
122. Kumar PN, Rajmohan V, Sushil K. An exploratory analysis of personality factors contributed to suicide attempts. *Indian journal of psychological medicine*. 2013;35(4):378-84. Epub 2014/01/01.
123. Yen CF, Lai CY, Ko CH, Liu TL, Tang TC, Wu YY, et al. The Associations Between Suicidal Ideation and Attempt and Anxiety Symptoms and the Demographic, Psychological and Social Moderators in Taiwanese Adolescents. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2013. Epub 2013/12/21.
124. Stone DM, Luo F, Ouyang L, Lippy C, Hertz MF, Crosby AE. Sexual Orientation and Suicide Ideation, Plans, Attempts, and Medically Serious Attempts: Evidence From Local Youth Risk Behavior Surveys, 2001-2009. *American journal of public health*. 2013. Epub 2013/12/18.
125. Mustanski B, Andrews R, Herrick A, Stall R, Schnarrs PW. A Syndemic of Psychosocial Health Disparities and Associations With Risk for Attempting Suicide Among Young Sexual Minority Men. *American journal of public health*. 2013. Epub 2013/12/18.
126. Shaffer D, Fisher P, Hicks RH, Parides M, Gould M. Sexual orientation in adolescents who commit suicide. *Suicide & life-threatening behavior*. 1995;25 Suppl:64-71. Epub 1995/01/01.
127. van Bergen DD, Bos HM, van Lisdonk J, Keuzenkamp S, Sandfort TG. Victimization and suicidality among Dutch lesbian, gay, and bisexual youths. *American journal of public health*. 2013;103(1):70-2. Epub 2012/11/17.

128. Beghi M, Rosenbaum JF, Cerri C, Cornaggia CM. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2013;9:1725-36. Epub 2013/11/16.
129. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of general psychiatry*. 1996;53(12):1155-62. Epub 1996/12/01.
130. Dervic K, Brent DA, Oquendo MA. Completed suicide in childhood. *The Psychiatric clinics of North America*. 2008;31(2):271-91. Epub 2008/04/29.
131. Fairweather-Schmidt AK, Anstey KJ, Salim A, Rodgers B. Baseline factors predictive of serious suicidality at follow-up: findings focussing on age and gender from a community-based study. *BMC psychiatry*. 2010;10:41. Epub 2010/06/10.
132. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ*. 2002;325(7355):74. Epub 2002/07/13.
133. Chen CY, Yeh HH, Huang N, Lin YC. Socioeconomic and Clinical Characteristics Associated With Repeat Suicide Attempts Among Young People. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2013. Epub 2013/12/18.
134. Rich CL, Warstadt GM, Nemiroff RA, Fowler RC, Young D. Suicide, stressors, and the life cycle. *The American journal of psychiatry*. 1991;148(4):524-7. Epub 1991/04/01.
135. Shaffer D. Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 1974;15(4):275-91. Epub 1974/10/01.
136. Zhang J, Ma Z. Patterns of life events preceding the suicide in rural young Chinese: a case control study. *Journal of affective disorders*. 2012;140(2):161-7. Epub 2012/05/19.
137. Cooper J, Appleby L, Amos T. Life events preceding suicide by young people. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2002;37(6):271-5. Epub 2002/07/12.
138. Nrugham L, Holen A, Sund AM. Associations between attempted suicide, violent life events, depressive symptoms, and resilience in adolescents and young adults. *The Journal of nervous and mental disease*. 2010;198(2):131-6. Epub 2010/02/11.
139. Donald M, Dower J, Lucke J, Raphael B. Prevalence of adverse life events, depression and suicidal thoughts and behaviour among a community sample of young people aged 15-24 years. *Australian and New Zealand journal of public health*. 2001;25(5):426-32. Epub 2001/11/02.
140. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Roth C, Balach L, et al. Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study. *Suicide & life-threatening behavior*. 1993;23(3):179-87. Epub 1993/01/01.
141. Paykel ES. Life stress, depression and attempted suicide. *Journal of human stress*. 1976;2(3):3-12. Epub 1976/09/01.
142. von Goethe J. *Las desventuras del joven Werther*. 6ª ed. Madrid: Cátedra; 2007.
143. Kim JH, Park EC, Nam JM, Park S, Cho J, Kim SJ, et al. The Werther Effect of Two Celebrity Suicides: an Entertainer and a Politician. *PloS one*. 2013;8(12):e84876. Epub 2014/01/05.
144. Queinec R. [Werther effect and suicide contagion]. *La Revue du praticien*. 2011;61(2):176-7. Epub 2011/05/31. Effet Werther et contagiosite suicidaire.
145. De Leo D, Cerin E, Spathonis K, Burgis S. Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. *Journal of affective disorders*. 2005;86(2-3):215-24. Epub 2005/06/07.
146. Gould MS, Wallenstein S, Davidson L. Suicide clusters: a critical review. *Suicide & life-threatening behavior*. 1989;19(1):17-29. Epub 1989/01/01.

147. Wasserman I. Imitation and Suicide: A Reexamination of the Werther Effect. *American Sociological Review*. 1984;49:427-36.
148. Scherr S, Reinemann C. Belief in a Werther Effect: third-person effects in the perceptions of suicide risk for others and the moderating role of depression. *Suicide & life-threatening behavior*. 2011;41(6):624-34. Epub 2011/11/05.
149. Lizardi D, Thompson RG, Keyes K, Hasin D. Parental divorce, parental depression, and gender differences in adult offspring suicide attempt. *The Journal of nervous and mental disease*. 2009;197(12):899-904. Epub 2009/12/17.
150. Tennant C. Parental loss in childhood. Its effect in adult life. *Archives of general psychiatry*. 1988;45(11):1045-50. Epub 1988/11/01.
151. De Vanna M, Paterniti S, Milievich C, Rigamonti R, Sulich A, Faravelli C. Recent life events and attempted suicide. *Journal of affective disorders*. 1990;18(1):51-8. Epub 1990/01/01.
152. Sigfusdottir ID, Asgeirsdottir BB, Gudjonsson GH, Sigurdsson JF. Suicidal ideations and attempts among adolescents subjected to childhood sexual abuse and family conflict/violence: the mediating role of anger and depressed mood. *Journal of adolescence*. 2013;36(6):1227-36. Epub 2013/11/13.
153. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonte B, Szyf M, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience*. 2009;12(3):342-8. Epub 2009/02/24.
154. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1996;35(10):1365-74. Epub 1996/10/01.
155. Roy A, Janal M. Gender in suicide attempt rates and childhood sexual abuse rates: is there an interaction? *Suicide & life-threatening behavior*. 2006;36(3):329-35. Epub 2006/06/30.
156. Esposito CL, Clum GA. Social support and problem-solving as moderators of the relationship between childhood abuse and suicidality: applications to a delinquent population. *Journal of traumatic stress*. 2002;15(2):137-46. Epub 2002/05/16.
157. Starcke K, Brand M. Decision making under stress: a selective review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2012;36(4):1228-48. Epub 2012/02/22.
158. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Corton E, Jimenez-Arriero MA, Lopez-Ibor JJ, et al. Differences between younger and older adults in the structure of suicidal intent and its correlates. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2010;18(9):839-47. Epub 2010/03/12.
159. Turvey CL, Conwell Y, Jones MP, Phillips C, Simonsick E, Pearson JL, et al. Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2002;10(4):398-406. Epub 2002/07/04.
160. Kim S, Ha JH, Yu J, Park DH, Ryu SH. Path analysis of suicide ideation in older people. *International psychogeriatrics / IPA*. 2013:1-7. Epub 2013/12/18.
161. Gen T, Cho Y. [Suicidal behavior in the elderly]. *Nihon rinsho Japanese journal of clinical medicine*. 2013;71(10):1830-6. Epub 2013/11/23.
162. Blow FC, Brockmann LM, Barry KL. Role of alcohol in late-life suicide. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2004;28(5 Suppl):48S-56S. Epub 2004/05/29.
163. Kinzl JF. [Mental disorders in old age]. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*. 2013;46(6):526-31. Epub 2013/08/06. *Psychische Erkrankungen bei Frauen und Mannern im Alter*.
164. Gensichen J, Teising A, Konig J, Gerlach FM, Petersen JJ. Predictors of suicidal ideation in depressive primary care patients. *Journal of affective disorders*. 2010;125(1-3):124-7. Epub 2010/01/20.

165. Ilgen MA, Kleinberg F, Ignacio RV, Bohnert AS, Valenstein M, McCarthy JF, et al. Noncancer pain conditions and risk of suicide. *JAMA psychiatry*. 2013;70(7):692-7. Epub 2013/05/24.
166. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of internal medicine*. 2004;164(11):1179-84. Epub 2004/06/16.
167. Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmson K, Allebeck P. Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *BMJ*. 2002;324(7350):1355. Epub 2002/06/08.
168. Panczak R, Spoerri A, Zwahlen M, Bopp M, Gutzwiller F, Egger M. Religion and suicide in patients with mental illness or cancer. *Suicide & life-threatening behavior*. 2013;43(2):213-22. Epub 2013/01/22.
169. Nasser K, Mills PK, Mirshahidi HR, Moulton LH. Suicide in cancer patients in California, 1997-2006. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2012;16(4):324-33. Epub 2012/11/10.
170. Tang WK, Liang H, Mok V, Ungvari GS, Wong KS. Is pain associated with suicidality in stroke? *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2013;94(5):863-6. Epub 2012/12/25.
171. Hesdorffer DC, French JA, Posner K, DiVentura B, Pollard JR, Sperling MR, et al. Suicidal ideation and behavior screening in intractable focal epilepsy eligible for drug trials. *Epilepsia*. 2013;54(5):879-87. Epub 2013/03/02.
172. Gandy M, Sharpe L, Perry KN, Miller L, Thayer Z, Boserio J, et al. The psychosocial correlates of depressive disorders and suicide risk in people with epilepsy. *Journal of psychosomatic research*. 2013;74(3):227-32. Epub 2013/02/27.
173. Ratcliffe GE, Enns MW, Belik SL, Sareen J. Chronic pain conditions and suicidal ideation and suicide attempts: an epidemiologic perspective. *The Clinical journal of pain*. 2008;24(3):204-10. Epub 2008/02/22.
174. Sanna L, Stuart AL, Pasco JA, Kotowicz MA, Berk M, Girardi P, et al. Suicidal ideation and physical illness: Does the link lie with depression? *Journal of affective disorders*. 2014;152-154:422-6. Epub 2013/11/26.
175. Flaster M, Sharma A, Rao M. Poststroke depression: a review emphasizing the role of prophylactic treatment and synergy with treatment for motor recovery. *Topics in stroke rehabilitation*. 2013;20(2):139-50. Epub 2013/04/25.
176. Johnson RL. Depression in diabetes patients. An overview of screening tools for use in primary care settings. *Advance for NPs & PAs*. 2013;4(7):26-9; quiz 30. Epub 2013/08/08.
177. Celinska-Lowenhoff M, Musial J. [Psychiatric manifestations of autoimmune diseases--diagnostic and therapeutic problems]. *Psychiatria polska*. 2012;46(6):1029-42. Epub 2013/03/14. Zaburzenia psychiczne w chorobach autoimmunologicznych--problemy diagnostyczno-terapeutyczne.
178. Valkanova V, Ebmeier KP. Vascular risk factors and depression in later life: a systematic review and meta-analysis. *Biological psychiatry*. 2013;73(5):406-13. Epub 2012/12/15.
179. Qin P, Webb R, Kapur N, Sorensen HT. Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study. *Journal of internal medicine*. 2013;273(1):48-58. Epub 2012/07/11.
180. Preville M, Hebert R, Boyer R, Bravo G, Seguin M. Physical health and mental disorder in elderly suicide: a case-control study. *Aging & mental health*. 2005;9(6):576-84. Epub 2005/10/11.
181. Alexopoulos GS, Bruce ML, Hull J, Sirey JA, Kakuma T. Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Archives of general psychiatry*. 1999;56(11):1048-53. Epub 1999/11/24.
182. Durandal J. Trastornos psiquiátricos inducidos por medicamentos. *Rev Cient Cienc Med*. 2011;14(1):21-4.

183. Braszko JJ, Karwowska-Polecka W, Halicka D, Gard PR. Captopril and enalapril improve cognition and depressed mood in hypertensive patients. *Journal of basic and clinical physiology and pharmacology*. 2003;14(4):323-43. Epub 2004/06/17.
184. Ojagbemi A, Oladeji B, Abiona T, Gureje O. Suicidal behaviour in old age - results from the Ibadan Study of Ageing. *BMC psychiatry*. 2013;13:80. Epub 2013/03/19.
185. Wu CY, Chang CK, Huang HC, Liu SI, Stewart R. The association between social relationships and self-harm: a case-control study in Taiwan. *BMC psychiatry*. 2013;13:101. Epub 2013/03/28.
186. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2000;177:484-5. Epub 2000/12/05.
187. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1996;93(5):327-38. Epub 1996/05/01.
188. Liu Y, Zhang Y, Arai A, Obayashi Y, Tamashiro H. Gender-Based Seasonality of Suicide in Japan, 2005-2012. *Asia-Pacific journal of public health / Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health*. 2013. Epub 2013/07/17.
189. Callanan VJ, Davis MS. Gender differences in suicide methods. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012;47(6):857-69. Epub 2011/05/24.
190. Zhang J, Xiao S, Zhou L. Mental disorders and suicide among young rural Chinese: a case-control psychological autopsy study. *The American journal of psychiatry*. 2010;167(7):773-81. Epub 2010/04/17.
191. Nordentoft M, Branner J. Gender differences in suicidal intent and choice of method among suicide attempters. *Crisis*. 2008;29(4):209-12. Epub 2008/12/17.
192. Stefanello S, Cais CF, Mauro ML, Freitas GV, Botega NJ. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(2):139-43. Epub 2008/01/08.
193. Kulkarni RR, Rao KN, Begum S. Comorbidity of psychiatric and personality disorders in first suicide attempters: a case-control study. *Asian journal of psychiatry*. 2013;6(5):410-6. Epub 2013/09/10.
194. Voros V, Osvath P, Fekete S. [Gender differences in suicidal behavior]. *Neuropsychopharmacologia Hungarica : a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesulet lapja = official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology*. 2004;6(2):65-71. Epub 2005/03/25. Nemi kulonbsegek a szuicid viselkedesben.
195. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2004;4:37. Epub 2004/11/06.
196. Zhang J, McKeown RE, Hussey JR, Thompson SJ, Woods JR. Gender differences in risk factors for attempted suicide among young adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Annals of epidemiology*. 2005;15(2):167-74. Epub 2005/01/18.
197. Kovess-Masfety V, Boyd A, Haro JM, Bruffaerts R, Villagut G, Lepine JP, et al. High and low suicidality in Europe: a fine-grained comparison of France and Spain within the ESEMeD surveys. *Journal of affective disorders*. 2011;133(1-2):247-56. Epub 2011/05/31.
198. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological medicine*. 2014;44(2):279-89. Epub 2013/04/25.
199. Roy P. [The sociology of gender: an original perspective for a better understanding of suicide in men]. *Sante mentale au Quebec*. 2012;37(2):45-55. Epub 2013/05/15. La sociologie du genre : une contribution originale a la comprehension du suicide chez les hommes.

