

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA  
CONDUCTA SUICIDA NO LETAL EN LA POBLACIÓN  
GENERAL

Tesis Doctoral


Paloma Huertas Maestre

2022



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

AUTOR: Paloma Huertas Maestre

 <https://orcid.org/0000-0001-6638-3751>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): [riuma.uma.es](http://riuma.uma.es)



Tesis Doctoral



PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA  
SUICIDA NO LETAL EN LA POBLACIÓN GENERAL

Paloma Huertas Maestre

Programa de Doctorado de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Directores:

Dra. Berta Moreno Küstner

Dr. Jorge Cervilla Ballesteros

Málaga, 2022



Dña. Berta Moreno Küstner, Catedrática del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga, y D. Jorge Cervilla Ballesteros, Catedrático del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Granada,

### HACEN CONSTAR

Que la Tesis Doctoral titulada “Prevalencia y factores asociados a la conducta suicida no letal en la población general”, desarrollada por Paloma Huertas Maestre (DNI), bajo nuestra dirección, reúne todas las condiciones exigidas por la normativa vigente, para ser aceptada como Tesis de Doctorado presentada como compendio de publicaciones, por lo que autorizamos se inicien los trámites para su Defensa Pública.

En Málaga, a 9 de septiembre de 2021

Fdo.

Dra. Berta Moreno Küstner

Dr. Jorge Cervilla Ballesteros



Dña. Berta Moreno Küstner, Catedrática del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga, y D. Jorge Cervilla Ballesteros, Catedrático del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Granada, como directores de la Tesis Doctoral titulada “Prevalencia y factores asociados a la conducta suicida no letal en la población general “desarrollada por Paloma Huertas Maestre.

Certifican que las publicaciones que avalan dicha Tesis Doctoral y que se detallan a continuación, forman parte integral de la misma y que se renuncia a la presentación de dichas publicaciones, de forma parcial o total, en otras tesis doctorales.

- 1.- Castillejos, M.C, Huertas, P., Martín, P. & Monero-Küstner, B. (2020). Prevalence of suicidality in the European general population: a systematic review and meta-analysis. *Archive of Suicide Research*. <http://doi.org/10.1080/13811118.2020.1765928>
- 2.- Carrasco-Barrios, M.T., Huertas, P. , Martín, P., Martín, C., Castillejos, M.C., Petkari, E. & Moreno-Küstner, B. (2020). Determinants of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 4115. <http://doi.org/10.3390/ijerph17114115>
- 3.- Huertas, P., Moreno-Küstner, B., Gutiérrez, B., & Cervilla, J. A. (2020). Prevalence and correlates of suicidality in Andalusia (Spain): Results of the epidemiological study PISMA-ep. *Journal of Affective Disorders*, 266, 503–511. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.1>

En Málaga, a 9 de septiembre de 2021

Fdo.

Fdo.

Dra. Berta Moreno Küstner

D. Jorge Cervilla Ballesteros







UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



Escuela de Doctorado

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR

D./Dña PALOMA HUERTAS MAESTRE

Estudiante del programa de doctorado DE PSICOLOGÍA de la Universidad de Málaga, autor/a de la tesis, presentada para la obtención del título de doctor por la Universidad de Málaga, titulada: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA NO LETAL EN POBLACIÓN GENERAL


Realizada bajo la tutorización de BERTA MORENO KÜTNER y dirección de BERTA MORENO KÜTNER Y JORGE CERVILLA BALLESTAROS (si tuviera varios directores deberá hacer constar el nombre de todos)

DECLARO QUE:

La tesis presentada es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, conforme al ordenamiento jurídico vigente (Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo.

Igualmente asumo, ante a la Universidad de Málaga y ante cualquier otra instancia, la responsabilidad que pudiera derivarse en caso de plagio de contenidos en la tesis presentada, conforme al ordenamiento jurídico vigente.

En Málaga, a 15 de NOVIEMBRE de 2021

 Fdo.: PALOMA HUERTAS MAESTRE Doctorando/a	 Fdo.: BERTA MORENO KÜSTNER Tutor/a
Fdo.: BERTA MORENO KÜSTNER <span style="float: right;">FDO. JORGE CERVILLA BALLESTEROS</span>	



Edificio Pabellón de Gobierno Campus El Ejido  
29071  
Tel.: 952 13 10 28 952 13 14 61 / 952 13 71 10  
E-mail: doctorado@uma.es





UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



Escuela de Doctorado

Director/es de tesis



El estudio de campo de esta Tesis Doctoral forma parte de una investigación más amplia denominada “Estudio epidemiológico sobre el trastorno mental: Un estudio andaluz incluido en la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental, sobre la frecuencia y los factores asociados a los trastornos mentales en Andalucía (Estudio PISMA-ep), el cual ha sido financiado por la Consejería de Innovación y Ciencia de la Junta de Andalucía (10-CTS-6682).



*A mi hijo.*

*“Sábetete Sancho, que no es un hombre más que otro si no hace más que otro. Todas estas borrascas que nos suceden son señales de que presto ha de serenar el tiempo y han de sucedernos bien las cosas; porque no es posible que el mal ni el bien sean durables, y de aquí se sigue que, habiendo durado mucho el mal, el bien está ya cerca”*

*Miguel de Cervantes. Don quijote de la Mancha  
(Capítulo XVIII, pág. 118).*



Agradecer a la Dra. Dña. Berta Moreno Küstner, tutora y codirectora de esta Tesis Doctoral, por la confianza que ha depositado en mí para el desarrollo de este trabajo, por su sabiduría, generosidad y honestidad, su involucración durante todo el proyecto, y sus mejores palabras en mis momentos más difíciles.

Agradecer al Dr. D. Jorge Cervilla, por su labor como codirector y su valiosa aportación para el desarrollo del estudio de campo de esta Tesis Doctoral, sin el cual ésta no hubiera visto la luz.

Mi reconocimiento y gratitud a los demás integrantes del equipo de investigación involucrado en la gestación, desarrollo y culminación de este proyecto, Paloma Martín Guerrero, María Teresa Carrasco Barrios, Carlos Martín Pérez, María Carmen Castillejos Anguiano, Eleni Petkari y Blanca Gutiérrez Martínez.

Agradecer a mis padres, Miguel David y Esther, su confianza y apoyo incondicional, por su autenticidad y por ser las raíces que me sostienen.

A mi pareja Rafael Matas, por su guía desde el inicio de mi andadura como Psicóloga Especialista en Psicología Clínica, por aportarme esa mirada compleja, tan diferente, sensible y necesaria del sufrimiento humano.

Sobre todo, el agradecimiento más importante para mi hijo, Rafa, por permitirme robarle tiempo y atención en los años que más me necesita y por ser el principal empuje de mi vida.





## ÍNDICE



<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
<b>1. La fenomenología de suicidio a través de la historia.</b>	<b>8</b>
<b>2. Definición, concepto y clasificación</b>	<b>12</b>
2.1. Clasificación sobre el fenómeno suicida propuesta en el marco de la presente Tesis Doctoral	22
<b>3. Teorías explicativas sobre el fenómeno suicida</b>	<b>24</b>
3.1. Teoría Sociológica de Durkheim	24
3.2. Teoría Psicoanalítica de Freud	25
3.3. Modelo de Vulnerabilidad al Suicidio de Weiss	26
3.4. Modelo Arquitectónico de Mark	27
3.5. Modelo basado en el Estado de la Mente de Bonner y Rich	28
3.6. Modelo Cúbico del Suicidio de Shneidman	28
3.7. Teoría de la Desesperanza de Beck	29
3.8. Modelo de Sobreposición o Superposición de Blumenthal	30
3.9. Modelo Escapista de Baumeister	30
3.10. Modelo Triangular de Prevención del Suicidio de Cutter	31
3.11. Modelo de Trayectorias de Desarrollo del Suicidio de Silverman y Felner	31
3.12. Modelo de Diátesis Estrés de Mann	32
3.13. Modelo Interpersonal de Joiner	33
3.14. Modelo Integrativo de Turecki	33
3.15. Modelo Integrativo de Carballo	35
3.16. Modelo Neurocognitivo de la Conducta Suicida de Jollant	35
<b>4. Epidemiología del fenómeno suicida</b>	<b>36</b>
4.1. Factores asociados al fenómeno suicida	40
<b>5. La Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud</b>	<b>52</b>
5.1. Antecedentes de la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental	52
5.2. Desarrollo de la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental	54