200. Beautrais AL. Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emerg Med (Fremantle)*. 2002;14(1):35-42. Epub 2002/05/08.
201. Houle J, Mishara BL, Chagnon F. An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *Journal of affective disorders*. 2008;107(1-3):37-43. Epub 2007/08/21.
202. Mendez-Bustos P, Lopez-Castroman J, Baca-Garcia E, Ceverino A. Life cycle and suicidal behavior among women. *TheScientificWorldJournal*. 2013;2013:485851. Epub 2013/03/28.
203. Qin P, Mortensen PB. The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Archives of general psychiatry*. 2003;60(8):797-802. Epub 2003/08/13.
204. Qin P, Agerbo E, Westergaard-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2000;177:546-50. Epub 2000/12/05.
205. Davies DE. Parental suicide after the expected death of a child at home. *BMJ*. 2006;332(7542):647-8. Epub 2006/03/18.
206. Healey C, Morriss R, Henshaw C, Wadoo O, Sajjad A, Scholefield H, et al. Self-harm in postpartum depression and referrals to a perinatal mental health team: an audit study. *Archives of women's mental health*. 2013;16(3):237-45. Epub 2013/03/07.
207. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American journal of medical genetics Part C, Seminars in medical genetics*. 2005;133C(1):13-24. Epub 2005/01/14.
208. Baldessarini RJ, Hennen J. Genetics of suicide: an overview. *Harvard review of psychiatry*. 2004;12(1):1-13. Epub 2004/02/18.
209. Kim CD, Seguin M, Therrien N, Riopel G, Chawky N, Lesage AD, et al. Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. *The American journal of psychiatry*. 2005;162(5):1017-9. Epub 2005/05/03.
210. Althoff RR, Hudziak JJ, Willemsen G, Hudziak V, Bartels M, Boomsma DI. Genetic and environmental contributions to self-reported thoughts of self-harm and suicide. *American journal of medical genetics Part B, Neuropsychiatric genetics : the official publication of the International Society of Psychiatric Genetics*. 2012;159B(1):120-7. Epub 2011/12/14.
211. Zai CC, de Luca V, Strauss J, Tong RP, Sakinofsky I, Kennedy JL. Genetic Factors and Suicidal Behavior. In: Dwivedi Y, editor. *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton (FL)2012.
212. Voracek M, Loibl LM. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wiener klinische Wochenschrift*. 2007;119(15-16):463-75. Epub 2007/08/28.
213. Linker J, Gillespie NA, Maes H, Eaves L, Silberg JL. Suicidal ideation, depression, and conduct disorder in a sample of adolescent and young adult twins. *Suicide & life-threatening behavior*. 2012;42(4):426-36. Epub 2012/06/01.
214. Smith AR, Ribeiro JD, Mikolajewski A, Taylor J, Joiner TE, Iacono WG. An examination of environmental and genetic contributions to the determinants of suicidal behavior among male twins. *Psychiatry research*. 2012;197(1-2):60-5. Epub 2012/03/16.
215. Petersen L, Sorensen TI, Kragh Andersen P, Bo Mortensen P, Hawton K. Genetic and familial environmental effects on suicide attempts: A study of Danish adoptees and their biological and adoptive siblings. *Journal of affective disorders*. 2013. Epub 2013/12/05.
216. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *The American journal of psychiatry*. 1995;152(7):1075-6. Epub 1995/07/01.
217. Taylor AE, Davies NM, Ware JJ, Vanderweele T, Smith GD, Munafò MR. Mendelian randomization in health research: Using appropriate genetic variants and avoiding biased estimates. *Economics and human biology*. 2013. Epub 2014/01/07.

218. Sorenson SB, Rutter CM. Transgenerational patterns of suicide attempt. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1991;59(6):861-6; discussion 7-73. Epub 1991/12/01.
219. Leszczynska-Rodziewicz A, Szczepankiewicz A, Pawlak J, Dmitrzak-Weglarz M, Hauser J. Association, Haplotype, and Gene-Gene Interactions of the HPA Axis Genes with Suicidal Behaviour in Affective Disorders. *TheScientificWorldJournal*. 2013;2013:207361. Epub 2014/01/01.
220. De Luca V, Tharmalingam S, Zai C, Potapova N, Strauss J, Vincent J, et al. Association of HPA axis genes with suicidal behaviour in schizophrenia. *J Psychopharmacol*. 2010;24(5):677-82. Epub 2008/10/08.
221. Mandelli L, Serretti A. Gene environment interaction studies in depression and suicidal behavior: An update. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2013;37(10 Pt 1):2375-97. Epub 2013/07/28.
222. Lindner R, Foerster R, von Renteln-Kruse W. Physical distress and relationship problems : Exploring the psychosocial and intrapsychic world of suicidal geriatric patients. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*. 2013. Epub 2013/11/10. *Korperliche Belastung und Beziehungsprobleme : Zur psychosozialen und intrapsychischen Welt suizidaler geriatrischer Patienten*.
223. Stenager E, Stenager, E. Physical illness and suicidal behaviour. In: Hawton K, van Heeringen, K., editor. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: John Wiley & sons; 2000. p. 405-20.
224. Davis MC, Ibrahim JE, Ranson D, Ozanne-Smith J, Routley V. Work-related musculoskeletal injury and suicide: opportunities for intervention and therapeutic jurisprudence. *Journal of law and medicine*. 2013;21(1):110-21. Epub 2013/11/14.
225. Fuller-Thomson E, Schrumm M, Brennenstuhl S. Migraine and Despair: Factors Associated with Depression and Suicidal Ideation among Canadian Migraineurs in a Population-Based Study. *Depression research and treatment*. 2013;2013:401487. Epub 2013/11/14.
226. Ehren K, Hertenstein C, Kummerle T, Vehreschild JJ, Fischer J, Gillor D, et al. Causes of death in HIV-infected patients from the Cologne-Bonn cohort. *Infection*. 2013. Epub 2013/10/02.
227. Cao Y, Massaro JF, Krause JS, Chen Y, Devivo MJ. Suicide Mortality After Spinal Cord Injury in the United States: Injury Cohorts Analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2013. Epub 2013/10/29.
228. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological medicine*. 2006;36(5):575-86. Epub 2006/01/20.
229. Maneeton B, Maneeton N, Mahathep P. Prevalence of depression and its correlations: a cross-sectional study in Thai cancer patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2012;13(5):2039-43. Epub 2012/08/21.
230. Pandey GN. Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar disorders*. 2013;15(5):524-41. Epub 2013/06/19.
231. Pandey GN. Signal transduction abnormalities in suicide: focus on phosphoinositide signaling system. *CNS & neurological disorders drug targets*. 2013;12(7):941-53. Epub 2013/09/18.
232. van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2003;48(5):292-300. Epub 2003/07/18.
233. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Moller-Leimkuhler AM, Giupponi G, Girardi P, et al. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and serotonin abnormalities: a selective overview for the implications of suicide prevention. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2010;260(8):583-600. Epub 2010/02/23.
234. Jaeschke R, Siwek M, Dudek D. [Neurobiology of suicidal behaviour]. *Psychiatria polska*. 2011;45(4):573-88. Epub 2012/01/12. *Neurobiologia zachowan samobojczych*.

235. Conner K, Duberstein, PR., Conwell, Y. et al. Reactive aggression and suicide: theory and evidence. *Aggress Violent Behav.* 2003;8(4):413-32.
236. Joiner TE, Bernert RA, Jack DC. The bidimensional structure of suicidal symptoms in Nepal. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research.* 2005;9(4):345-51. Epub 2005/09/24.
237. Zouk H, Tousignant M, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *Journal of affective disorders.* 2006;92(2-3):195-204. Epub 2006/03/21.
238. Suicide: Psychological autopsy, a research tool for prevention. INSERM Collective Expert Reports. Paris2000.
239. Kleiman EM, Riskind JH, Schaefer KE, Weingarden H. The moderating role of social support on the relationship between impulsivity and suicide risk. *Crisis.* 2012;33(5):273-9. Epub 2012/05/09.
240. Gvion Y, Horresh N, Levi-Belz Y, Fischel T, Treves I, Weiser M, et al. Aggression-impulsivity, mental pain, and communication difficulties in medically serious and medically non-serious suicide attempters. *Comprehensive psychiatry.* 2014;55(1):40-50. Epub 2013/11/12.
241. Conner KR, Conwell Y, Duberstein PR. The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Life events, social support and suicidal behavior. *Acta psychiatrica Scandinavica.* 2001;104(6):452-7. Epub 2002/01/10.
242. Coid JW, Ullrich S, Keers R, Bebbington P, Destavola BL, Kallis C, et al. Gang membership, violence, and psychiatric morbidity. *The American journal of psychiatry.* 2013;170(9):985-93. Epub 2013/07/13.
243. Herpertz S, Steinmeyer SM, Marx D, Oidtman A, Sass H. The significance of aggression and impulsivity for self-mutilative behavior. *Pharmacopsychiatry.* 1995;28 Suppl 2:64-72. Epub 1995/10/01.
244. Berglund M, Ojehagen A. The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behavior. *Alcoholism, clinical and experimental research.* 1998;22(7 Suppl):333S-45S. Epub 1998/11/04.
245. Prigerson HG, Slimack MJ. Gender differences in clinical correlates of suicidality among young adults. *The Journal of nervous and mental disease.* 1999;187(1):23-31. Epub 1999/02/10.
246. Doihara C, Kawanishi C, Yamada T, Sato R, Hasegawa H, Furuno T, et al. Trait aggression in suicide attempters: a pilot study. *Psychiatry and clinical neurosciences.* 2008;62(3):352-4. Epub 2008/07/01.
247. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American journal of psychiatry.* 1999;156(2):181-9. Epub 1999/02/16.
248. Yen S, Gagnon K, Spirito A. Borderline personality disorder in suicidal adolescents. *Personality and mental health.* 2013;7(2):89-101. Epub 2013/12/18.
249. Iancu I, Bodner E, Roitman S, Piccone Sapir A, Poreh A, Kotler M. Impulsivity, aggression and suicide risk among male schizophrenia patients. *Psychopathology.* 2010;43(4):223-9. Epub 2010/04/29.
250. Kamath P, Reddy YC, Kandavel T. Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry.* 2007;68(11):1741-50. Epub 2007/12/07.
251. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science.* 2005;187:9-20. Epub 2005/07/05.
252. Pompili M, Vanacore N, Macone S, Amore M, Petriconi G, Tonna M, et al. Depression, hopelessness and suicide risk among patients suffering from epilepsy. *Annali dell'Istituto superiore di sanita.* 2007;43(4):425-9. Epub 2008/01/23.
253. Kim BJ, Ahn J. Factors that influence suicidal ideation among elderly Korean immigrants: focus on diatheses and stressors. *Aging & mental health.* 2013. Epub 2013/12/18.

254. Kleiman EM, Law KC, Anestis MD. Do theories of suicide play well together? Integrating components of the hopelessness and interpersonal psychological theories of suicide. *Comprehensive psychiatry*. 2013. Epub 2013/12/18.
255. Neuringer C. The cognitive organization of meaning in suicidal individuals. *The Journal of general psychology*. 1967;76(1st Half):91-100. Epub 1967/01/01.
256. Perrah M, Wichman H. Cognitive rigidity in suicide attempters. *Suicide & life-threatening behavior*. 1987;17(3):251-5. Epub 1987/01/01.
257. Rotheram-Borus MJ, Trautman PD, Dopkins SC, Shrout PE. Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1990;58(5):554-61. Epub 1990/10/01.
258. Wilson KG, Stelzer J, Bergman JN, Kral MJ, Inayatullah M, Elliott CA. Problem solving, stress, and coping in adolescent suicide attempts. *Suicide & life-threatening behavior*. 1995;25(2):241-52. Epub 1995/01/01.
259. Hirsch JK, Chang EC, Jeglic EL. Social problem solving and suicidal behavior: ethnic differences in the moderating effects of loneliness and life stress. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2012;16(4):303-15. Epub 2012/11/10.
260. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1997;170:205-28. Epub 1997/03/01.
261. Thibodeau MA, Welch PG, Sareen J, Asmundson GJ. Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: propensity score matching in two epidemiological samples. *Depression and anxiety*. 2013;30(10):947-54. Epub 2013/10/11.
262. Pitts FN, Jr., Winokur G. Affective Disorder. 3. Diagnostic Correlates and Incidence of Suicide. *The Journal of nervous and mental disease*. 1964;139:176-81. Epub 1964/08/01.
263. Isometsa ET. Psychological autopsy studies--a review. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2001;16(7):379-85. Epub 2001/12/01.
264. Srivastava A. Psychological attributes and socio-demographic profile of hundred completed suicide victims in the state of Goa, India. *Indian journal of psychiatry*. 2013;55(3):268-72. Epub 2013/10/02.
265. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *The American journal of psychiatry*. 1996;153(8):1009-14. Epub 1996/08/01.
266. Fleischmann A, Bertolote JM, Belfer M, Beautrais A. Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence. *The American journal of orthopsychiatry*. 2005;75(4):676-83. Epub 2005/11/03.
267. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81. Epub 2009/04/21.
268. King EA, Baldwin DS, Sinclair JM, Baker NG, Campbell MJ, Thompson C. The Wessex Recent In-Patient Suicide Study, 1. Case-control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2001;178:531-6. Epub 2001/06/05.
269. Challis S, Nielssen O, Harris A, Large M. Systematic meta-analysis of the risk factors for deliberate self-harm before and after treatment for first-episode psychosis. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2013;127(6):442-54. Epub 2013/01/10.
270. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2003.
271. Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 1999;60 Suppl 2:57-62; discussion 75-6, 113-6. Epub 1999/03/12.