<b>SEGUNDA PARTE. MARCO EMPÍRICO</b>	<b>55</b>
<b>1. Contexto y justificación</b>	<b>57</b>
<b>2. Objetivos</b>	<b>65</b>
<b>3. Metodología</b>	<b>69</b>
3.1. Metodología del Estudio 1. Prevalencia de la conducta suicida no letal en la población general europea.	71
3.2. Metodología del Estudio 2. Determinantes de la conducta suicida no letal en la población general europea.	74
3.3. Metodología del Estudio 3. Prevalencia de la conducta suicida no letal y factores asociados al riesgo suicida en la población general andaluza.	78
<b>4. Resultados</b>	<b>89</b>
4.1. Resultados Estudio 1. Prevalencia de la conducta suicida no letal en la población general europea.	91
4.2. Resultados Estudio 2. Determinantes de la conducta suicida no letal en la población general europea.	94
4.3. Resultados Estudio 3. Prevalencia de la conducta suicida no letal y factores asociados al riesgo suicida en la población general andaluza.	102
<b>5. Discusión</b>	<b>107</b>
5.1. Discusión Estudio 1. Prevalencia de la conducta suicida no letal en la población general europea.	109
5.2. Discusión Estudio 2. Determinantes de la conducta suicida no letal en la población general europea.	112
5.3. Discusión Estudio 3. Prevalencia de la conducta suicida no letal y factores asociados al riesgo suicida en la población general andaluza.	119
5.4. Limitaciones	124
5.5. Fortalezas y perspectivas futuras	127
5.6. Implicaciones prácticas	128
<b>6. Conclusiones</b>	<b>131</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>135</b>

---

<b>GLOSARIO</b>	<b>189</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>193</b>
<b>7. ANEXO 1</b>	<b>195</b>
7.1. Estudio 1. Artículo “Prevalence of suicidality in the European general population: a systematic review and meta-analysis”	195
7.2. Estudio 1. Material suplementario	216
<b>8. ANEXO 2</b>	<b>229</b>
8.1. Estudio 2. Artículo “Determinants of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis”	229
8.2. Estudio 2. Material suplementario	254
<b>9. ANEXO 3</b>	<b>289</b>
9.1. Estudio 3. Artículo “Prevalence and correlates of suicidality in Andalusia (Spain): Results of the epidemiological study PISMA-ep”.	289



# INTRODUCCIÓN





El suicidio es un importante problema de salud pública a nivel internacional. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 700.000 personas se suicidan cada año (WHO, 2021). La conducta suicida no letal es más frecuente que el suicidio consumado y por cada suicidio consumado, se dan entre 10 y 20 casos de intento suicida (WHO, 2019). El Estudio Global de la Carga de Enfermedades de la OMS estima que la carga de enfermedad por problemas de salud mental se encuentra entre las mayores del mundo y que ésta aumentará en las próximas décadas (WHO, 2013). Sin embargo, hasta hace unos años, la mayoría de las estimaciones y proyecciones futuras sobre las cifras de problemas de salud mental, entre los que se encuentra la conducta suicida, se basaban principalmente en revisiones bibliográficas y estudios limitados y aislados, más que en encuestas epidemiológicas internacionales. En este sentido, con objeto de responder a las limitaciones sobre las estimaciones de datos, nace la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental (*WMH Surveys Initiative*), un proyecto del Grupo de Evaluación, Clasificación y Epidemiología (ACE) de la OMS que coordina la implementación y el análisis de encuestas epidemiológicas de población general sobre trastornos mentales, de comportamiento y de consumo de sustancias en países de todas las regiones de la OMS (WHO, s.f.).

Son numerosos los estudios que se han sumado a la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental en los últimos años, aportando datos sobre prevalencia y factores asociados en el área de la salud mental. En la mayoría de las encuestas poblacionales realizadas se incluye habitualmente la recogida y análisis de distintos factores de salud mental como es la conducta suicida no letal.

Esta Tesis Doctoral engloba tres estudios epidemiológicos. Dos de ellos presentan datos a partir de una revisión sistemática realizada para tal fin. El tercer estudio, se trata de un estudio empírico de campo. Los tres estudios se enmarcan en la línea de la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental y se describen brevemente a continuación.

El 1<sup>er</sup> estudio “Prevalencia de la conducta suicida no letal en la población general europea” tiene como objetivo analizar la información reciente sobre la prevalencia de la conducta suicida no letal en la población general de los distintos países de Europa. Para ello, se realiza una revisión sistemática de artículos con datos originales publicados durante el periodo de enero de 2008-diciembre de 2017. Se presentan los correspondientes meta-análisis sobre los datos de prevalencia global, puntual, anual y vital de la conducta suicida no letal y de sus distintos componentes (deseos de muerte, ideación, planificación e intento suicida).

El 2<sup>o</sup> estudio “Determinantes de la conducta suicida no letal en la población general europea” pretende investigar los datos publicados sobre factores asociados a la conducta suicida no letal en la población general de Europa. De la revisión sistemática realizada, se recoge información de aquellos estudios empíricos que analizan la asociación de distintos factores demográficos, psicosociales y clínicos, y la conducta suicida no letal en la población general europea durante el mismo periodo que el estudio anterior (enero de 2008-diciembre de 2017) y se realizan los meta-análisis pertinentes.

La sistematización y cuantificación de la información recogida por los dos primeros estudios permite el avance en nuestra comprensión de este fenómeno y también puede proporcionar claves valiosas sobre cómo abordar este grave problema de salud pública en nuestro continente.

Por otra parte, particularmente en Andalucía, no conocemos estudios epidemiológicos en población general que hayan investigado sobre la prevalencia y los factores asociados a la conducta suicida no letal en la población general. Para responder a dicha necesidad, se realiza un 3<sup>er</sup> estudio “Prevalencia de la conducta suicida no letal y factores asociados al riesgo suicida en la población general andaluza”, el cual completará el contenido de esta Tesis Doctoral. Se trata, por lo tanto, del primer estudio epidemiológico comunitario sobre conducta suicida no letal realizado en Andalucía, pudiéndonos ofrecer importantes resultados de interés clínico para la prevención del suicidio en este territorio.

La presentación de esta Tesis Doctoral se hará, atendiendo a la normativa vigente, y de acuerdo con los directores y la Comisión de Doctorado de la Universidad de Málaga, en formato compendio de publicaciones. Son tres los artículos publicados en revistas incluidas en *Journal Citation Reports* (JCR) los que conformarán esta Tesis Doctoral. La elección del formato de compendio de publicaciones se justifica al agrupar tres estudios científicos cuyos objetivos de investigación propuestos conforman una misma línea coherente. El rigor científico de los estudios presentados se sustenta en el proceso de revisión por pares propio de las publicaciones de calidad que garantizan las revistas indexadas en JCR. La correspondencia con cada estudio y las referencias completas de cada artículo son las que siguen:

**Estudio 1. Prevalencia de la conducta suicida no letal en la población general europea.**

El primer estudio realizado se materializa con la producción y difusión del siguiente artículo científico:

- Castillejos, M.C., Huertas, P., Martín, P. & Moreno-Küstner, B. (2020). Prevalence of suicidality in the European general population: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Suicide Research*. <http://doi.org/10.1080/13811118.2020.1765928>

**Estudio 2. Determinantes de la conducta suicida no letal en la población general europea.**

El segundo estudio realizado se concretiza con la producción y difusión de un artículo científico:

- Carrasco-Barrios, M.T., Huertas, P., Martín, P., Martín, C., Castillejos, M.C., Petkari, E. & Moreno-Küstner, B. Determinants of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 4115. <http://doi.org/10.3390/ijerph17114115>

**Estudio 3. Prevalencia de la conducta suicida no letal y factores asociados al riesgo suicida en la población general andaluza.**

El tercer estudio desarrollado culmina con la publicación del siguiente artículo científico:

- Huertas, P., Moreno-Küstner, B., Gutiérrez, B., & Cervilla, J. A. (2020). Prevalence and correlates of suicidality in Andalusia (Spain): Results of the epidemiological study PISMA-ep. *Journal of Affective Disorders*, 266, 503–511. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.115>

## **PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO**



El fenómeno suicida ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Etimológicamente proviene del latín, *sui y caedere* (matar a uno mismo). Sí es cierto que dicha palabra no existía propiamente hasta más adelante, siendo el primer hallazgo del término suicidio el encontrado en los textos del teólogo francés Gauthier de Saint Victor, en el año 1177 (Prado, 2011). En este sentido, el griego clásico carecía de una expresión genérica para la muerte voluntaria, pero era rico en palabras que denominan actos específicos de “auto asesinato”(Szasz, 2002), así vemos expresiones muy variadas para aludir a esa palabra, normalmente haciendo referencia al arma, a la forma, al medio utilizado o mediante el empleo de expresiones elegantes y metafóricas tal como la expresada por Platón: “se despoja violentamente de la parte de la vida que le ha dado el destino” (Platón, 1446, citado en Salman, 2011), refiriéndose indudablemente al acto suicida.

El suicidio es eminentemente humano. Esto es, para que dicho proceso sea un hecho es menester que el sujeto que lo realice reconozca el sentido de la vida y de la muerte, y elija el segundo estado. Encontramos manifestaciones pseudosuicidas en animales, como la del escorpión, al clavarse su propia cola cuando está rodeado de fuego, o la del perro que, cuando desaparece su amo, finalmente muere él mismo de inanición. También tenemos el caso curioso de los roedores Lemings de Noruega, que se precipitan por altos acantilados como una huida colectiva consecuencia de índices demográficos insostenibles, o el del ave cóndor que cuando,

con los años, pierde la capacidad de alimentarse, hace un último vuelo lanzándose contra las rocas para morir. Si exploramos a nuestro familiar más cercano, el chimpancé, genéticamente más próximo a nuestra especie, encontramos que ya en el año 1972 la reconocida etóloga Jane Goodall registra el primer caso de una cría de chimpancé de ocho años que, tras fallecer su madre, de la que no se separaba y con la cual mantenía una relación fusional, dejó de comer e interactuar con sus congéneres, hasta morir a causa del debilitamiento progresivo de su sistema inmune (Moraga, 2016).

Todas estas manifestaciones autodestructivas y otras registradas por etólogos e investigadores de la materia, carecen de la autodeterminación y facultad volitiva para ser catalogadas propiamente de conductas suicidas, pese a su resultado de muerte. En el mundo animal este tipo de conductas se contextualizan en procesos menos complejos de huida en forma de muerte ante un peligro inminente o en estados de indefensión progresiva, que precipitan la misma, siendo esta idea compartida mayoritariamente por la comunidad científica en la actualidad.

Desde el punto de vista cultural, filosófico y moral, el suicidio ha sido objeto de estudio e interés desde la antigüedad. Distintas disciplinas, como la teología, el derecho, la sociología, la filosofía y por supuesto la salud, entre otras, se han interesado por estudiarlo desde sus diferentes prismas.

## **1. La fenomenología de suicidio a través de la historia**

La concepción del suicidio desde las distintas tradiciones socioculturales oscila entre considerarlo un acto voluntario sobre el cual se tiene derecho, y verlo como un asesinato o una franca violación a una ley, ya sea divina o humana. La aceptación o condena de dicho acto, reflejaría los valores morales latentes en un marco cultural determinado ante la conducta en sí y quienes la producen, influenciada por la religión imperante, por la filosofía dominante, los matices socio-económicos o la sabiduría popular (Antón, 2010).



Así, en el Antiguo Egipto, la muerte será considerada como un paso más entre una vida y la siguiente. Los muertos tenían un estatus cercano a los dioses, manteniendo las mismas necesidades emocionales y físicas que en la etapa de la vida. En este contexto, el suicidio no suponía un acto deshonesto ni perseguido, era más bien una conducta plausible para enfrentarse a una injusticia o humillación (Mesones, 2014).

Entre los griegos, sin embargo, el suicidio era condenado y el cadáver del suicida era considerado indigno e imposibilitado de ser enterrado en el cementerio. El cuerpo del fallecido por suicidio era manipulado y dañado, y en la mayoría de los casos se les amputaba una mano, como a los traidores. Solo en situaciones de excepción, como la causa patriótica o el honor, el acto de suicidio era tolerado (López, Hinojal y Bobes, 1993). Con la llegada de las escuelas filosóficas, se cambió la concepción del suicidio. Para los estoicos era considerado un dogma cuando la vida se ponía insoportable y penosa mientras que los epicúreos consentían en quitarse la vida cuando en ella no se encontraba más placer (López et al., 1993). Se constituyeron tribunales públicos que autorizaban el suicidio tras escuchar a aquellos que querían quitarse la vida, convirtiéndose en acto legítimo, y en algunas ciudades, como en Atenas y Esparta, el suicidio estaba regulado por ley (Giner, 2010).

La tradición pragmática de los romanos los llevó a valorar el suicidio en términos económicos. De este modo, el suicidio era negado a los esclavos, al suponer una pérdida patrimonial de su dueño, y a los soldados, al debilitar la capacidad del ejército. Sin embargo, era valorado como acto elogioso e incluso obligatorio ante determinadas circunstancias (deshonra en las mujeres, militares vencidos, etc.). Se establecieron, al igual que en Grecia, tribunales de instancia para escuchar a aquellos que lo solicitaban, y existían lugares públicos para la consumación de éste, una vez autorizado el acto suicida (Legido, 2012).

El suicidio entre los judíos era poco frecuente, debido al valor de la vida para la cultura hebrea. Únicamente era aceptado en los casos de riesgo de captura o tortura. Los primeros

cristianos por su parte eran tolerantes con el suicidio, suponiendo un acto digno para los mártires perseguidos, los cuales son considerados Santos por la Iglesia (Rodríguez, 1997, citado en Giner, 2010). Es en el siglo IV, tras siglos de debate interno dentro de la Iglesia, cuando ésta se posiciona abiertamente respecto el suicidio, asumiendo el manifiesto ideológico de San Agustín, el cual escribe en *La Ciudad de Dios*, que ninguna persona puede atribuirse el derecho de matar a nadie, incluida ella misma, que el sufrimiento es enviado por Dios, debiendo ser soportado con fe y resignación, y que el suicidio es el peor de los pecados, puesto que excluye cualquier posibilidad de absolución (Mesones, 2014). Es a partir de esta etapa, cuando la Iglesia condena el suicidio, decretándose la excomunión de los suicidas y negándoseles la aplicación de los rituales propios tras la muerte. Esta fue la postura adoptada a lo largo de la Alta Edad Media, llegando a la degradación y humillación de cadáveres de personas suicidadas. Santo Tomás de Aquino (1224-1274), aun acogiendo las ideas de San Agustín, introduce el concepto de “irresponsabilidad” y plantea que existen actos suicidas que no tendrían relación con una posesión diabólica, pudiendo estar del lado de las enfermedades vesanas, como podían ser la histeria o la epilepsia (Giner, 2010). En la Baja Edad Media el rechazo hacia el suicidio comenzó a suavizarse, se flexibilizaron determinadas leyes penales y aumentó la comprensión ante suicidios de distintos colectivos.

A finales del siglo XVIII, con el Renacimiento Cultural, y el surgimiento de figuras como Hume, Montesquieu y Voltaire se afianzaron justificaciones racionales de autodeterminación sobre la muerte ante condiciones de gran sufrimiento (López *et al.*, 1993). Coincidiendo en el tiempo con estas nuevas concepciones, aunque no inspiradas en ellas, el suicidio comenzó a “patologizarse”, dando un viraje, desde el prisma religioso al científico, siendo la psiquiatría la que se hiciera cargo de él, al considerarse una amenaza para la sociedad. Sin embargo, es hasta bien entrado el siglo XIX que no se despenaliza el suicidio en Europa, cuando los teólogos comienzan a conceptualizar el mismo más como una tragedia que como un castigo (Best, 1986,

citado en López *et al*, 1993). Durante este periodo continúa el debate sobre el suicidio, entre los estudiosos de la ciencia, coexistiendo posturas que apoyaban la visión del suicidio como síntoma de degeneración mental y aquellas que negaban la existencia de una “monomanía suicida”. Este debate desembocó en el afianzamiento de una postura moderada, que establecía la imposibilidad de definir el suicidio como entidad patológica en sí misma, la constatación de que el suicidio puede darse en distintos estados mentales incluso siendo éstos opuestos, y la idea de que pueda producirse el acto suicida en sujetos con un perfecto estado de salud (Mesones, 2014). En esta línea, Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), representante inicial de la tesis psiquiátrica, manifestó en sus escritos que el fenómeno suicida carecía de una etiología clara y bien definida. Consideró la imposibilidad de establecer una taxonomía coherente sobre el suicidio entendido como enfermedad, y contempló una mayor influencia de factores sociales respecto de éste. Durante este siglo comenzaron las investigaciones epidemiológicas sobre el suicidio, analizando diferentes factores que pudieran estar asociados al mismo, como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel socioeconómico, la ocupación y el clima (Giner, 2010).