272. Chung MS, Chiu HJ, Sun WJ, Lin CN, Kuo CC, Huang WC, et al. Association among depressive disorder, adjustment disorder, sleep disturbance, and suicidal ideation in Taiwanese adolescent. *Asia-Pacific psychiatry : official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*. 2013. Epub 2013/12/21.
273. Hawton K, Casanas ICC, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*. 2013;147(1-3):17-28. Epub 2013/02/16.
274. Coryell W, Young EA. Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2005;66(4):412-7. Epub 2005/04/09.
275. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *The Journal of clinical psychiatry*. 2005;66(6):693-704. Epub 2005/06/18.
276. Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1970;117(539):437-8. Epub 1970/10/01.
277. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *The American journal of psychiatry*. 2000;157(12):1925-32. Epub 2000/12/01.
278. Kaplan G, Casoy J, Zummo J. Impact of long-acting injectable antipsychotics on medication adherence and clinical, functional, and economic outcomes of schizophrenia. *Patient preference and adherence*. 2013;7:1171-80. Epub 2013/11/23.
279. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(3):247-53. Epub 2005/03/09.
280. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol*. 2010;24(4 Suppl):81-90. Epub 2010/10/15.
281. Balhara YP, Verma R. Schizophrenia and suicide. *East Asian archives of psychiatry : official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya jing shen ke xue zhi : Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan*. 2012;22(3):126-33. Epub 2012/09/29.
282. Seemuller F, Schennach R, Mayr A, Musil R, Jager M, Maier W, et al. Akathisia and suicidal ideation in first-episode schizophrenia. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2012;32(5):694-8. Epub 2012/08/29.
283. Johnson DA, Pasterski G, Ludlow JM, Street K, Taylor RD. The discontinuance of maintenance neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: drug and social consequences. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(5):339-52. Epub 1983/05/01.
284. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of general psychiatry*. 2003;60(1):82-91. Epub 2003/01/07.
285. Hill M, Freudenreich O. Clozapine: key discussion points for prescribers. *Clinical schizophrenia & related psychoses*. 2013;6(4):177-85. Epub 2013/01/11.
286. Meltzer HY. Update on typical and atypical antipsychotic drugs. *Annual review of medicine*. 2013;64:393-406. Epub 2012/10/02.
287. Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *Journal of affective disorders*. 2002;68(2-3):183-90. Epub 2002/06/14.
288. Warshaw MG, Dolan RT, Keller MB. Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program. *The American journal of psychiatry*. 2000;157(11):1876-8. Epub 2000/11/04.
289. Nepon J, Belik SL, Bolton J, Sareen J. The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and anxiety*. 2010;27(9):791-8. Epub 2010/03/11.
290. Substance abuse and suicide risk among adolescents. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2012;262(6):469-85. Epub 2013/01/11.

291. Holmes J, Meier PS, Booth A, Guo Y, Brennan A. The temporal relationship between per capita alcohol consumption and harm: a systematic review of time lag specifications in aggregate time series analyses. *Drug and alcohol dependence*. 2012;123(1-3):7-14. Epub 2011/12/27.
292. Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Conner K, Caetano R, Giesbrecht N, et al. Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. *Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*. 2013;19(1):38-43. Epub 2012/05/26.
293. Conner KR, Duberstein PR. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2004;28(5 Suppl):6S-17S. Epub 2004/05/29.
294. Schneider B, Georgi K, Weber B, Schnabel A, Ackermann H, Wetterling T. [Risk factors for suicide in substance-related disorders]. *Psychiatrische Praxis*. 2006;33(2):81-7. Epub 2006/02/28. Risikofaktoren für Suizid bei Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen.
295. Vijayakumar L, Kumar MS, Vijayakumar V. Substance use and suicide. *Current opinion in psychiatry*. 2011;24(3):197-202. Epub 2011/03/25.
296. Gorwood P. Biological markers for suicidal behavior in alcohol dependence. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2001;16(7):410-7. Epub 2001/12/01.
297. Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2004;28(5 Suppl):18S-28S. Epub 2004/05/29.
298. Kolla NJ, Eisenberg H, Links PS. Epidemiology, risk factors, and psychopharmacological management of suicidal behavior in borderline personality disorder. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2008;12(1):1-19. Epub 2008/02/02.
299. Batterham PJ, Christensen H. Longitudinal risk profiling for suicidal thoughts and behaviours in a community cohort using decision trees. *Journal of affective disorders*. 2012;142(1-3):306-14. Epub 2012/07/31.
300. Serafini G, Pompili M, Innamorati M, Rihmer Z, Sher L, Girardi P. Can cannabis increase the suicide risk in psychosis? A critical review. *Current pharmaceutical design*. 2012;18(32):5165-87. Epub 2012/06/22.
301. Petit A, Reynaud M, Lejoyeux M, Coscas S, Karila L. [Addiction to cocaine: a risk factor for suicide?]. *Presse Med*. 2012;41(7-8):702-12. Epub 2012/02/18. Addiction a la cocaine: un facteur de risque de suicide ?
302. Kokkevi A, Richardson C, Olszewski D, Matias J, Monshouwer K, Bjarnason T. Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. *European child & adolescent psychiatry*. 2012;21(8):443-50. Epub 2012/04/27.
303. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and alcohol dependence*. 2004;76 Suppl:S11-9. Epub 2004/11/24.
304. Matsumoto T, Matsushita S, Okudaira K, Naruse N, Cho T, Muto T, et al. Depression and suicide risk of outpatients at specialized hospitals for substance use disorder: comparison with depressive disorder patients at general psychiatric clinics. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai zasshi = Japanese journal of alcohol studies & drug dependence*. 2011;46(6):554-9. Epub 2012/03/15.
305. Baca-Garcia E, Sher L, Perez-Rodriguez MM, Burke AK, Sullivan GM, Grunebaum MF, et al. Treatment of depressed bipolar patients with alcohol use disorders: plenty of room for improvement. *Journal of affective disorders*. 2009;115(1-2):262-8. Epub 2008/11/01.
306. Zivin K, Ganoczy D, Pfeiffer PN, Miller EM, Valenstein M. Antidepressant adherence after psychiatric hospitalization among VA patients with depression. *Administration and policy in mental health*. 2009;36(6):406-15. Epub 2009/07/18.

307. Kerkhof AJ, van Hemert AM. [Suicide prevention: guidelines for timely and well-organised help]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 2013;157(30):A5730. Epub 2013/07/31. Suicidepreventie: richtlijnen voor tijdige en goed georganiseerde hulp.
308. Feigelman W, Gorman BS, Lesieur H. Examining the relationship between at-risk gambling and suicidality in a national representative sample of young adults. *Suicide & life-threatening behavior*. 2006;36(4):396-408. Epub 2006/09/19.
309. Wong PW, Chan WS, Conwell Y, Conner KR, Yip PS. A psychological autopsy study of pathological gamblers who died by suicide. *Journal of affective disorders*. 2010;120(1-3):213-6. Epub 2009/04/28.
310. Wong PW, Cheung DY, Conner KR, Conwell Y, Yip PS. Gambling and completed suicide in Hong Kong: a review of coroner court files. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2010;12(6). Epub 2010/01/01.
311. Nelson KJ. Managing borderline personality disorder on general psychiatric units. *Psychodynamic psychiatry*. 2013;41(4):563-74. Epub 2013/11/29.
312. Duberstein PRC, Y. Personality disorders and completed suicide: a methodological and conceptual review. *Clin Psychol Sci Pract*. 1997;4:359-76.
313. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nordic journal of psychiatry*. 2005;59(5):319-24. Epub 2006/06/08.
314. Latas M, Milovanovic S. Personality disorders and anxiety disorders: what is the relationship? *Current opinion in psychiatry*. 2014;27(1):57-61. Epub 2013/11/26.
315. Riihimaki K, Vuorilehto M, Isometsa E. Borderline personality disorder among primary care depressive patients: A five-year study. *Journal of affective disorders*. 2014;155:303-6. Epub 2013/11/26.
316. Pirkis JE. Borderline personality disorder, drug use disorder, and worsening depression or substance abuse are significant predictors of suicide attempts in people with Axis I and II disorders. *Evidence-based mental health*. 2004;7(1):25. Epub 2004/02/11.
317. Rao KN, Kulkarni RR, Begum S. Comorbidity of psychiatric and personality disorders in first suicide attempters. *Indian journal of psychological medicine*. 2013;35(1):75-9. Epub 2013/07/09.
318. Becerra B, Paez F, Robles-Garcia R, Vela GE. [Temperament and character profile of persons with suicide attempt]. *Actas espanolas de psiquiatria*. 2005;33(2):117-22. Epub 2005/03/16. Perfil de temperamento y caracter de personas con intento suicida.
319. May AM, Klonsky ED, Klein DN. Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: a 10-year longitudinal study. *Journal of psychiatric research*. 2012;46(7):946-52. Epub 2012/05/12.
320. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2006;113(3):180-206. Epub 2006/02/10.
321. James A, Lai FH, Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2004;110(6):408-15. Epub 2004/11/04.
322. Balazs J, Miklosi M, Keresztesy A, Dallos G, Gadoros J. Attention-deficit hyperactivity disorder and suicidality in a treatment naive sample of children and adolescents. *Journal of affective disorders*. 2014;152-154:282-7. Epub 2013/11/05.
323. Pompili M, Girardi P, Tatarelli G, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. *Eating behaviors*. 2006;7(4):384-94. Epub 2006/10/24.
324. Pisetsky EM, Thornton LM, Lichtenstein P, Pedersen NL, Bulik CM. Suicide attempts in women with eating disorders. *Journal of abnormal psychology*. 2013;122(4):1042-56. Epub 2013/12/25.

325. Preti A, Rocchi MB, Sisti D, Camboni MV, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2011;124(1):6-17. Epub 2010/11/26.
326. Gabriel C, Waller G. Personality disorder cognitions in the eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease*. 2014;202(2):172-6. Epub 2014/01/29.
327. Kovacs I, Vargha A, Ali I, Bodizs R. [Dream quality, trauma and suicide in in adjustment disorder]. *Psychiatria Hungarica : A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudomanyos folyoirata*. 2010;25(1):62-73. Epub 2010/05/12. Alomminoseg, trauma es ongyilkossag alkalmazkodasi zavarban.
328. Wojnar M, Ilgen MA, Wojnar J, McCammon RJ, Valenstein M, Brower KJ. Sleep problems and suicidality in the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of psychiatric research*. 2009;43(5):526-31. Epub 2008/09/10.
329. Takahashi T. Neuroeconomics of suicide. *Neuro endocrinology letters*. 2011;32(4):400-4. Epub 2011/08/31.
330. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2011;72(4):608-16. Epub 2011/01/08.
331. Cohen A, Chapman BP, Gilman SE, Delmerico AM, Wieczorek W, Duberstein PR, et al. Social inequalities in the occurrence of suicidal ideation among older primary care patients. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2010;18(12):1146-54. Epub 2010/09/03.
332. Tjepkema M, Wilkins R, Long A. Cause-specific mortality by income adequacy in Canada: A 16-year follow-up study. *Health reports*. 2013;24(7):14-22. Epub 2013/11/22.
333. World Health Organization. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization-Commission on Social Determinants of Health, 2008.
334. McIntosh CN, Fines P, Wilkins R, Wolfson MC. Income disparities in health-adjusted life expectancy for Canadian adults, 1991 to 2001. *Health reports*. 2009;20(4):55-64. Epub 2010/01/30.
335. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Williams DR, Pamuk E. Socioeconomic disparities in health in the United States: what the patterns tell us. *American journal of public health*. 2010;100 Suppl 1:S186-96. Epub 2010/02/12.
336. Daniel JZ, Hickman M, Macleod J, Wiles N, Lingford-Hughes A, Farrell M, et al. Is socioeconomic status in early life associated with drug use? A systematic review of the evidence. *Drug and alcohol review*. 2009;28(2):142-53. Epub 2009/03/27.
337. Burrows S, Auger N, Roy M, Alix C. Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Quebec, Canada, 1990-2005. *Public health*. 2010;124(2):78-85. Epub 2010/02/26.
338. Ceccherini-Nelli A, Priebe S. Economic factors and suicide rates: associations over time in four countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2011;46(10):975-82. Epub 2010/07/24.
339. Kolves K, Milner A, Varnik P. Suicide rates and socioeconomic factors in Eastern European countries after the collapse of the Soviet Union: trends between 1990 and 2008. *Sociology of health & illness*. 2013;35(6):956-70. Epub 2013/02/13.
340. Inoue K, Fukunaga T, Okazaki Y. Study of an economic issue as a possible indicator of suicide risk: a discussion of stock prices and suicide. *Journal of forensic sciences*. 2012;57(3):783-5. Epub 2012/01/25.
341. Pompili M, Innamorati M, Vichi M, Masocco M, Vanacore N, Lester D, et al. Inequalities and impact of socioeconomic-cultural factors in suicide rates across Italy. *Crisis*. 2011;32(4):178-85. Epub 2011/09/24.
342. Nazarzadeh M, Bidel Z, Ayubi E, Asadollahi K, Carson KV, Sayehmiri K. Determination of the social related factors of suicide in Iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*. 2013;13:4. Epub 2013/01/08.