Durante el siglo XX el estudio sobre el suicidio se intensificó. Disciplinas como el psicoanálisis, la sociología, el existencialismo o la biología se interesan por el análisis de sus causas, y el estudio de formas de prevención de la conducta suicida. Los valores morales de la cultura occidental, como la libertad individual y la autonomía de pensamiento y de acción, reflejan los posicionamientos intelectuales de este siglo respecto al suicidio (López *et al.*, 1993), aunque coexistiendo con una postura legislativa que promueve la vigilancia de la conducta suicida por médicos, policía o familiares, desde una mirada popular cargada de vergüenza y secretismo social.

En la actualidad, las disciplinas neurocientíficas, como la psiquiatría y la psicología clínica, plantean que el suicidio rara vez se da en sujetos que no padecen un trastorno mental. En este

sentido, aunque las dos concepciones tradicionalmente imperantes (el suicidio como enfermedad o como consecuencia de acontecimientos biográficos desgraciados, es decir, la dualidad del suicida como loco o desdichado) coexisten hasta nuestros días, destaca la visión patológica del suicidio. Por otro lado, coincidiendo con el avance de las neurociencias, proliferan estudios sobre alteraciones genéticas, anomalías morfológicas y funcionales de las personas que han intentado suicidarse o han consumado el suicidio, con el objetivo de encontrar factores que predispongan a este fenómeno (Antón, 2010). En el ámbito de la Salud Pública el mayor desafío en la actualidad se centra tanto en la adquisición y análisis de datos epidemiológicos de prevalencia e incidencia del suicidio a nivel mundial y comunitario, como en la búsqueda de variables implicadas en su etiología y mantenimiento, donde se incluiría el estudio de distintos factores desde una perspectiva multifactorial y enmarcado en un modelo biopsicosocial. El estudio de estas cuestiones parece clave para mapear y cuantificar la magnitud del problema e intervenir para su prevención.

## **2. Definición, concepto y clasificación**

No existe en la actualidad una nomenclatura universal en el campo de la Suicidiología. El suicidio es un fenómeno muy complejo que engloba diferentes problemáticas y realidades. Incluye desde actividades de riesgo con un componente autodestructivo, conductas suicidas más o menos impulsivas con o sin premeditación, o suicidios más o menos violentos, con diferentes niveles de letalidad. Además, se trataría de una realidad asociada a diferentes problemas psicosociales, distintos perfiles psicológicos o trastornos psiquiátricos, lo que complejiza más aún su análisis como objeto de investigación.

Tradicionalmente, han coexistido distintas perspectivas teóricas en el estudio del suicidio consumado y de la conducta suicida no letal. Una de las principales controversias que encontramos en la literatura es considerar este fenómeno como una realidad unitaria con distintos componentes o manifestaciones o de delimitar distintos universos bajo el engranaje de

una terminología similar. Así, nos encontramos estudiosos en la materia que consideran el suicidio consumado como un fenómeno distinto a las tentativas de suicidio, debido principalmente a las diferentes características epidemiológicas y clínicas de las personas que se parecen agruparse en uno u otro grupo (Tabla 1). En esta línea, destacarían aquellos autores que incluso asemejan el perfil de determinados actos suicidas, sin resultado de muerte, pero con una máxima intencionalidad, con el suicidio consumado, y los diferencian de aquellos cuyo nivel de intencionalidad es menor (Hendin, 1950; Mann, 1987; Linehan, 1986).

Por otro lado, estarían aquellos que defienden el suicidio como fenómeno único con niveles de creciente gravedad que incluiría, desde los deseos de muerte hasta las distintas manifestaciones conductuales, como amenazas, gestos o tentativas suicidas, para concluir en el suicidio consumado (Sarró y de la Cruz, 1991). Esta última concepción dimensional del comportamiento suicida está muy influenciada por el encuadre de la conducta como manifestación de la conducta autodestructiva, siendo conceptualmente más amplia (Giner, 2010).

Tabla 1  
*Perfiles diferenciales del suicidio e intento de suicidio*

<b>Intento de suicidio</b>	<b>Suicidio consumado</b>
Joven	Adulto
Mujer	Hombre
Conflicto interpersonal	Conflicto intrapersonal
Acto impulsivo	Acto planeado
Comunicado al entorno	Aislamiento del entorno
Método de baja letalidad	Método de alta letalidad
Alta probabilidad de rescate o ayuda	Baja probabilidad de rescate o ayuda
Intencionalidad baja	Intencionalidad alta
Hostilidad alta	Hostilidad baja
Mayor psicopatología de carácter	Menor psicopatología de carácter

Nota: Recuperado de Mingote *et al.* (2004). *Suicidio: Asistencia Clínica*. Ediciones Díaz de Santos, p.19

Respecto a la taxonomía de la conducta suicida, ni el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*, DSM-5) de la *American Psychiatric Association* (APA, 2014) ni

tampoco la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su decimoprimer edición, CIE-11 (WHO, 2018) establecen criterios diagnósticos para la conducta suicida.

El DSM-5 recoge el diagnóstico de trastorno del comportamiento suicida en la sección III, correspondiente a afecciones que necesitan más estudio, donde establece una propuesta de categorización diagnóstica, con un criterio temporal de intento de suicidio en los últimos 24 meses. Define el intento suicida como “...una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien, en el momento de iniciarlos, espera que el conjunto de acciones lleve a su propia muerte. El momento de inicio es el momento en el que tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio” (APA, 2014, p.801). En los criterios diagnósticos propuestos, el DSM-5 diferencia el intento suicida de la autolesión no suicida, no incluida en el diagnóstico de trastorno del comportamiento suicida, al no existir intencionalidad de muerte en este último caso. Dicho diagnóstico tampoco sería aplicable a la ideación y a la planificación suicida (APA, 2014).

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su decimoprimer edición (CIE-11), codifica las distintas formas de conducta suicida no letal (ideación, planificación e intento suicida) en el capítulo 21, de síntomas, signos y hallazgos clínicos no clasificados en otro lugar. El suicidio consumado y los medios comisivos los codifica en el capítulo 23 (WHO, 2018). A su vez, reserva el código X para registrar la historia previa de conducta suicida no letal y el capítulo 24, de factores de influencia sobre el estado de salud o el contacto con servicios sanitarios, para registrar los antecedentes familiares y personales relacionados con la conducta suicida. En general, esta nueva edición de la OMS, mejora a su predecesora aumentando las especificaciones para codificar las distintas realidades de la fenomenología suicida.

El complejo debate terminológico y conceptual sobre el suicidio perdura hoy en día, y las definiciones y clasificaciones desarrolladas son innumerables, desde las desarrolladas en el

ámbito clínico, mediante escalas y estudios retrospectivos de pacientes con intentos suicidas, a aquellas clasificaciones más recientes y operativas (Giner, 2010; Silverman *et al.*, 2007). Estas últimas abogan por una descripción sistemática y detallada de los diferentes subgrupos o categorías y una mayor amplitud de términos, que gocen de una mayor precisión y suficiente validez para su generalización, lo que permitiría predecir de manera rigurosa el fenómeno suicida, tanto en el ámbito clínico como en el ámbito de la investigación (O'Carroll *et al.*, 1996). Algunas de las propuestas han logrado un importante respaldo por parte de instituciones y entidades relacionadas con la salud mental. Aquí describimos aquellas más extendidas y compartidas, aún lejos de estar aceptadas ampliamente por la comunidad científica.

Desde la perspectiva clínica, destaca la clasificación de Maris *et al.* (1992). Estos autores establecen diferentes ejes, que recogen aspectos fundamentales del fenómeno suicida (Giner, 2010):

- Eje I. Recogería el tipo de conducta (conducta autodestructiva, ideación suicida, intento suicida no fatal y suicidio consumado) e incluiría una subclasificación para diferenciar entre conductas suicidas escapistas, vengativas, altruistas, ordálicas o mixtas.
- Eje II. Contendría diferentes características secundarias del acto en si, como la letalidad, la intencionalidad y el método utilizado.
- Eje III. Registraría datos sociodemográficos como el género, edad, raza, estado civil y la ocupación.