343. Keyvanara M, Mousavi SG, Karami Z. Social Class Status and Suicide Characteristics: A Survey among Patients Who Attempted Suicide in Isfahan. *Materia socio-medica*. 2013;25(1):56-9. Epub 2013/05/21.
344. Dahlgren G, Whitehead, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
345. Pitman A, Krysinska K, Osborn D, King M. Suicide in young men. *Lancet*. 2012;379(9834):2383-92. Epub 2012/06/26.
346. Blasco-Fontecilla H, Perez-Rodriguez MM, Garcia-Nieto R, Fernandez-Navarro P, Galfalvy H, de Leon J, et al. 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). Epub 2012/05/16.
347. Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, Mortensen PB, Nordentoft M. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychological medicine*. 2007;37(8):1131-40. Epub 2007/04/21.
348. Platt S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1984;19(2):93-115. Epub 1984/01/01.
349. Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. *Annual review of public health*. 1996;17:449-65. Epub 1996/01/01.
350. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000;68(3):371-7. Epub 2000/07/07.
351. Fu Q, Heath AC, Bucholz KK, Nelson EC, Glowinski AL, Goldberg J, et al. A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological medicine*. 2002;32(1):11-24. Epub 2002/03/09.
352. Chang SS, Sterne JA, Huang WC, Chuang HL, Gunnell D. Association of secular trends in unemployment with suicide in Taiwan, 1959-2007: a time-series analysis. *Public health*. 2010;124(1):49-54. Epub 2009/12/17.
353. Wong PW, Chan WS, Chen EY, Chan SS, Law YW, Yip PS. Suicide among adults aged 30-49: a psychological autopsy study in Hong Kong. *BMC public health*. 2008;8:147. Epub 2008/05/02.
354. Biddle L, Brock A, Brookes ST, Gunnell D. Suicide rates in young men in England and Wales in the 21st century: time trend study. *BMJ*. 2008;336(7643):539-42. Epub 2008/02/16.
355. Kposowa AJ. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological medicine*. 2001;31(1):127-38. Epub 2001/02/24.
356. Page A, Milner A, Morrell S, Taylor R. The role of under-employment and unemployment in recent birth cohort effects in Australian suicide. *Soc Sci Med*. 2013;93:155-62. Epub 2013/04/27.
357. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, McEvoy L. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Archives of general psychiatry*. 1992;49(6):459-63. Epub 1992/06/01.
358. Heikkinen ME, Henriksson MM, Isometsa ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK. Recent life events and suicide in personality disorders. *The Journal of nervous and mental disease*. 1997;185(6):373-81. Epub 1997/06/01.
359. Schneider B, Grebner K, Schnabel A, Hampel H, Georgi K, Seidler A. Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide. A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry research*. 2011;190(2-3):265-70. Epub 2011/09/06.
360. Heikkinen ME, Isometsa ET, Aro HM, Sarna SJ, Lonnqvist JK. Age-related variation in recent life events preceding suicide. *The Journal of nervous and mental disease*. 1995;183(5):325-31. Epub 1995/05/01.
361. Pirkola SP, Isometsa ET, Heikkinen ME, Lonnqvist JK. Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. *Alcohol Alcohol*. 2000;35(1):70-5. Epub 2000/02/24.

362. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, McManus S, Stansfeld S. Job insecurity, socio-economic circumstances and depression. *Psychological medicine*. 2010;40(8):1401-7. Epub 2009/11/12.
363. Fountoulakis KN, Gonda X, Dome P, Theodorakis PN, Rihmer Z. Possible delayed effect of unemployment on suicidal rates: the case of Hungary. *Annals of general psychiatry*. 2014;13:12. Epub 2014/05/08.
364. Real Academia Española de la Lengua. *Crisis. Diccionario de la Lengua Española*. 21 ed. Madrid: Espasa Calpe; 1992. p. 597.
365. Ruby E, Sher L. Prevention of suicidal behavior in adolescents with post-traumatic stress disorder. *International journal of adolescent medicine and health*. 2013;25(3):283-93. Epub 2013/07/12.
366. Lopez Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *European journal of public health*. 2013;23(5):732-6. Epub 2013/06/28.
367. Duleba T, Gonda X, Rihmer Z, Dome P. [Economic recession, unemployment and suicide]. *Neuropsychopharmacologia Hungarica : a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesulet lapja = official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology*. 2012;14(1):41-50. Epub 2012/03/20. *Gazdasagi vilagvalsag, munkanelkuliseg es ongyilkossag*.
368. Uutela A. Economic crisis and mental health. *Current opinion in psychiatry*. 2010;23(2):127-30. Epub 2010/01/21.
369. 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. Epub 2013/09/21.
370. Swinscow D. Some suicide statistics. *Br Med J*. 1951;1(4720):1417-23. Epub 1951/06/23.
371. Evans-Lacko S, Knapp M, McCrone P, Thornicroft G, Mojtabai R. The mental health consequences of the recession: economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European countries. *PloS one*. 2013;8(7):e69792. Epub 2013/08/08.
372. World Health Organization. *Financial crisis and global health: report of a high-level consultation*. 2009.
373. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European journal of public health*. 2013;23(1):103-8. Epub 2012/11/08.
374. Gavrilova N, Semyonova, VG., Evdokushkina, GN., Gavrilov, LA. The response of violent mortality to economic crisis in Russia. *Popul Res Policy Rev*. 2000;19:397-419.
375. Chang SS, Gunnell D, Sterne JA, Lu TH, Cheng AT. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med*. 2009;68(7):1322-31. Epub 2009/02/10.
376. Morrell S, Taylor R, Quine S, Kerr C. Suicide and unemployment in Australia 1907-1990. *Soc Sci Med*. 1993;36(6):749-56. Epub 1993/03/01.
377. Tapia Granados JA, Diez Roux AV. Life and death during the Great Depression. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2009;106(41):17290-5. Epub 2009/10/07.
378. Alvaro-Meca A, Kneib T, Gil-Prieto R, Gil de Miguel A. Epidemiology of suicide in Spain, 1981-2008: a spatiotemporal analysis. *Public health*. 2013;127(4):380-5. Epub 2013/02/05.
379. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374(9686):315-23. Epub 2009/07/11.
380. Legido-Quigley H OL, Parra D, Alvarez-Dardet C, Martin-Moreno J M, McKee M. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *British Medical Journal*. 2013;346.

381. McDaid D, Quaglio G, Correia de Campos A, Dario C, Van Woensel L, Karapiperis T, et al. Health protection in times of economic crisis: challenges and opportunities for Europe. *Journal of public health policy*. 2013;34(4):489-501. Epub 2013/08/30.
382. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American journal of public health*. 2013;103(6):973-9. Epub 2013/04/20.
383. Antonakakis N, Collins A. The impact of fiscal austerity on suicide: On the empirics of a modern Greek tragedy. *Soc Sci Med*. 2014;112C:39-50. Epub 2014/05/03.
384. Arie S. Has austerity brought Europe to the brink of a health disaster? *BMJ*. 2013;346:f3773. Epub 2013/06/20.
385. Hawton K, Haw C. Economic recession and suicide. *BMJ*. 2013;347:f5612. Epub 2013/09/21.
386. Baumbach A, Gulis G. Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. *European journal of public health*. 2014. Epub 2014/04/09.
387. De Vogli R, Marmot M, Stuckler D. Strong evidence that the economic crisis caused a rise in suicides in Europe: the need for social protection. *Journal of epidemiology and community health*. 2013;67(4):298. Epub 2013/01/17.
388. Stuckler D, Basu, S. *The body economic: why austerity kills.*: Allen Lane; 2013.
389. Chan CH, Caine ED, You S, Fu KW, Chang SS, Yip PS. Suicide rates among working-age adults in South Korea before and after the 2008 economic crisis. *Journal of epidemiology and community health*. 2014;68(3):246-52. Epub 2013/11/20.
390. Park Y, Kim MH, Kwon S, Shin YJ. [The association between public social expenditure and suicides: evidence from OECD countries]. *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi*. 2009;42(2):123-9. Epub 2009/04/08.
391. La Harpe R, Dozio A. [Economic crisis and suicide in Geneva: 1991-1995]. *Archiv fur Kriminologie*. 1998;202(3-4):69-74. Epub 1998/12/18. *Wirtschaftskrise und Suizid in Genf: 1991-1995*.
392. Crawford MJ, Kuforiji B, Ghosh P. The impact of social context on socio-demographic risk factors for suicide: a synthesis of data from case-control studies. *Journal of epidemiology and community health*. 2010;64(6):530-4. Epub 2009/10/16.
393. Maki N, Martikainen P. A register-based study on excess suicide mortality among unemployed men and women during different levels of unemployment in Finland. *Journal of epidemiology and community health*. 2012;66(4):302-7. Epub 2010/10/23.
394. Saurina C, Bragulat B, Saez M, Lopez-Casasnovas G. A conditional model for estimating the increase in suicides associated with the 2008-2010 economic recession in England. *Journal of epidemiology and community health*. 2013;67(9):779-87. Epub 2013/06/25.
395. Fountoulakis KN, Siamouli M, Grammatikopoulos IA, Koupidis SA, Siapera M, Theodorakis PN. Economic crisis-related increased suicidality in Greece and Italy: a premature overinterpretation. *Journal of epidemiology and community health*. 2013;67(4):379-80. Epub 2012/12/06.
396. Stuckler D, Meissner C, Fishback P, Basu S, McKee M. Banking crises and mortality during the Great Depression: evidence from US urban populations, 1929-1937. *Journal of epidemiology and community health*. 2012;66(5):410-9. Epub 2011/03/29.
397. Kim H, Song YJ, Yi JJ, Chung WJ, Nam CM. Changes in mortality after the recent economic crisis in South Korea. *Annals of epidemiology*. 2004;14(6):442-6. Epub 2004/07/13.
398. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*. 2012;345:e5142. Epub 2012/08/16.

399. Reeves A, Stuckler D, McKee M, Gunnell D, Chang SS, Basu S. Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. *Lancet*. 2012;380(9856):1813-4. Epub 2012/11/13.
400. Ayuso-Mateos JL, Barros PP, Gusmao R. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;382(9890):391-2. Epub 2013/08/06.
401. Stankunas M, Lindert J, Avery M, Sorensen R. Suicide, recession, and unemployment. *Lancet*. 2013;381(9868):721. Epub 2013/03/12.
402. Fountoulakis KN, Savopoulos C, Siamouli M, Zaggelidou E, Mageiria S, Iacovides A, et al. Trends in suicidality amid the economic crisis in Greece. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2013;263(5):441-4. Epub 2012/12/12.
403. Salvador-Carulla L, Roca, M. Mental health impact of the economic crisis in Spain. *Int Psychiatry*. 2013;10.
404. Gili M, Garcia Campayo J, Roca M. [Economic crisis and mental health.]. *Gaceta sanitaria / SESPAS*. 2014. Epub 2014/03/26. Crisis economica y salud mental. Informe SESPAS 2014.
405. Ruiz-Ramos M, Cordoba-Dona JA, Bacigalupe A, Juarez S, Escolar-Pujolar A. [The economic crisis at the beginning of the XXI century and mortality in Spain. Trend and impact on social inequalities. SESPAS Report 2014.]. *Gaceta sanitaria / SESPAS*. 2014. Epub 2014/03/13. Crisis economica al inicio del siglo xxi y mortalidad en Espana. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. Informe SESPAS 2014.
406. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Patelakis A, Stefanis C. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*. 2013;12(1):53-9. Epub 2013/03/09.
407. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry*. 2011;10(1):40-4. Epub 2011/03/08.
408. Masocco M, Pompili M, Vanacore N, Innamorati M, Lester D, Girardi P, et al. Completed suicide and marital status according to the Italian region of origin. *The Psychiatric quarterly*. 2010;81(1):57-71. Epub 2009/12/31.
409. Ishii N, Terao T, Araki Y, Kohno K, Mizokami Y, Arasaki M, et al. Risk factors for suicide in Japan: a model of predicting suicide in 2008 by risk factors of 2007. *Journal of affective disorders*. 2013;147(1-3):352-4. Epub 2012/12/25.
410. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of epidemiology and community health*. 2000;54(4):254-61. Epub 2000/05/29.
411. Wyder M, Ward P, De Leo D. Separation as a suicide risk factor. *Journal of affective disorders*. 2009;116(3):208-13. Epub 2009/01/09.
412. Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, Vaupel JW. Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age and ageing*. 2004;33(4):378-83. Epub 2004/05/21.
413. Yamauchi T, Fujita T, Tachimori H, Takeshima T, Inagaki M, Sudo A. Age-adjusted relative suicide risk by marital and employment status over the past 25 years in Japan. *J Public Health (Oxf)*. 2013;35(1):49-56. Epub 2012/07/14.
414. Fukuchi N, Kakizaki M, Sugawara Y, Tanji F, Watanabe I, Fukao A, et al. Association of marital status with the incidence of suicide: a population-based Cohort Study in Japan (Miyagi cohort study). *Journal of affective disorders*. 2013;150(3):879-85. Epub 2013/07/09.
415. Corcoran P, Nagar A. Suicide and marital status in Northern Ireland. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2010;45(8):795-800. Epub 2009/09/19.
416. Duberstein PR, Conwell Y, Cox C. Suicide in widowed persons. A psychological autopsy comparison of recently and remotely bereaved older subjects. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 1998;6(4):328-34. Epub 1998/10/30.

417. Kreitman N. Suicide, age and marital status. *Psychological medicine*. 1988;18(1):121-8. Epub 1988/02/01.
418. Gaxiola-Robles R, Bitzer-Quintero OK, Garcia-Gonzalez A, Celis-de la Rosa A. [Civil status and suicide]. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2009;47(4):383-6. Epub 2010/06/18. El estado civil y el suicidio en Baja California Sur.
419. da Silva RA, da Costa Ores L, Jansen K, da Silva Moraes IG, de Mattos Souza LD, Magalhaes P, et al. Suicidality and associated factors in pregnant women in Brazil. *Community mental health journal*. 2012;48(3):392-5. Epub 2012/03/27.
420. Hovey JD. Religion and suicidal ideation in a sample of Latin American immigrants. *Psychological reports*. 1999;85(1):171-7. Epub 1999/11/27.
421. Dervic K, Oquendo MA, Currier D, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ. Moral objections to suicide: Can they counteract suicidality in patients with cluster B psychopathology? *The Journal of clinical psychiatry*. 2006;67(4):620-5. Epub 2006/05/04.
422. Rasic D, Robinson JA, Bolton J, Bienvenu OJ, Sareen J. Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Journal of psychiatric research*. 2011;45(6):848-54. Epub 2011/01/11.
423. Lester D. Suicide and islam. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2006;10(1):77-97. Epub 2005/11/17.
424. Tsuang MTS, J. C.; Fleming, J. A. Epidemiology of suicide. *Int Rev Psychiatry*. 1992;4:117-29.
425. Kelleher MJ, Chambers D, Corcoran P, Williamson E, Keeley HS. Religious sanctions and rates of suicide worldwide. *Crisis*. 1998;19(2):78-86. Epub 1998/10/24.
426. Kumar PN, George B. Life events, social support, coping strategies, and quality of life in attempted suicide: A case-control study. *Indian journal of psychiatry*. 2013;55(1):46-51. Epub 2013/02/27.
427. Bando DH, Moreira RS, Pereira JC, Barrozo LV. Spatial clusters of suicide in the municipality of Sao Paulo 1996-2005: an ecological study. *BMC psychiatry*. 2012;12:124. Epub 2012/08/24.
428. Saias T, Beck F, Bodard J, Guignard R, du Roscoat E. Social participation, social environment and death ideations in later life. *PloS one*. 2012;7(10):e46723. Epub 2012/10/12.
429. Pompili M, Innamorati M, Masotti V, Personne F, Lester D, Di Vittorio C, et al. Suicide in the elderly: a psychological autopsy study in a North Italy area (1994-2004). *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2008;16(9):727-35. Epub 2008/06/17.
430. Trout DL. The role of social isolation in suicide. *Suicide & life-threatening behavior*. 1980;10(1):10-23. Epub 1980/01/01.
431. Martiello MA, Giacchi MV. Ecological study of isolation and suicide in Tuscany (Italy). *Psychiatry research*. 2012;198(1):68-73. Epub 2012/03/06.
432. Miller G. Social neuroscience. Why loneliness is hazardous to your health. *Science*. 2011;331(6014):138-40. Epub 2011/01/15.
433. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and aging*. 2010;25(2):453-63. Epub 2010/06/16.
434. Centers for Disease Control and Prevention. Suicide: Risk and Protective Factors. <http://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/riskprotectivefactors.html>. 2013 [updated 31-12-2013;23-3-2014].
435. Suicide Prevention Resource Center. <http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/srisk.pdf>. 2001 [23-3-2014].
436. Eneroth M, Senden Gustafsson M, Lovseth LT, Schenck-Gustafsson K, Fridner A. A comparison of risk and protective factors related to suicide ideation among

- residents and specialists in academic medicine. *BMC public health*. 2014;14(1):271. Epub 2014/03/25.
437. Kleiman EM, Riskind JH, Schaefer KE. Social Support and Positive Events as Suicide Resiliency Factors: Examination of Synergistic Buffering Effects. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2014. Epub 2014/03/14.
438. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature reviews Neuroscience*. 2003;4(10):819-28. Epub 2003/10/03.
439. Van Orden KA, Witte TK, Holm-Denoma J, Gordon KH, Joiner TE, Jr. Suicidal behavior on Axis VI: clinical data supporting a sixth Axis for DSM-V. *Crisis*. 2011;32(2):110-3. Epub 2011/05/28.
440. van Heeringen K. Stress–Diathesis Model of Suicidal Behavior. In: Dwivedi Y, editor. *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton (FL): CRC Press; 2012.
441. Guija J, Giner, L., Marín, R., Blanco, M., Parejo-Merino, JA. Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida. *Rev Esp Med Legal*. 2012;38(4):161-71.
442. Bae SM, Lee YJ, Cho IH, Kim SJ, Im JS, Cho SJ. Risk factors for suicidal ideation of the general population. *Journal of Korean medical science*. 2013;28(4):602-7. Epub 2013/04/13.
443. Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH, Cheek F. Suicidal ideation and health-related quality of life in the community. *The Medical journal of Australia*. 2001;175(10):546-9. Epub 2002/01/25.
444. Forkmann T, Braehler E, Gauggel S, Glaesmer H. Prevalence of suicidal ideation and related risk factors in the German general population. *The Journal of nervous and mental disease*. 2012;200(5):401-5. Epub 2012/05/04.
445. Ladwig KH, Klupsch D, Ruf E, Meisinger C, Baumert J, Erazo N, et al. Sex- and age-related increase in prevalence rates of death wishes and suicidal ideation in the community: results from the KORA-F3 Augsburg Study with 3,154 men and women, 35 to 84 years of age. *Psychiatry research*. 2008;161(2):248-52. Epub 2008/09/27.
446. Pfaff JJ, Almeida OP. Identifying suicidal ideation among older adults in a general practice setting. *Journal of affective disorders*. 2004;83(1):73-7. Epub 2004/11/18.
447. Wagenaar BH, Hagaman AK, Kaiser BN, McLean KE, Kohrt BA. Depression, suicidal ideation, and associated factors: a cross-sectional study in rural Haiti. *BMC psychiatry*. 2012;12:149. Epub 2012/09/21.
448. Hunt K, Sweeting H, Keogh M, Platt S. Sex, gender role orientation, gender role attitudes and suicidal thoughts in three generations. A general population study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006;41(8):641-7. Epub 2006/05/30.
449. Marty MA, Segal DL, Coolidge FL. Relationships among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults. *Aging & mental health*. 2010;14(8):1015-23. Epub 2010/11/12.
450. Beck AR, AJ.; Shaw, BF.; Emery, G. *Terapia cognitiva de la depresión*. 18 ed. Barcelona: Desclee de Brouwer; 2008.
451. de Catanzaro D. Suicidal ideation and the residual capacity to promote inclusive fitness: a survey. *Suicide & life-threatening behavior*. 1984;14(2):75-87. Epub 1984/01/01.
452. Brezo J, Paris J, Tremblay R, Vitaro F, Zoccolillo M, Hebert M, et al. Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. *Psychological medicine*. 2006;36(2):191-202. Epub 2005/12/08.
453. Scocco P, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J. Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders--World Mental Health study. *Comprehensive psychiatry*. 2008;49(1):13-21. Epub 2007/12/08.

454. Ten Have M, van Dorsselaer S, de Graaf R. Prevalence and risk factors for first onset of suicidal behaviors in the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Journal of affective disorders*. 2013;147(1-3):205-11. Epub 2012/12/04.
455. Pagura J, Cox BJ, Sareen J, Enns MW. Factors associated with multiple versus single episode suicide attempts in the 1990-1992 and 2001-2003 United States national comorbidity surveys. *The Journal of nervous and mental disease*. 2008;196(11):806-13. Epub 2008/11/15.
456. Alberdi-Sudupe J, Pita-Fernandez S, Gomez-Pardinas SM, Iglesias-Gil-de-Bernabe F, Garcia-Fernandez J, Martinez-Sande G, et al. 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. Epub 2011/04/02.
457. Yaworski D, Robinson J, Sareen J, Bolton JM. The relation between nicotine dependence and suicide attempts in the general population. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2011;56(3):161-70. Epub 2011/03/30.
458. Danel T, Vilain J, Roelandt JL, Salleron J, Vaiva G, Amariei A, et al. [Suicide risk and suicide attempt in North Pas de Calais Region. Lessons from the survey Mental Health in General Population]. *L'Encephale*. 2010;36(3 Suppl):39-57. Epub 2010/09/04. Risque suicidaire et tentative de suicide en Nord-Pas de Calais. Enseignements de l'enquete sante mentale en population generale.
459. Cox BJ, Enns MW, Clara IP. Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the National Comorbidity Survey. *Suicide & life-threatening behavior*. 2004;34(3):209-19. Epub 2004/09/24.
460. Aghanwa H. The determinants of attempted suicide in a general hospital setting in Fiji Islands: a gender-specific study. *General hospital psychiatry*. 2004;26(1):63-9. Epub 2004/02/06.
461. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2001;286(24):3089-96. Epub 2002/01/05.
462. Schneider B, Bartusch B, Schnabel A, Fritze J. [Age and gender: confounders for axis I disorders as risk factors for suicide]. *Psychiatrische Praxis*. 2005;32(4):185-94. Epub 2005/04/27. Achse-I-Störungen als Risikofaktoren für Suizid in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht.
463. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *The American journal of psychiatry*. 1996;153(8):1001-8. Epub 1996/08/01.
464. Suominen K, Isometsa E, Haukka J, Lonnqvist J. Substance use and male gender as risk factors for deaths and suicide--a 5-year follow-up study after deliberate self-harm. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2004;39(9):720-4. Epub 2005/01/27.
465. Stanistreet D, Jeffrey V. Injury and poisoning mortality among young men--are there any common factors amenable to prevention? *Crisis*. 2003;24(3):122-7. Epub 2003/10/02.
466. Tanskanen A, Tuomilehto J, Viinamaki H, Vartiainen E, Lehtonen J, Puska P. Nightmares as predictors of suicide. *Sleep*. 2001;24(7):844-7. Epub 2001/10/31.
467. Üstun TC, S.; Mechbal, A.; Murray, C.J.L.; WHS Collaborating groups,;. Quality assurance in surveys: standards, guidelines and procedures. In: United Nations Statistics Division. Department for Economic and Social Affairs, editor. *Household Sample Surveys in Developing and Transition Countries*. New York: United Nations; 2005.
468. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2004;291(21):2581-90. Epub 2004/06/03.

469. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(11):1249-57. Epub 2005/11/09.
470. Salomon JAM, C.D.; Chatterji, S.; Sadana, R.; Üstun, T.B.; Murray, C.J.L.; Quantifying individual levels of health: definitions, concepts, and measurement issues. In: Murray CJLE, D.B., editor. *Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricisms*. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 301-18.
471. Pallant JF, Tennant A. An introduction to the Rasch measurement model: an example using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*. 2007;46(Pt 1):1-18. Epub 2007/05/03.
472. World Health Organization. *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. Geneva: World Health Organization; 2002.
473. Dalgard O. Community health profile: a tool for psychiatric prevention. In: Trent CAR, C. A., editor. *Promotion of Mental Health*. Aldershot: Avebury Press; 1996. p. 681-95.
474. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Research on aging*. 2004;26(6):655-72. Epub 2008/05/28.
475. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):851-8. Epub 2007/09/11.
476. Rao JS, A.; On chi-squared tests for multiway tables with cell proportions estimated from survey data. *Ann Stat*. 1984;12:46-60.
477. Wolter K. *Introduction to Variance Estimation*. New York: Springer-Verlag; 1985.
478. Hilbe JM. *Logistic Regression Models*: Chapman & Hall/CRC Press; 2009.
479. Hosmer DWL, S.; *Applied Logistic Regression*. 2 ed. New York: Wiley; 2000.
480. Albert AA, J. A.; On the existence of maximum likelihood estimates in logistic regression models. *Biometrika*. 1984;71:1-10.
481. Firth D. Bias reduction of maximum likelihood estimates. *Biometrika*. 1993;80:27-38.
482. Heinze G, Schemper M. A solution to the problem of separation in logistic regression. *Statistics in medicine*. 2002;21(16):2409-19. Epub 2002/09/05.
483. McFadden D. Conditional logit analysis of qualitative choice behavior. In: Zarembka P, editor. *Frontiers in Economics*. New York: Academic Press; 1974.
484. Louviere JJH, A.D.; Swait, D.J.;. *Stated choice methods*. . New York: Cambridge University Press; 2000.
485. Friedman HS. Causal inference and the millennium development goals (MDGs): assessing whether there was an acceleration in MDG development indicators following the MDG Declaration. : Columbia University, School of International and Public Affairs 2013.
486. Schwarz G. Estimating dimension of a model. . *Annals of Statistics*. 1978;6:461-4.
487. StataCorp. *Stata Statistical Software. Release*. College Station (TX): Stata Corporation; 2010.
488. Simon GE, VonKorff M. Recall of psychiatric history in cross-sectional surveys: implications for epidemiologic research. *Epidemiologic reviews*. 1995;17(1):221-7. Epub 1995/01/01.
489. Cordoba-Dona JA, San Sebastian M, Escolar-Pujolar A, Martinez-Faure JE, Gustafsson PE. Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, southern Spain. *International journal for equity in health*. 2014;13:55. Epub 2014/07/27.
490. Raposo S, El-Gabalawy R, Erickson J, Mackenzie CS, Sareen J. Associations between anxiety disorders, suicide ideation, and age in nationally representative