Por su parte Diekstra (1993) propone una serie de criterios prácticos de clasificación para el parasuicidio, la tentativa suicida y el suicidio consumado:

- Parasuicidio. Acto de resultado no mortal; la persona desencadena el propio acto que lleva al daño o sobredosis de un sustancia (o se hubiera producido si no llega a ser por algún motivo); existe conocimiento de que la acción iniciada (deliberada o intencionada) lleva a lesiones o a sobredosis; la motivación es irrelevante para su consideración, siendo

lo que condiciona su categorización el método utilizado; se incluyen actos “manipulativos” y agrupaciones de “actos parasuicidas”; se excluyen las conductas autodestructivas crónicas.

- Tentativa suicida. Caracterizada por su resultado no mortal; la persona desencadena el propio acto que llevaría a la muerte si no fuera por algún motivo; existe conocimiento de que la acción iniciada lleva al estado objetivo de muerte (deliberado o intencionado); no sería necesaria la intención de morir para ser considerada como tentativa de suicidio, siendo lo que condiciona su categorización el método utilizado; Se excluyen si se presentan como actos habituales.
- Suicidio. Con resultado de muerte; la propia persona desencadena el acto que lleva a dicho resultado y existe el conocimiento de que dicho acto lleva a un estado de muerte objetiva; no es necesaria la intención de morir para su consideración como suicidio.

En la línea de las clasificaciones actuales, con mayor énfasis en la operatividad y precisión, el Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (*Center for Disease Control, CDC*) recoge en la década de los 80 una serie de criterios operacionales para la determinación de suicidio (*Operational Criteria for the Determination of Suicide, OCDS*). La unificación de dicha terminología ha servido de base para numerosos proyectos de investigación dedicados al estudio y la prevención del suicidio.

Estos criterios diferencian entre violencia autoinfligida (que incluiría la violencia autoinfligida no suicida, es decir, las conductas autodestructivas destinadas a hacerse daño, y la violencia autoinfligida propiamente suicida), el intento de suicidio indeterminado, el intento de suicidio interrumpido por otros o por uno mismo, otros comportamientos suicidas, incluidos los actos preparatorios, el intento de suicidio y el suicidio consumado (Giner, 2010).

Por su parte, O'Carroll *et al.* (1996), propusieron una nomenclatura sobre los epifenómenos en el ámbito del suicidio, con el objetivo de unificar criterios que facilitara la actuación de



políticas preventivas, estudios epidemiológicos e intervenciones clínicas más efectivas. Probablemente, la propuesta de O'Carroll *et al.* (1996) y la posterior revisión realizada por Silverman *et al.* (2007) es una de las clasificaciones más operativas y precisas tanto en la especificación de conceptos como en la definición detallada de cada uno de ellos. Fue apoyada y adoptada por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (*The National Institute of Mental Health*, NIMH) y por la Asociación Americana de Suicidiología (*American Association of Suicidology*), y ha gozado de una gran aceptación por parte de los investigadores y clínicos. O'Carroll *et al.* (1996) delimitan por un lado, las conductas de riesgo a corto plazo (por ejemplo, deportes de riesgo extremo) o a largo plazo (como fumar), y por otro, los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, donde se incluirían la ideación suicida casual o seria (en esta última se especificaría la transitoriedad o persistencia de la misma) y las conductas relacionadas con el suicidio, categoría que recogería la conducta instrumental (donde se incluiría la amenaza suicida) y los actos suicidas (el intento de suicidio y el suicidio consumado). Además, se detallan tres aspectos de interés para evaluar las diferentes manifestaciones, como son la intencionalidad o instrumentalidad del acto (deseo de morir o búsqueda de cambios en el contexto), la existencia o no de lesiones y la certeza del sujeto del desenlace de daño o de muerte.

En 2007, Silverman *et al.* recogen la propuesta de O'Carroll *et al.* (1996) y realizan una revisión y actualización de su taxonomía (Tabla 2), añadiendo elementos clave de distintas definiciones anteriores y en consonancia terminológica con los criterios operacionales propuestos por la CDC. Estos autores proponen tres categorías, en las cuales quedarían recogidos los componentes esenciales del fenómeno suicida. Éstas serían, la ideación relacionada con el suicidio, la comunicación relacionada con el suicidio, donde se incluirían tanto la amenaza suicida (que sustituiría a la conducta instrumental de O'Carroll *et al.*) como el plan suicida, y las conductas relacionadas con el suicidio, conformada por las categorías

autolesiones, intentos de suicidio y suicidio consumado. En su reconceptualización establecen diferentes tipologías (tipo I o tipo II) para las diferentes combinaciones y permutaciones de las variables clínicas y así poder simplificar la terminología empleada, atendiendo a los criterios de intencionalidad, lesión o daño y resultado final. Además, establecen una clasificación adicional para las categorías comunicación y conducta suicida dependiendo de si el foco es intrapersonal, esto es, si se busca la obtención de cambios en el estado interno (evasión o liberación), interpersonal, donde la búsqueda de cambios se coloca fuera (afecto/control) o mixto.

Las definiciones de la nomenclatura propuesta por Silverman *et al.* (2007) son las siguientes:

- Ideación relacionada con el suicidio. Dicha categoría englobaría todos aquellos pensamientos sobre el suicidio.
- Comunicación relacionada con el suicidio. Se trataría del acto interpersonal de transmisión de pensamientos, deseos, decisión o intención de acabar con la propia vida, donde hay evidencia explícita o implícita de que el acto en sí mismo no es una conducta suicida o una autolesión. Se trataría de un punto intermedio entre ideación y conducta suicida. Esta categoría incluiría dos subcategorías:
  - Amenaza suicida. Es toda acción interpersonal, verbal o no verbal, pasiva o activa, que podría suponer razonablemente la probabilidad de conducta suicida de un futuro cercano.
  - Plan suicida. Elaboración de un método o programa de acción para llevar a cabo una conducta suicida.
- Conducta relacionada con el suicidio; conducta autoinfligida y potencialmente lesiva en la que hay alguna evidencia, explícita o implícita, de que la persona desea utilizar la aparente intención de suicidarse con alguna otra finalidad o por el contrario la persona presenta en algún grado la intención de suicidarse. La conducta relacionada con el

suicidio puede no provocar lesiones, provocarlas en algún grado o producir la muerte. La categoría de conducta relacionada con el suicidio incluiría a su vez, cuatro subcategorías:

- Autolesión o gesto suicida. Conducta autoinfligida y potencialmente lesiva, donde existe evidencia, explícita o implícita, de que la persona no quiere suicidarse. La persona se autolesiona con el deseo de aparentar una intencionalidad suicida para la consecución de otros fines (como buscar ayuda, solicitar atención a su malestar, regular el humor negativo etc.). Puede no causar lesiones, causarlas en algún grado o producir la muerte.
- Conducta suicida no determinada. Conducta autoinfligida y potencialmente lesiva con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede no causar lesiones, causarlas en algún grado o producir la muerte.
- Intento de suicidio. Conducta autoinfligida y potencialmente lesiva sin resultado fatal, para la que existe evidencia, explícita o implícita, de intencionalidad de suicidarse. Dicha conducta puede no causar lesiones o causarlas en distinto grado.
- Suicidio consumado. Muerte autoinfligida con evidencia, explícita o implícita, de intencionalidad de morir por parte de la persona.

Tabla 2

*Clasificación de la conducta suicida según Silverman et al. (2007)*

<b>Manifestación suicida</b>	<b>Grado de intencionalidad</b>	<b>Tipología</b>
Ideación suicida	Sin intencionalidad suicida	Casual
	Con grado indeterminado de intencionalidad suicida	Transitoria Pasiva Activa
	Con intencionalidad suicida	Persistente
Comunicación suicida	Sin intencionalidad suicida	Amenaza suicida tipo I Plan suicida tipo I
	Con grado indeterminado de intencionalidad suicida:	Amenaza suicida tipo II Plan suicida tipo II
	Con intencionalidad suicida	Amenaza suicida tipo III Plan suicida tipo III
Conducta suicida	Sin intencionalidad suicida:	Autolesión tipo I (sin lesiones)
		Autolesión tipo II (con lesiones)
		Muerte autoinfligida no provocada (con resultado fatal)
	Con grado indeterminado de intencionalidad suicida	Conducta suicida no determinada, tipo I (sin lesiones)
		Conducta suicida no determinada tipo II (con lesiones)
		Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada (con resultado fatal)
	Con intencionalidad suicida	Intento de suicidio tipo I (sin lesiones)
Intento de suicidio tipo II (con lesiones)		
Suicidio consumado (con resultado fatal)		

Nota: Adaptación del *Silverman et al. (2007)*

Tras la revisión sobre las principales definiciones y clasificaciones propuestas por diferentes autores en el ámbito del suicidio, es importante señalar los planteamientos de la OMS en su primer informe sobre la prevención del suicidio (WHO, 2014). La propia OMS establece sus propias definiciones del fenómeno suicida señalando que las cuales no son concluyentes en la actualidad, ni resuelven de ningún modo los problemas de terminología y definición de los comportamientos suicidas de manera definitiva, aludiendo a la controversia que continúa sobre qué entendemos por suicidio y por conducta suicida. Para los fines exclusivos de dicho informe de prevención del suicidio, define el suicidio como el acto deliberado de matarse. Respecto al término conducta suicida, la OMS se decanta por incluir desde la ideación suicida (pensamiento sobre el suicidio) y la planificación (elaboración de un plan para suicidarse), hasta el intento suicida. La inclusión de la ideación suicida como parte de la conducta suicida es un tema complejo, y en la actualidad, existe un debate conceptual significativo sobre el mismo, ya que la ideación es una conducta no observable, fluctuante y fugaz. Pese a ello, la OMS se inclina por incluirla con propósito de simplificar y abarcar fenómenos relacionados, ya que las distintas fuentes de investigación en las que se basa para su primer informe sobre el suicidio no son consistentes sobre cómo categorizarla (WHO, 2014). Por otro lado, utiliza el término intento suicida, para referirse a cualquier comportamiento suicida no fatal, pudiendo tratarse de una intoxicación autoinfligida intencional, daño o autolesión que puede o no tener un propósito de resultado fatal. Según la OMS, es importante reconocer también aquí las implicaciones y complejidades de incluir las autolesiones en la definición de intento de suicidio. Esto significa que la autolesión no mortal sin intento suicida se circunscribiría bajo este término, inclusión problemática debido a las posibles variaciones en la presentación clínica y en las intervenciones. Señala a su vez, que el intento de suicidio puede ser difícil de evaluar ya que puede estar rodeado de ambivalencia o incluso de ocultación. Por lo tanto, distinguir entre distintas realidades es

difícil al no poder determinar qué proporciones de casos son atribuible a la autolesión sin intencionalidad suicida (WHO, 2014).

## **2.1. Clasificación sobre el fenómeno suicida propuesta en el marco de la presente Tesis Doctoral**

El marco conceptual del fenómeno suicida presentado nos sirve como actualización del estado de la cuestión. Habida cuenta de la complejidad y confusión terminológica sobre la temática, en esta Tesis Doctoral proponemos un esquema terminológico básico que adapta la nomenclatura propuesta por Silverman *et al.*, (2007) a las manifestaciones suicidas descritas en la mayoría de las investigaciones empíricas. El objeto de esta categorización es el de simplificar, clarificar y ordenar los conceptos básicos en el área del suicidio y señalar la terminología que servirá para diferenciar realidades distintas sobre el suicidio incluidas en esta Tesis Doctoral (Figura 1).

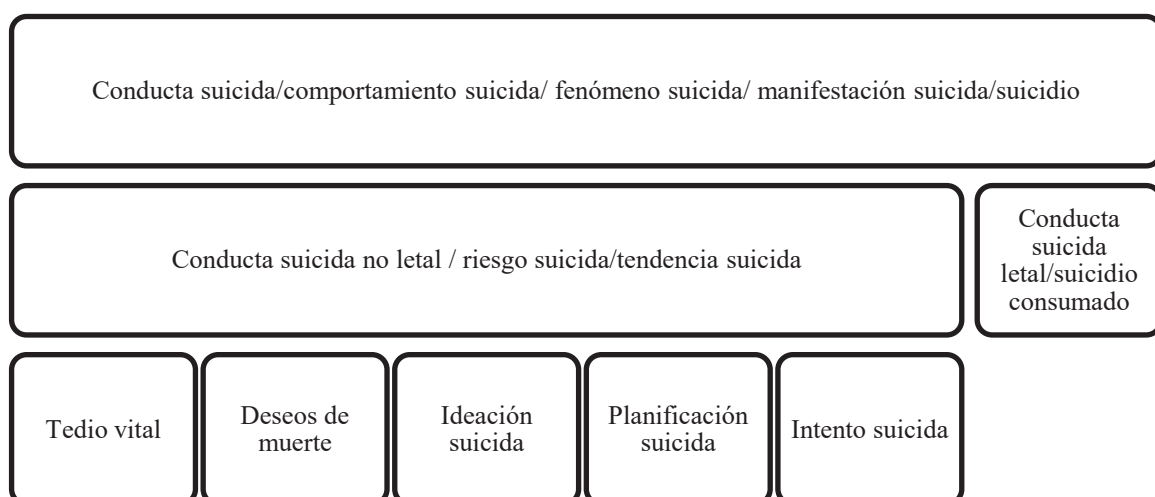
Desde este planteamiento, definimos la *conducta suicida* como toda aquella manifestación relacionada con el suicidio a nivel de pensamiento o conducta, con resultado fatal o no de muerte y distinto grado de intencionalidad. Para referirnos a este concepto más amplio utilizaremos el termino conducta suicida u otras acepciones genéricas tales como *comportamiento suicida, fenómeno suicida, manifestación suicida o suicidio*, indistintamente. El termino conducta suicida incluiría tanto la *conducta suicida no letal* como la *conducta suicida letal*.

La *conducta suicida no letal* y conceptos similares como *riesgo o tendencia suicida*, englobaría todas aquellas conductas en termino de pensamiento, comunicación o comportamiento, que pudieran actuar como propulsores del suicidio consumado. Esta categoría englobaría manifestaciones como el tedio vital, el deseo de muerte, la ideación, la planificación y/o el intento suicida no letal.

El *tedio vital* viene definido por sentimientos de hastío sobre la propia existencia o el sentir de que la vida no merece la pena ser vivida. El *deseo de muerte* incluye, tal como su nombre indica, todos aquellos pensamientos o sentimientos asociados al deseo de morir. El término *ideación suicida* hace referencia a aquellas cogniciones relacionada con la posibilidad del acto suicida. Por su parte, la *planificación suicida* se corresponde a cualquier pensamiento más o menos estructurado sobre la forma o método de llevar a cabo el acto suicida. Por último, el *intento suicida*, abarcaría toda conducta no letal relacionada con el suicidio con distinto grado de intencionalidad suicida. En esta definición de *intento suicida*, excluiríamos la autolesión sin intencionalidad suicida, por considerarla una realidad clínica distinta no necesariamente asociada a los mismos factores demográficos, psicosociales y clínicos que la conducta suicida y que supondría implicaciones clínicas diferentes, tal y como sugieren los diferentes hallazgos empíricos (Bae *et al.*, 2020; Klonsky *et al.*, 2014).

Finalmente, reservaríamos el término de conducta suicida letal o suicidio consumado, para referirnos a todos aquellos actos relacionados con el suicidio, con desenlace fatal de muerte.

Figura 1  
*Esquema conceptual de la conducta suicida*



Nota: Elaboración propia.

### 3. Teorías explicativas sobre el fenómeno suicida

En este apartado se exponen aquellas teorías y modelos explicativos sobre la fenomenología suicida. Se describen las perspectivas más clásicas, que continúan vigentes debido a su nivel de influencia en el estudio de la etiología de las manifestaciones suicidas en la actualidad, y los distintos modelos explicativos contemporáneos más relevantes y con mayor repercusión en la comunidad científica.

#### 3.1. Teoría Sociológica de Durkheim

El máximo representante de la epistemología sociológica sobre el suicidio es el sociólogo Emile Durkheim (*Le suicide*, 1897). Este autor señala la importancia de buscar la explicación del fenómeno suicida en la cultura, las costumbres, las tradiciones y en las características institucionales y económicas de la sociedad donde surge dicho fenómeno.