- samples of Canadian and American adults. *Journal of anxiety disorders*. 2014;28(8):823-9. Epub 2014/10/13.
491. Harriss L, Hawton K, Zahl D. Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2005;186:60-6. Epub 2005/01/05.
492. Haw C, Hawton K. Life problems and deliberate self-harm: associations with gender, age, suicidal intent and psychiatric and personality disorder. *Journal of affective disorders*. 2008;109(1-2):139-48. Epub 2008/01/29.
493. Frierson RL. Suicide attempts by the old and the very old. *Archives of internal medicine*. 1991;151(1):141-4. Epub 1991/01/01.
494. Kalb R, Lungershausen E. [Suicidal acts in advanced age]. *Fortschritte der Medizin*. 1990;108(9):168-72. Epub 1990/03/30. Suizidhandlungen im Alter.
495. Schmidtke A, Sell R, Lohr C. [Epidemiology of suicide in older persons]. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*. 2008;41(1):3-13. Epub 2008/02/21. Epidemiologie von Suizidalitat im Alter.
496. Eddleston M, Dissanayake M, Sheriff MH, Warrell DA, Gunnell D. Physical vulnerability and fatal self-harm in the elderly. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2006;189:278-9. Epub 2006/09/02.
497. Stark C, Hopkins P, Gibbs D, Belbin A, Hay A. Population density and suicide in Scotland. *Rural and remote health*. 2007;7(3):672. Epub 2007/08/22.
498. Thompson EA, Mazza JJ, Herting JR, Randell BP, Eggert LL. The mediating roles of anxiety depression, and hopelessness on adolescent suicidal behaviors. *Suicide & life-threatening behavior*. 2005;35(1):14-34. Epub 2005/04/22.
499. Iacoviello BM, Alloy LB, Abramson LY, Choi JY, Morgan JE. Patterns of symptom onset and remission in episodes of hopelessness depression. *Depression and anxiety*. 2013;30(6):564-73. Epub 2013/03/16.
500. Masocco M, Pompili M, Vichi M, Vanacore N, Lester D, Tatarelli R. Suicide and marital status in Italy. *The Psychiatric quarterly*. 2008;79(4):275-85. Epub 2008/07/05.
501. Stravynski A, Boyer R. Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide & life-threatening behavior*. 2001;31(1):32-40. Epub 2001/05/01.
502. Webb RT, Kontopantelis E, Doran T, Qin P, Creed F, Kapur N. Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. *Archives of general psychiatry*. 2012;69(3):256-64. Epub 2012/03/07.
503. Kaletsch M, Pilgramm S, Bischoff M, Kindermann S, Sauerbier I, Stark R, et al. Major depressive disorder alters perception of emotional body movements. *Frontiers in psychiatry*. 2014;5:4. Epub 2014/01/31.
504. Leppanen JM. Emotional information processing in mood disorders: a review of behavioral and neuroimaging findings. *Current opinion in psychiatry*. 2006;19(1):34-9. Epub 2006/04/14.
505. Gea A, Beunza JJ, Estruch R, Sanchez-Villegas A, Salas-Salvado J, Buil-Cosiales P, et al. Alcohol intake, wine consumption and the development of depression: the PREDIMED study. *BMC medicine*. 2013;11:192. Epub 2013/08/31.
506. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009;373(9682):2234-46. Epub 2009/06/30.
507. Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*. 2012;11(3):139-45. Epub 2012/10/02.
508. World Health Organization. Regional Office for Europe. Impact of Economic Crises on Mental Health. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.; 2011.
509. Instituto Nacional de Estadística. Cambios en la mortalidad por accidentes de tráfico, SIDA y suicidio en España entre los años 2000 y 2012. (www.ine.es). 2014 [30/11/2014].

510. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg: World Health Organization; 2014.
511. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
512. Miret M. Intentos de Suicidio en la Comunidad Autónoma de Madrid: Epidemiología, Características y Respuesta del Sistema Sanitario. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2010.
513. Barber CW, Miller MJ. Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda. *American journal of preventive medicine*. 2014;47(3 Suppl 2):S264-72. Epub 2014/08/26.
514. Niederkrotenthaler T, Reidenberg DJ, Till B, Gould MS. Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: the role of mass media. *American journal of preventive medicine*. 2014;47(3 Suppl 2):S235-43. Epub 2014/08/26.
515. Swanson JW, McGinty EE, Fazel S, Mays VM. Mental illness and reduction of gun violence and suicide: bringing epidemiologic research to policy. *Annals of epidemiology*. 2014. Epub 2014/05/28.
516. Till B, Vitouch P, Herberth A, Sonneck G, Niederkrotenthaler T. Personal suicidality in reception and identification with suicidal film characters. *Death studies*. 2013;37(4):383-92. Epub 2014/02/14.
517. Pouliot L, Mishara BL, Labelle R. The Werther effect reconsidered in light of psychological vulnerabilities: results of a pilot study. *Journal of affective disorders*. 2011;134(1-3):488-96. Epub 2011/05/31.
518. Korosec Jagodic H, Rokavec T, Agius M, Pregelj P. Availability of mental health service providers and suicide rates in Slovenia: a nationwide ecological study. *Croatian medical journal*. 2013;54(5):444-52. Epub 2013/10/31.
519. Rowan K, McAlpine DD, Blewett LA. Access and cost barriers to mental health care, by insurance status, 1999-2010. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(10):1723-30. Epub 2013/10/09.
520. Solway E, Estes CL, Goldberg S, Berry J. Access barriers to mental health services for older adults from diverse populations: perspectives of leaders in mental health and aging. *Journal of aging & social policy*. 2010;22(4):360-78. Epub 2010/10/07.
521. Puntil C, York J, Limandri B, Greene P, Arauz E, Hobbs D. Competency-based training for PMH nurse generalists: inpatient intervention and prevention of suicide. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2013;19(4):205-10. Epub 2013/08/21.
522. Isaac M, Elias B, Katz LY, Belik SL, Deane FP, Enns MW, et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2009;54(4):260-8. Epub 2009/03/27.
523. Mokkenstorm JK, Huisman A, Kerkhof AJ. [Suicide prevention via the internet and the telephone: 113Online]. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2012;54(4):341-8. Epub 2012/04/18. Suicidepreventie via internet en telefoon: 113Online.
524. Chen H, Mishara BL, Liu XX. A pilot study of mobile telephone message interventions with suicide attempters in China. *Crisis*. 2010;31(2):109-12. Epub 2010/04/27.
525. Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2007;41(3):257-65. Epub 2007/04/28.
526. Hahm HC, Chang ST, Tong HQ, Meneses MA, Yuzbasioglu RF, Hien D. Intersection of suicidality and substance abuse among young Asian-American women: implications for developing interventions in young adulthood. *Advances in dual diagnosis*. 2014;7(2):90-104. Epub 2014/07/18.

527. Chan WI, Batterham P, Christensen H, Galletly C. Suicide literacy, suicide stigma and help-seeking intentions in Australian medical students. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. 2014;22(2):132-9. Epub 2014/02/15.
528. Ennis J, Barnes R, Spenser H. Management of the repeatedly suicidal patient. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 1985;30(7):535-8. Epub 1985/11/01.
529. Vassilas C, Morgan HG. Suicide prevention: service contacts and coordination between primary and secondary care. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2001;179:271. Epub 2001/09/05.
530. Huang HH, Fan JS, Chen YC, Yen DH. Coordination between medical care providers and information technology resources in the management of patients with suicide attempts attending the emergency department. *Journal of the Chinese Medical Association : JCMSA*. 2014;77(6):275-6. Epub 2014/06/03.
531. Nicolaisen M, Thorsen K. Who are lonely? Loneliness in different age groups (18-81 years old), using two measures of loneliness. *International journal of aging & human development*. 2014;78(3):229-57. Epub 2014/10/01.
532. Zebhauser A, Hofmann-Xu L, Baumert J, Hafner S, Lacruz ME, Emeny RT, et al. How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *International journal of geriatric psychiatry*. 2014;29(3):245-52. Epub 2013/06/28.
533. Schneider B, Lukaschek K, Baumert J, Meisinger C, Erazo N, Ladwig KH. Living alone, obesity, and smoking increase risk for suicide independently of depressive mood findings from the population-based MONICA/KORA Augsburg cohort study. *Journal of affective disorders*. 2014;152-154:416-21. Epub 2013/11/19.
534. Nikfarjam A, Memaryan N, Damari B, Zamani N, Hassanian-Moghaddam H. Development of country-wide strategies to reduce the alcohol abuse. *International journal of preventive medicine*. 2014;5(4):522-6. Epub 2014/05/16.
535. Young TJ. Alcoholism prevention among Native-American youth. *Child psychiatry and human development*. 1993;24(1):41-7. Epub 1993/01/01.
536. Cylus J, Glymour MM, Avendano M. Do generous unemployment benefit programs reduce suicide rates? A state fixed-effect analysis covering 1968-2008. *American journal of epidemiology*. 2014;180(1):45-52. Epub 2014/06/19.
537. You S, Van Orden KA, Conner KR. Social connections and suicidal thoughts and behavior. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 2011;25(1):180-4. Epub 2010/12/15.
538. Shah A, Bhat R, Mackenzie S, Koen C. A cross-national study of the relationship between elderly suicide rates and life expectancy and markers of socioeconomic status and health care. *International psychogeriatrics / IPA*. 2008;20(2):347-60. Epub 2007/05/18.
539. Wilson KG, Kowal J, Henderson PR, McWilliams LA, Peloquin K. Chronic pain and the interpersonal theory of suicide. *Rehabilitation psychology*. 2013;58(1):111-5. Epub 2013/02/27.

9. ANEXOS

Anexo 1. Módulo de suicidabilidad de la World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0) empleado en la muestra española del proyecto COURAGE in Europe.

SUICIDABILIDAD (SD)

*SD1. CONTROL ENTREVISTADOR:

EL R SABE LEER	1	
TODAS LAS DEMÁS	2	PASE A *SD15

*SD2. (CE, PAG. 20) Al principio de esta página hay anotadas tres experiencias, designadas con las letras A, B, y C. ¿Alguna vez ha tenido A?

ENTREVISTADOR: LA EXPERIENCIA A ES “PENSAR SERIAMENTE EN SUICIDARSE”

SI	1	
NO	5	PASE A *SD28
NO SABE	8	PASE A *SD28
REHUSA	9	PASE A *SD28

*SD2a. ¿Cuántos años tenía la primera vez que esto le ocurrió?

_____ AÑOS

NO SABE	998
REHUSA	999

*SD3. ¿Ha tenido la experiencia A en algún momento de los últimos 12 meses?

SI	1	PASE A *SD4
NO	5	
NO SABE	8	
REHUSA	9	

*SD3a. ¿Cuántos años tenía la última vez que tuvo esta experiencia?

_____ AÑOS

NO SABE	998
REHUSA	999

***SD4.** (CE, PAG. 20) Ahora mire la segunda de las tres experiencias de la lista, Experiencia B. ¿Alguna vez ha tenido B?

ENTREVISTADOR: LA EXPERIENCIA B ES 'HACER UN PLAN PARA SUICIDARSE'

SI	1	
NO	5	PASE A *SD6
NO SABE	8	PASE A *SD6
REHUSA	9	PASE A *SD6

*SD4a. ¿Cuántos años tenía la primera vez que esto le ocurrió?

_____ AÑOS

NO SABE	998
REHUSA	999

*SD5. ¿Ha tenido la experiencia B en algún momento de los últimos 12 meses?

SI	1	
NO	5	PASE A *SD6
NO SABE	8	PASE A *SD6
REHUSA	9	PASE A *SD6

*SD5a. ¿Cuántos años tenía la última vez que tuvo esta experiencia?

_____ AÑOS

NO SABE	998
REHUSA	999

***SD6.** (CE, PAG. 20) Ahora mire la tercera de las tres experiencias de la lista, Experiencia C. ¿Alguna vez ha tenido C?

ENTREVISTADOR: LA EXPERIENCIA C ES 'INTENTAR SUICIDARSE'

SI	1	
NO	5	PASE A *SD28
NO SABE	8	PASE A *SD28
REHUSA	9	PASE A *SD28

*SD6a. ¿Cuántas veces en su vida ha tenido la Experiencia C?

_____ NÚMERO DE VECES

NO SABE	998
REHUSA	999

*SD7. CONTROL ENTREVISTADOR: (VER *SD6a)

UNA VEZ EN LA VIDA 1 **PASE A *SD10**
TODAS LAS DEMÁS 2

*SD8. ¿Cuántos años tenía la primera vez que esto le ocurrió?

_____ AÑOS

NO SABE 998
REHUSA 999

*SD9. (CE, PAG. 21) Al final de la página, hay tres afirmaciones numeradas 1, 2, y 3. ¿Cuál de estas tres afirmaciones describe mejor su situación cuando tuvo por primera vez la Experiencia C?

HICE UN INTENTO MUY SERIO PARA MATARME Y
SOLO LA SUERTE HIZO QUE NO LO LOGRARA..... 1

INTENTÉ MATARME, PERO SABÍA QUE
EL MÉTODO PODÍA FALLAR..... 2

MI INTENTO FUE UNA PETICIÓN DE AYUDA.
NO QUERÍA MORIRME..... 3

NO SABE..... 8
REHUSA..... 9

*SD10. ¿En los últimos 12 meses ha tenido la experiencia C?

SI 1 **PASE A *SD11**
NO 5
NO SABE 8
REHUSA 9

*SD10a. ¿Cuántos años tenía (cuando/la última vez que) tuvo la experiencia C?