Los conceptos básicos de *integración y regulación social* propuestos en su análisis sobre el comportamiento suicida conducen a cuatro tipos de comportamiento suicida (Lester, 2014).

El concepto de *integración social* se refiere al grado en que los miembros de una sociedad poseen creencias y sentimientos compartidos, interés mutuo y un sentido común de devoción a objetivos comunes. El comportamiento suicida es común en sociedades donde hay un alto grado de integración social y en sociedades donde hay un bajo grado de integración social, siendo las sociedades con un nivel moderado de integración donde las tasas de suicidio son menores. En niveles altos de integración social, es común el denominado suicidio altruista, en el que la persona, en su sentimiento de integración, identificación y lealtad hacia determinado grupo social, se suicida en beneficio de los otros. El suicidio en este caso implicaría un gesto de autosacrificio de índole religioso, político o social. En el otro extremo, nos encontramos el suicidio egoísta, común en sociedades donde prima el individualismo y donde los lazos familiares y sociales son mínimos, no existiendo una presión social y familiar suficiente para salvaguardar la propia vida. Este tipo de suicidio es más propio de sociedades modernistas, en



las que la dependencia a la familia o al clan es menor que en las sociedades más tradicionales (Lester, 2014).

El segundo concepto analizado por Durkheim es la *regulación social*, referido al grado en que una sociedad tiene control sobre las emociones y motivaciones de sus miembros. El suicidio sería más frecuente en sociedades cuyo grado de regulación social es muy alto o bajo, siendo las de regulación moderada las que propiciarían menor número de suicidios. En sociedades con alto grado de regulación social se produciría el llamado suicidio fatalista, asociado a niveles de opresión extremo, establecimiento de reglas estrictas y férreas, donde el suicidio se valora como única salida posible a dicha situación, propio de las dictaduras, sociedades esclavistas y los campos de concentración. En el otro extremo se situaría el suicidio anómico, producto de una mínima regulación emocional que provoca en el individuo un estado de enajenación, propio de sociedades inestables y desorganizadas institucional, social y políticamente, que promueven el aislamiento del individuo como consecuencia de la falta o la incongruencia de normas y sistema de creencias (Lester, 2014).

### 3.2. Teoría Psicoanalítica de Freud

Pese que Sigmund Freud no profundizó en su teoría sobre la psicodinámica de la conducta suicida, a lo largo de su trayectoria sí plasmó en sus escritos sus pensamientos sobre la clínica del suicidio, que fueron recogidos y sintetizados por Litman en 1967, en su obra *Sigmund Freud on Suicide* (Lester, 2014). Entre las características subyacentes al suicidio, describe sentimientos de culpa por el deseo de muerte hacia otros, la identificación con un padre suicida, la negativa a aceptar la pérdida de la gratificación, el suicidio como venganza, como escape de la humillación o como forma de comunicación, y la conexión entre la muerte y la sexualidad (Lester, 2014).

El estudio más sistemático realizado por Freud se encuentra en sus escritos sobre Duelo y Melancolía (1917). El comportamiento suicida aquí lo relaciona con la pérdida del objeto

amado. Tras la pérdida de un ser querido (por fallecimiento o ruptura de la relación) la energía se retira del objeto amado y se reubica en el ego, donde se recrea al mismo, como una característica permanente del yo. Este proceso puede conducir al suicidio cuando la persona también alberga deseos hostiles hacia el objeto perdido, trasladando esta ira hacia esa parte de su mente que está modelada y que simboliza dicho objeto (Lester, 2014).

Un desarrollo posterior en el pensamiento de Freud fue el postulado de la existencia de un instinto de muerte. En *Más allá del principio del placer* (1920) describe un impulso instintivo hacia la muerte (Tánatos) equilibrado por el instinto de conservación (Eros), y explica como del equilibrio entre ambas, resultan los fenómenos de la vida (Lester, 2014). El instinto de muerte es para Freud principalmente masoquista, y el individuo intenta externalizar el instinto con agresión o sadismo. Sin embargo, cuando hay fuerzas culturales que se oponen al sadismo, el instinto regresa al yo, en forma de suicidio o autodestrucción.

En general, la visión psicoanalítica del acto suicida plantea la necesidad de estudiar de forma individual cada caso atendiendo a los detalles, la historia previa, la visión de la muerte del sujeto que realiza el acto, el método empleado y las circunstancias de éste, como datos necesarios para la correcta valoración, señalando la imposibilidad de generalizar el hecho en sí (Giner, 2010).

### **3.3. Modelo de Vulnerabilidad al Suicidio de Weiss**

Weiss (1954) establece tres elementos fundamentales que explicarían la aparición de la conducta suicida:

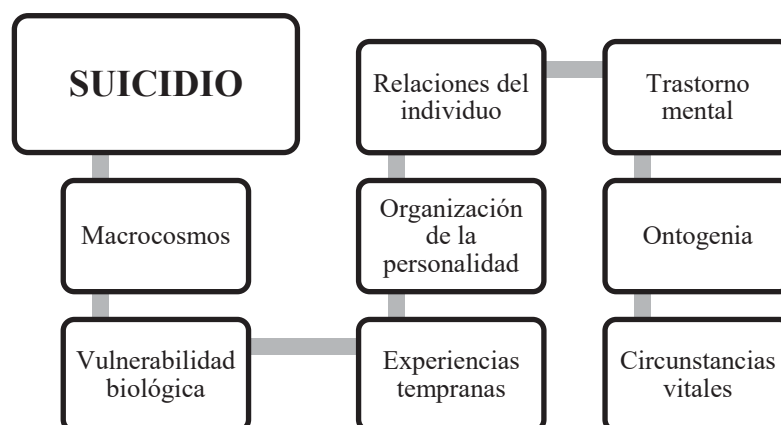
- *Entorno social*. Siguiendo la línea sociológica de Durkheim (1897), enfatiza la importancia del contexto social en el que vive el sujeto, que condiciona la visión particular de esa persona sobre el suicidio y la posibilidad de apoyo e integración social. El grupo social podría actuar como modulador del impacto de determinadas situaciones.
- *Situaciones vitales*. Estar sometido a situaciones de estrés puede desencadenar pensamientos y conductas suicidas como forma de huida.

- *Personalidad del individuo*. Las variables descritas anteriormente pasarían por el filtro subjetivo de la persona que vive determinadas experiencias y elige determinadas soluciones ante una situación concreta.

### 3.4. Modelo Arquitectónico de Mark

Mark (1986) desarrolla su modelo partiendo de su estudio sobre suicidio juvenil y que posteriormente extrapolaría a la población adulta. Establece ocho elementos en su modelo (Figura 2). El *macrocosmos*, referido a la influencia del sistema educativo, la cultura y los factores sociales, políticos y económicos; la *vulnerabilidad biológica*, principalmente los factores genéticos; las *experiencias tempranas* y su influencia en etapas posteriores del desarrollo; la *organización de la personalidad*, el desarrollo del Yo, la autoestima y el narcisismo; las *relaciones del individuo* con su entorno familiar y social; el *trastorno mental*, señalando la importancia de los cuadros depresivos y el alcoholismo; la *ontogenia*, en cuanto al sentido y relación del individuo con su vida y su muerte; y las *circunstancias vitales*, incluyendo precipitantes biológicos, consumo de drogas y otros factores socio-familiares (Antón, 2010).

Figura 2  
*Modelo Arquitectónico de Marck*



Nota: Elaboración propia.

### 3.5. Modelo basado en el Estado de la Mente de Bonner y Rich

Para Bonner y Rich (1987) el fenómeno suicida es considerado un proceso dinámico y circular, en el que el individuo puede entrar y salir en función de las variables implicadas en cada momento. Los factores involucrados no son fijos, descartándose unos e incluyéndose otros. Se trata de un modelo circular, integrado, multidireccional y combinatorio. Se proponen dos tipos de variables, el *contexto socio-individual* y el *estado mental suicida*.

Dentro del *contexto socio-individual* se incluirían:

- Ambiente social. Referido tanto al contexto social general como al inmediato (los acontecimientos vitales estresantes, el apoyo social, los antecedentes de suicidio en seres cercanos y las características sociodemográficas etc.).
- Entramado individual. Comprendería aspectos bioquímicos, trastornos mentales, factores cognitivos, personalidad y afrontamiento del estrés.