_____ AÑOS **PASE A *SD14**

NO SABE 998 **PASE A *SD14**
REHUSA 999 **PASE A *SD14**

*SD11. ¿Tuvo algún daño físico o se intoxicó?

SI 1
NO 5 **PASE A *SD14**
NO SABE 8 **PASE A *SD14**
REHUSA 9 **PASE A *SD14**

*SD12. ¿Necesitó atención médica?

SI	1	
NO	5	PASE A *SD14
NO SABE	8	PASE A *SD14
REHUSA	9	PASE A *SD14

*SD13. ¿Necesitó hospitalización al menos una noche?

SI	1
NO	5
NO SABE	8
REHUSA	9

***SD14.** (CE, PAG. 21)¿Cuál de estas tres afirmaciones describe mejor su situación cuando le ocurrió, por la última vez, la Experiencia C – 1, 2, o 3?

HICE UN INTENTO MUY SERIO PARA MATARME Y SOLO LA SUERTE HIZO QUE NO LO LOGRARA.....	1
INTENTÉ MATARME, PERO SABÍA QUE EL MÉTODO PODÍA FALLAR.....	2
MI INTENTO FUE UNA PETICIÓN DE AYUDA. NO QUERÍA MORIRME.....	3
NO SABE.....	8
REHUSA.....	9

PASE A *SD28

***SD15.** Las siguientes preguntas son acerca de pensamientos de hacerse daño a sí mismo. ¿Alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse?

SI	1	
NO	5	PASE A *SD28
NO SABE	8	PASE A *SD28
REHUSA	9	PASE A *SD28

*SD15a. ¿Cuántos años tenía la primera vez que esto ocurrió?

_____ AÑOS

NO SABE	998
REHUSA	999

*SD16. ¿Ha pensado seriamente en suicidarse en algún momento de los últimos 12 meses?

SI	1	PASE A *SD17
NO	5	
NO SABE	8	
REHUSA	9	

*SD16a. ¿Cuántos años tenía la última vez que tuvo esta experiencia?

_____ AÑOS

NO SABE	998
REHUSA	999

*SD17. ¿Alguna vez ha hecho un plan para suicidarse?

SI	1	
NO	5	PASE A *SD19
NO SABE	8	PASE A *SD19
REHUSA	9	PASE A *SD19

*SD17a. ¿Cuántos años tenía la primera vez que esto ocurrió?

_____ AÑOS

NO SABE	998
REHUSA	999

*SD18. ¿Ha hecho algún plan para suicidarse en algún momento de los últimos 12 meses?

SI	1	
NO	5	PASE A *SD9
NO SABE	8	PASE A *SD9
REHUSA	9	PASE A *SD9

*SD18a. ¿Cuántos años tenía la última vez que tuvo esta experiencia?

_____ AÑOS

NO SABE	998
REHUSA	999

***SD19.** ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?

SI	1	
NO	5	PASE A *SD28
NO SABE	8	PASE A *SD28
REHUSA	9	PASE A *SD28

*SD19a. ¿Cuántas veces ha intentado suicidarse en su vida?

_____ NÚMERO DE VECES

NO SABE	998
REHUSA	999

***SD20.** CONTROL ENTREVISTADOR (VER ***SD19a**):

UNA VEZ EN LA VIDA	1	PASE A *SD23
TODAS LAS DEMÁS	2	

*SD21. ¿Cuántos años tenía la primera vez?

_____ AÑOS

NO SABE	998
REHUSA	999

*SD22. Voy a leerle tres afirmaciones en voz alta. Por favor, dígame ¿cuál de las tres frases describe mejor su situación cuando intentó suicidarse la primera vez – una, dos, o tres?

“Una, Hice un intento muy serio para matarme y solo la suerte hizo que no lo lograra.”

“Dos, Intenté matarme, pero sabía que el método podía fallar.”

“Tres, mi intento fue una petición de ayuda, no quería morirme.”

HICE UN INTENTO MUY SERIO PARA MATARME Y SOLO LA SUERTE HIZO QUE NO LO LOGRARA.....	1
INTENTÉ MATARME, PERO SABÍA QUE EL METODO NO PODÍA FALLAR.....	2
MI INTENTO FUE UNA PETICIÓN DE AYUDA. NO QUERÍA MORIRME.....	3
NO SABE.....	8
REHUSA.....	9

***SD23.** ¿Ha intentado suicidarse en los últimos 12 meses?

SI	1	PASE A *SD24
NO	5	
NO SABE	8	
REHUSA	9	

***SD23a.** ¿Cuántos años tenía (cuando/la última vez) que intentó suicidarse?

_____ AÑOS		PASE A *SD27
NO SABE	998	PASE A *SD27
REHUSA	999	PASE A *SD27

***SD24.** ¿Tuvo algún daño físico o se intoxicó?

SI	1	
NO	5	PASE A *SD27
NO SABE	8	PASE A *SD27
REHUSA	9	PASE A *SD27

***SD25.** ¿Necesitó atención médica?

SI	1	
NO	5	PASE A *SD27
NO SABE	8	PASE A *SD27
REHUSA	9	PASE A *SD27

***SD26.** ¿Necesitó hospitalización al menos una noche?

SI	1	
NO	5	
NO SABE	8	
REHUSA	9	

***SD27.** Voy a leerle tres afirmaciones en voz alta. Por favor, ¿Cuál de las siguientes tres afirmaciones describe mejor su situación cuando intentó suicidarse la última vez – una, dos, o tres?

“Una, Hice un intento muy serio para matarme y solo la suerte hizo que no lo lograra.”

“Dos, Intenté matarme, pero sabía que el método podía fallar.”

“Tres, mi intento era una petición de ayuda, no quería morirme.”

HICE UN INTENTO MUY SERIO PARA MATARME Y SOLO LA SUERTE HIZO QUE NO LO LOGRARA.....	1
INTENTÉ MATARME, PERO SABÍA QUE EL METODO PODÍA FALLAR....	2
MI INTENTO FUE UNA PETICIÓN DE AYUDA. NO QUERÍA MORIRME.....	3
NO SABE.....	8
REHUSA.....	9

***SD28.** CONTROL ENTREVISTADOR: (VER NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE R)

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE R TERMINA EN XX-YY.....1 **PASE A *PEB1, SECCIÓN SIGUIENTE**
 TODAS LAS DEMÁS.....2 **PASE A *PH1**

CE, SD1

CONDUCTAS SUICIDAS

- A. PENSAR SERIAMENTE EN SUICIDARSE
- B. HACER UN PLAN PARA SUICIDARSE
- C. INTENTAR SUICIDARSE

1. HICE UN INTENTO MUY SERIO PARA MATARME Y SOLO LA SUERTE HIZO QUE NO LO LOGRARA

2. INTENTÉ MATARME, PERO SABÍA QUE EL MÉTODO PODÍA FALLAR

3. MI INTENTO ERA UNA PETICIÓN DE AYUDA. NO QUERÍA MORIRME

Anexo 2. Sintaxis en Stata para llevar a cabo los análisis realizados en esta Tesis.

/* Prevalencias totales (Tabla 2) */

```
svyset[pweight=wpost_country]
```

```
svy: mean ideation
```

```
svy: mean ideation_12m
```

```
svy: mean planning
```

```
svy: mean planning_12m
```

```
svy: mean attempt_filtroESEMED
```

/* Prevalencias por grupos de edad (Tabla 2) */

/* age_3cat==0: 18-49 años; age_3cat==1: 50-64 años; age_3cat==2: 65+ años */

```
svy: mean ideation          if age_3cat==0
```

```
svy: mean ideation_12m     if age_3cat==0
```

```
svy: mean planning        if age_3cat==0
```

```
svy: mean planning_12m    if age_3cat==0
```

```
svy: mean attempt_filtroESEMED if age_3cat==0
```

```
svy: mean ideation          if age_3cat==1
```

```
svy: mean ideation_12m     if age_3cat==1
```

```
svy: mean planning        if age_3cat==1
```

```
svy: mean planning_12m    if age_3cat==1
```

```
svy: mean attempt_filtroESEMED if age_3cat==1
```

```
svy: mean ideation          if age_3cat==2
```

```
svy: mean ideation_12m     if age_3cat==2
```

```
svy: mean planning        if age_3cat==2
```

```
svy: mean planning_12m    if age_3cat==2
```

```
svy: mean attempt_filtroESEMED if age_3cat==2
```

/* Contraste de Rao-Scott para analizar diferencias en las prevalencias estimadas en función del grupo de edad (Tabla 2) */

```
svy: tab ideation age_3cat
```

```
svy: tab ideation_12m age_3cat
```

```
svy: tab ideation age_3cat
svy: tab ideation_12m age_3cat
svy: tab attempt_filtroESEMED age_3cat
```

```
/* Esto proporcionará, en cada caso, un valor del estadístico chi -
cuadrado no corregido. Para obtener la el valor del estadístico chi -
cuadrado con la corrección de Rao-Scott, es necesario llevar a cabo la
siguiente transformación: (R-1)*(C-1)*(F corregido), donde "F
corregido" es el valor del estadístico F asociado al diseño R*C (el
cual es también una salida del comando anterior), R el número de filas
de la tabla de contingencia y C el número de columnas */
```

```
/* Comparaciones de prevalencia estimada de ideación suicida a lo
largo de la vida en cada grupo de edad, en función del sexo (0 =
Hombre, 1 = Mujer) (Tabla 3) */
```

```
svy: mean ideation if sexo==0
svy: mean ideation if sexo==1
svy: tab ideation sexo
```

```
svy: mean ideation if sexo==0 & age_3cat==0
svy: mean ideation if sexo==1 & age_3cat==0
svy: tab ideation sexo if age_3cat==0
```

```
svy: mean ideation if sexo==0 & age_3cat==1
svy: mean ideation if sexo==1 & age_3cat==1
svy: tab ideation sexo if age_3cat==1
```

```
svy: mean ideation if sexo==0 & age_3cat==2
svy: mean ideation if sexo==1 & age_3cat==2
svy: tab ideation sexo if age_3cat==2
```

```
/* Comparaciones de prevalencia estimada de ideación suicida a lo
largo de la vida en cada grupo de edad, en función del estado civil
actual (0 = Casado/a o viviendo en pareja, 1 = Ni casado/a ni viviendo
en pareja) (Tabla 3) */
```

```
svy: mean ideation if estado_civil==0
svy: mean ideation if estado_civil==1
svy: tab ideation estado_civil
```

```
svy: mean ideation if estado_civil==0 & age_3cat==0
```

```
svy: mean ideation if estado_civil==1 & age_3cat==0
svy: tab ideation estado_civil if age_3cat==0
```

```
svy: mean ideation if estado_civil==0 & age_3cat==1
svy: mean ideation if estado_civil==1 & age_3cat==1
svy: tab ideation estado_civil if age_3cat==1
```

```
svy: mean ideation if estado_civil==0 & age_3cat==2
svy: mean ideation if estado_civil==1 & age_3cat==2
svy: tab ideation estado_civil if age_3cat==2
```

/* Comparaciones de prevalencia estimada de ideación suicida a lo largo de la vida en cada grupo de edad, en función del entorno de residencia (0 = Urbano, 1 = Rural) (Tabla 3) */

```
svy: mean ideation if residencia==0
svy: mean ideation if residencia==1
svy: tab ideation residencia
```

```
svy: mean ideation if residencia==0 & age_3cat==0
svy: mean ideation if residencia==1 & age_3cat==0
svy: tab ideation residencia if age_3cat==0
```

```
svy: mean ideation if residencia==0 & age_3cat==1
svy: mean ideation if residencia==1 & age_3cat==1
svy: tab ideation residencia if age_3cat==1
```

```
svy: mean ideation if residencia==0 & age_3cat==2
svy: mean ideation if residencia==1 & age_3cat==2
svy: tab ideation residencia if age_3cat==2
```

/* Comparaciones de prevalencia estimada de ideación suicida a lo largo de la vida en cada grupo de edad, en función de la ocupación (0 = En activo, 1 = Retirado/a o discapacitado/a, 2 = Labores domésticas o en trabajo no remunerado, 3 = Desempleado/a) (Tabla 3) */

```
svy: mean ideation if occupation==0
svy: mean ideation if occupation==1
svy: mean ideation if occupation==2
```

```
svy: mean ideation if occupation==3
svy: tab ideation occupation
```

```
svy: mean ideation if occupation==0 & age_3cat==0
svy: mean ideation if occupation==1 & age_3cat==0
svy: mean ideation if occupation==2 & age_3cat==0
svy: mean ideation if occupation==3 & age_3cat==0
svy: tab ideation occupation if age_3cat==0
```

```
svy: mean ideation if occupation==0 & age_3cat==1
svy: mean ideation if occupation==1 & age_3cat==1
svy: mean ideation if occupation==2 & age_3cat==1
svy: mean ideation if occupation==3 & age_3cat==1
svy: tab ideation occupation if age_3cat==1
```

```
/* Comparaciones de prevalencia estimada de intento de suicidio a lo
largo de la vida en cada grupo de edad, en función del sexo (0 =
Hombre, 1 = Mujer) (Tabla 4) */
```

```
svy: mean attempt_filtroESEMED if sexo==0
svy: mean attempt_filtroESEMED if sexo==1
svy: tab attempt_filtroESEMED sexo
```

```
svy: mean attempt_filtroESEMED if sexo==0 & age_3cat==0
svy: mean attempt_filtroESEMED if sexo==1 & age_3cat==0
svy: tab attempt_filtroESEMED sexo if age_3cat==0
```

```
svy: mean attempt_filtroESEMED if sexo==0 & age_3cat==1
svy: mean attempt_filtroESEMED if sexo==1 & age_3cat==1
svy: tab attempt_filtroESEMED sexo if age_3cat==1
```

```
svy: mean attempt_filtroESEMED if sexo==0 & age_3cat==2
svy: mean attempt_filtroESEMED if sexo==1 & age_3cat==2
svy: tab attempt_filtroESEMED sexo if age_3cat==2
```

```
/* Comparaciones de prevalencia estimada de intento de suicidio a lo
largo de la vida en cada grupo de edad, en función del estado civil
```


actual (0 = Casado/a o viviendo en pareja, 1 = Ni casado/a ni viviendo en pareja) (Tabla 4) */

svy: mean attempt_filtroESEMED if estado_civil==0

svy: mean attempt_filtroESEMED if estado_civil==1

svy: tab attempt_filtroESEMED estado_civil

svy: mean attempt_filtroESEMED if estado_civil==0 & age_3cat==0

svy: mean attempt_filtroESEMED if estado_civil==1 & age_3cat==0

svy: tab attempt_filtroESEMED estado_civil if age_3cat==0

svy: mean attempt_filtroESEMED if estado_civil==0 & age_3cat==1

svy: mean attempt_filtroESEMED if estado_civil==1 & age_3cat==1

svy: tab attempt_filtroESEMED estado_civil if age_3cat==1

svy: mean attempt_filtroESEMED if estado_civil==0 & age_3cat==2

svy: mean attempt_filtroESEMED if estado_civil==1 & age_3cat==2

svy: tab attempt_filtroESEMED estado_civil if age_3cat==2

/* Comparaciones de prevalencia estimada de intento de suicidio a lo largo de la vida en cada grupo de edad, en función del entorno de residencia (0 = Urbano, 1 = Rural) (Tabla 4) */

svy: mean attempt_filtroESEMED if residencia==0

svy: mean attempt_filtroESEMED if residencia==1

svy: tab attempt_filtroESEMED residencia

svy: mean attempt_filtroESEMED if residencia==0 & age_3cat==0

svy: mean attempt_filtroESEMED if residencia==1 & age_3cat==0

svy: tab attempt_filtroESEMED residencia if age_3cat==0

svy: mean attempt_filtroESEMED if residencia==0 & age_3cat==1

svy: mean attempt_filtroESEMED if residencia==1 & age_3cat==1

svy: tab attempt_filtroESEMED residencia if age_3cat==1

svy: mean attempt_filtroESEMED if residencia==0 & age_3cat==2

svy: mean attempt_filtroESEMED if residencia==1 & age_3cat==2

svy: tab attempt_filtroESEMED residencia if age_3cat==2

/* Comparaciones de prevalencia estimada de intento de suicidio a lo largo de la vida en cada grupo de edad, en función de la ocupación (0 = En activo, 1 = Retirado/a o discapacitado/a, 2 = Labores domésticas o en trabajo no remunerado, 3 = Desempleado/a) (Tabla 4) */

svy: mean attempt_filtroESEMED if occupation==0

svy: mean attempt_filtroESEMED if occupation==1

svy: mean attempt_filtroESEMED if occupation==2

svy: mean attempt_filtroESEMED if occupation==3

svy: tab attempt_filtroESEMED occupation

svy: mean attempt_filtroESEMED if occupation==0 & age_3cat==0

svy: mean attempt_filtroESEMED if occupation==1 & age_3cat==0

svy: mean attempt_filtroESEMED if occupation==2 & age_3cat==0

svy: mean attempt_filtroESEMED if occupation==3 & age_3cat==0

svy: tab attempt_filtroESEMED occupation if age_3cat==0

svy: mean attempt_filtroESEMED if occupation==0 & age_3cat==1

svy: mean attempt_filtroESEMED if occupation==1 & age_3cat==1

svy: mean attempt_filtroESEMED if occupation==2 & age_3cat==1

svy: mean attempt_filtroESEMED if occupation==3 & age_3cat==1

svy: tab attempt_filtroESEMED occupation if age_3cat==1

/* Prevalencias estimadas de intento de suicidio en sujetos que presentaban ideación suicida a lo largo de la vida; comparación de prevalencias en función de las características sociodemográficas (Tabla 4) */

svy: mean attempt if sexo==0 & ideation==1

svy: mean attempt if sexo==1 & ideation==1

svy: tab attempt sexo if ideation==1

svy: mean attempt if estado_civil==0 & ideation==1

svy: mean attempt if estado_civil==1 & ideation==1

svy: tab attempt estado_civil if ideation==1

svy: mean attempt if residencia==0 & ideation==1

svy: mean attempt if residencia==1 & ideation==1

svy: tab attempt residencia if ideation==1

```

svy: mean attempt if occupation==0 & ideation==1
svy: mean attempt if occupation==1 & ideation==1
svy: mean attempt if occupation==2 & ideation==1
svy: mean attempt if occupation==3 & ideation==1
svy: tab attempt occupation if ideation==1

```

/* Prevalencia vital de ideación suicida y depresión, por Comunidad Autónoma (Tabla 5) */

```

label define CCAA_sample "Andalucía" 2 "Aragón" 3 "Asturias" 4 "Islas
Baleares" 5 "Islas Canarias" 6 "Cantabria" 7 "Castilla y León" 8
"Castilla la Mancha" 9 "Cataluña" 10 "Comunidad Valenciana" 11
"Extremadura" 12 "Galicia" 13 "Comunidad de Madrid" 14 "Región de
Murcia" 15 "Navarra" 16 "País Vasco" 17 "La Rioja"

```

```

label values CCAA CCAA_sample

```

```

svy: mean ideation if CCAA==1
svy: mean ideation if CCAA==2
svy: mean ideation if CCAA==3
svy: mean ideation if CCAA==4
svy: mean ideation if CCAA==5
svy: mean ideation if CCAA==6
svy: mean ideation if CCAA==7
svy: mean ideation if CCAA==8
svy: mean ideation if CCAA==9
svy: mean ideation if CCAA==10
svy: mean ideation if CCAA==11
svy: mean ideation if CCAA==12
svy: mean ideation if CCAA==13
svy: mean ideation if CCAA==14
svy: mean ideation if CCAA==15
svy: mean ideation if CCAA==16
svy: mean ideation if CCAA==17

```

```

svy: mean depression_lifETIME_DSM if CCAA==1
svy: mean depression_lifETIME_DSM if CCAA==2
svy: mean depression_lifETIME_DSM if CCAA==3

```

```

svy: mean depression_lifet ime_DSM if CCAA==4
svy: mean depression_lifet ime_DSM if CCAA==5
svy: mean depression_lifet ime_DSM if CCAA==6
svy: mean depression_lifet ime_DSM if CCAA==7
svy: mean depression_lifet ime_DSM if CCAA==8
svy: mean depression_lifet ime_DSM if CCAA==9
svy: mean depression_lifet ime_DSM if CCAA==10
svy: mean depression_lifet ime_DSM if CCAA==11
svy: mean depression_lifet ime_DSM if CCAA==12
svy: mean depression_lifet ime_DSM if CCAA==13
svy: mean depression_lifet ime_DSM if CCAA==14
svy: mean depression_lifet ime_DSM if CCAA==15
svy: mean depression_lifet ime_DSM if CCAA==16
svy: mean depression_lifet ime_DSM if CCAA==17

```

```

/* Modelo de regresión logística que estudia variables asociadas con
ideación suicida a lo largo de la vida en la muestra total (Tabla 6)
*/

```

```

xi: firthlogit ideation sexo edad educacion estado_civil residencia
health_10 loneliness_ucla_10 social_support_oslo_10 heavy_alcohol
mmfsica i . occupation financiero _problems
i . depression_anxiety_lifet ime, or

```

```

/* Modelos de regresión logística que estudian variables asociadas con
ideación suicida a lo largo de la vida en cada grupo de edad (Tabla 7)
*/

```

```

xi: firthlogit ideation sexo educacion estado_civil residencia
health_10 loneliness_ucla_10 social_support_oslo_10 heavy_alcohol
mmfsica i . occupation financiero i . depression_anxiety_lifet ime
if age_3cat ==0, or

```

```

xi: firthlogit ideation sexo educacion estado_civil residencia
health_10 loneliness_ucla_10 social_support_oslo_10 heavy_alcohol
mmfsica i . occupation financiero i . depression_anxiety_lifet ime
if age_3cat ==1, or

```

```

xi: firthlogit ideation sexo educacion estado_civil residencia
health_10 loneliness_ucla_10 social_support_oslo_10 heavy_alcohol
mmfsica i . occupation financiero i . depression_anxiety_lifet ime
if age_3cat ==2, or

```

```

/* Modelo de regresión logística que estudia variables asociadas con
intento de suicidio a lo largo de la vida (Tabla 8) */

```

```
xi: firthlogit attempt sexo edad educacion estado_civil residencia  
health_10 loneliness_ucla_10 social_support_oslo_10 heavy_alcohol  
mmfisiologia . occupation financiero_problemas  
i . depression_anxiety_lifETIME, or
```

/* Modelo de regresión logística que estudia variables asociadas con ideación suicida a lo largo de la vida en sujetos que presentaron depresión alguna vez en su vida (Tabla 9) */

```
xi: firthlogit ideation sexo edad educacion estado_civil residencia  
health_10 loneliness_ucla_10 social_support_oslo_10 heavy_alcohol  
mmfisiologia . occupation financiero_problemas if  
depression_lifETIME_DSM==1, or
```

/ *Modelo lineal de efectos mixtos para los porcentajes absolutos de primera ideación suicida, en cada uno de los años del período 1990-2010 (Tabla 10) * /

```
xtmixed first_id_per year_centered I_1991 Z_1991, mle
```

```
estat ic
```

```
xtmixed first_id_per year_centered I_1992 Z_1992, mle
```

```
estat ic
```

```
xtmixed first_id_per year_centered I_1993 Z_1993, mle
```

```
estat ic
```

```
xtmixed first_id_per year_centered I_1994 Z_1994, mle
```

```
estat ic
```

```
xtmixed first_id_per year_centered I_1995 Z_1995, mle
```

```
estat ic
```

```
xtmixed first_id_per year_centered I_1996 Z_1996, mle
```

```
estat ic
```

```
xtmixed first_id_per year_centered I_1997 Z_1997, mle
```

```
estat ic
```

```
xtmixed first_id_per year_centered I_1998 Z_1998, mle
```

```
estat ic
```

```
xtmixed first_id_per year_centered I_1999 Z_1999, mle
```

```
estat ic
```

```
xtmixed first_id_per year_centered I_2000 Z_2000, mle
```

```
estat ic
```

```
xtmixed first_id_per year_centered I_2001 Z_2001, mle
```

```
estat ic
```

xtmixed first_id_per year_centered I_2002 Z_2002, mle
estat ic
xtmixed first_id_per year_centered I_2003 Z_2003, mle
estat ic
xtmixed first_id_per year_centered I_2004 Z_2004, mle
estat ic
xtmixed first_id_per year_centered I_2005 Z_2005, mle
estat ic
xtmixed first_id_per year_centered I_2006 Z_2006, mle
estat ic
xtmixed first_id_per year_centered I_2007 Z_2007, mle
estat ic
xtmixed first_id_per year_centered I_2008 Z_2008, mle
estat ic
xtmixed first_id_per year_centered I_2009 Z_2009, mle
estat ic

**/ *Modelo lineal de efectos mixtos para los porcentajes absolutos de primer plan de suicidio,
en cada uno de los años del período 1990-2010 (Tabla 11) * /**

xtmixed first_pl_per year_centered I_1991 Z_1991, mle
estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_1992 Z_1992, mle
estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_1993 Z_1993, mle
estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_1994 Z_1994, mle
estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_1995 Z_1995, mle
estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_1996 Z_1996, mle
estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_1997 Z_1997, mle
estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_1998 Z_1998, mle
estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_1999 Z_1999, mle

estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_2000 Z_2000, mle
estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_2001 Z_2001, mle
estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_2002 Z_2002, mle
estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_2003 Z_2003, mle
estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_2004 Z_2004, mle
estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_2005 Z_2005, mle
estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_2006 Z_2006, mle
estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_2007 Z_2007, mle
estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_2008 Z_2008, mle
estat ic
xtmixed first_pl_per year_centered I_2009 Z_2009, mle
estat ic

/ *Modelo lineal de efectos mixtos para los porcentajes absolutos de primer intento de suicidio, en cada uno de los años del período 1990-2010 (Tabla 12) * /

xtmixed first_at_per year_centered I_1991 Z_1991, mle
estat ic
xtmixed first_at_per year_centered I_1992 Z_1992, mle
estat ic
xtmixed first_at_per year_centered I_1993 Z_1993, mle
estat ic
xtmixed first_at_per year_centered I_1994 Z_1994, mle
estat ic
xtmixed first_at_per year_centered I_1995 Z_1995, mle
estat ic
xtmixed first_at_per year_centered I_1996 Z_1996, mle
estat ic

xtmixed first_at_per year_centered I_1997 Z_1997, mle
estat ic

xtmixed first_at_per year_centered I_1998 Z_1998, mle
estat ic

xtmixed first_at_per year_centered I_1999 Z_1999, mle
estat ic

xtmixed first_at_per year_centered I_2000 Z_2000, mle
estat ic

xtmixed first_at_per year_centered I_2001 Z_2001, mle
estat ic

xtmixed first_at_per year_centered I_2002 Z_2002, mle
estat ic

xtmixed first_at_per year_centered I_2003 Z_2003, mle
estat ic

xtmixed first_at_per year_centered I_2004 Z_2004, mle
estat ic

xtmixed first_at_per year_centered I_2005 Z_2005, mle
estat ic

xtmixed first_at_per year_centered I_2006 Z_2006, mle
estat ic

xtmixed first_at_per year_centered I_2007 Z_2007, mle
estat ic

xtmixed first_at_per year_centered I_2008 Z_2008, mle
estat ic

xtmixed first_at_per year_centered I_2009 Z_2009, mle
estat ic