El *estado mental suicida* haría referencia al conjunto de factores psicológicos implicados y presentes en la conducta suicida, entre los que se incluirían la depresión, la desesperanza, la soledad, la baja autoestima, la falta de razones para vivir y la valoración positiva del suicidio como medio para la resolución de problemas.

### 3.6. Modelo Cúbico del Suicidio de Shneidman

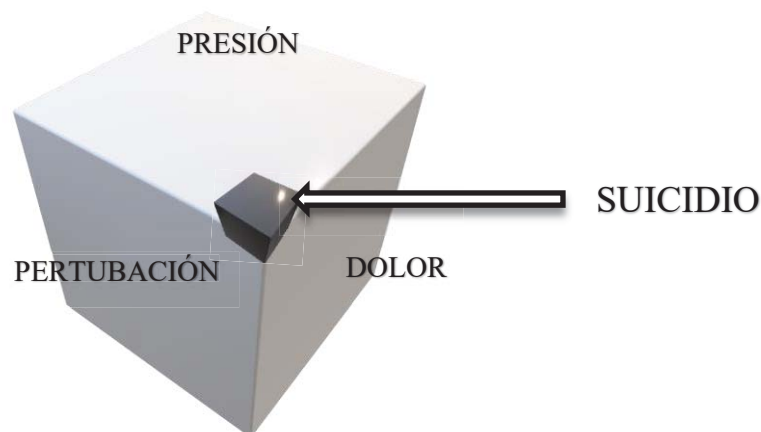
Este modelo propone tres factores psicológicos como variables fundamentales. El *dolor*, referido al daño psicológico asociado a situaciones traumáticas que generan emociones negativas, como el miedo, la angustia, la vergüenza o la culpa, pudiendo llegar a ser este dolor tan intenso que la muerte se presente como una forma de alivio. La *perturbación*, que se refiere a un estado alterado en la cognición y la percepción, en forma de constricción, con lo que se produce un estrechamiento de las posibilidades de elección y la capacidad de toma de decisiones se torna complicada. La *presión*, que surge de determinados eventos que requieren de una respuesta por parte del sujeto. La *presión* puede ser percibida como positiva, lo que supondría

una reacción constructiva por parte del sujeto, o como negativa, es decir, destructiva, pudiendo dar lugar en este último caso a conductas suicidas (Figura 3).

Los tres factores propuestos por Shneidman (1987) conformarían las distintas áreas de un cubo, representación gráfica en la que se apoyaría su modelo. Este cubo a su vez estaría compuesto por 125 cubiletes, que se agruparían de 5 en 5 completando así el cubo y formando un gradiente, en función de la puntuación en una escala de gravedad diseñada para tal fin. El cubilete formado por la cara de máximo dolor, máxima perturbación, y máxima presión representaría la realidad suicida (Leenaars, 1987).

Figura 3

*Modelo Cúbico del Suicidio de Shneidman*



Nota: Adaptación de *Shneidman* (1987).

### 3.7. Teoría de la Desesperanza de Beck

Beck *et al.* (1990) enfatizaron la importancia de las cogniciones para la comprensión de la conducta suicida. Siguiendo su modelo explicativo sobre la depresión, señalan como *la triada cognitiva* (una visión negativa sobre el mundo, uno mismo y el futuro) actúa como mediadora en la conducta suicida. El factor de la *desesperanza* jugaría un papel destacado en el proceso del suicidio, estableciéndose como foco de intervención fundamental ante la ideación y los intentos de suicidio.

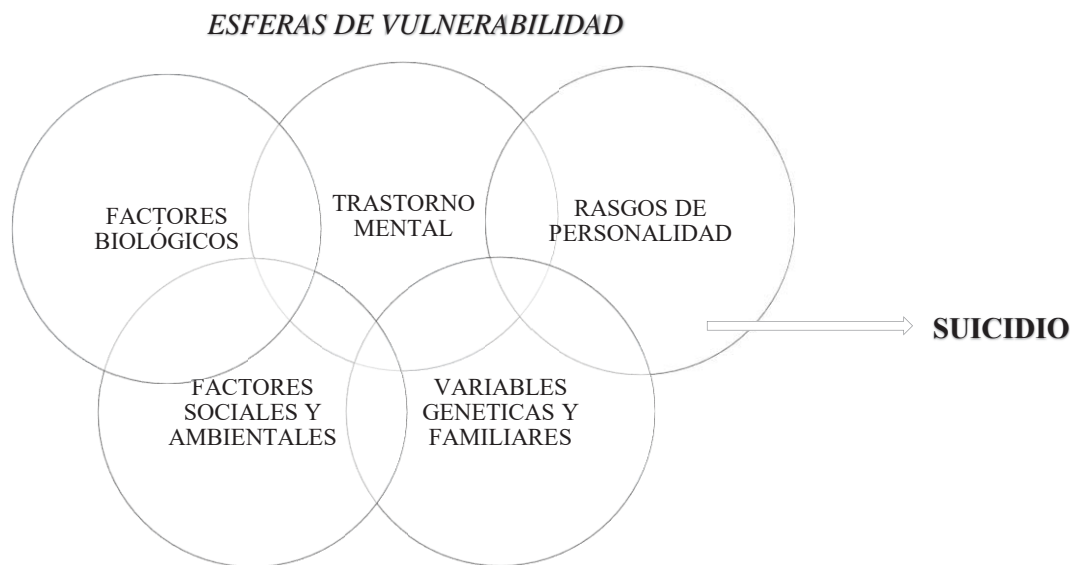
### 3.8. Modelo de Sobreposición o Superposición de Blumenthal

Este modelo establece cinco áreas o factores de influencia en la conducta suicida (Figura 4), a las que denomina *esferas de vulnerabilidad* (trastornos mentales, rasgos y trastornos de personalidad, factores psicosociales y ambientales, variables genéticas y familiares y factores biológicos). La asociación de dos o más factores de riesgo o esferas de vulnerabilidad personal incrementa la posibilidad de suicidio, en la superposición de unos factores sobre otros. Una persona bajo la influencia de uno o más factores de riesgo y que es sometida a alguna situación de elevado estrés y que además tiene acceso a algún medio para suicidarse, será más vulnerable al mismo, al disminuir el umbral de probabilidad del acto suicida. El abordaje sobre las esferas de vulnerabilidad sería prioritario para la prevención del suicidio (Blumenthal, 1990).

Figura 4

*Modelo de Sobreposición o Superposición de Blumenthal*

---



---

Nota: Elaboración propia.

### 3.9. Modelo Escapista de Baumeister

Baumeister (1990) entiende el suicidio como una vía de escape ante un dolor psíquico insoportable, fruto de la discrepancia entre las expectativas establecidas por uno mismo y la realidad vivida. No cumplir con las expectativas, con la consiguiente frustración, unido a la

interpretación del resultado obtenido como una característica estable, interna y permanente, lleva a un sentimiento de debilidad, de fallo propio o incapacidad para alcanzar las propias metas, con la culpabilidad consiguiente.

Este autor utiliza el término *deconstrucción cognitiva* para referirse a la tendencia de estas personas a la gratificación inmediata, la impulsividad, el establecimiento de metas muy cortoplacistas y por presentar un pensamiento constreñido que le dificulta la resolución de problemas. El suicidio se plantea aquí como consecuencia de la disminución de la inhibición conductual y como forma de escapar de sí mismo y del mundo.

### **3.10. Modelo Triangular de Prevención del Suicidio de Cutter**

Desde un enfoque preventivo, Cutter (1991) plantea la existencia de tres factores implicados en el fenómeno suicida, los cuales no serían suficientes por sí solos, pero que cada uno de ellos sería necesario, en combinación con los otros dos, para que se produjera la conducta suicida. Mediante la metáfora del fuego, y utilizando la representación gráfica de un triángulo, identifica los siguientes componentes:

- Deseo de morir (*la llama*). Sería el resultado de la combinación de los otros dos factores. Sería importante su identificación en la valoración clínica, aunque no es abordable directamente.
- Grado de planificación (*el combustible*). Este factor estaría relacionado con el método utilizado con anterioridad o preferido en su planificación suicida. La prevención consistiría en el bloqueo de este por parte del contexto de la persona.
- Grado de angustia y desesperanza (*el oxígeno*). Variable más clínica del modelo, en la que se enfocaría la intervención.

### **3.11. Modelo de Trayectorias de Desarrollo del Suicidio de Silverman y Felner**

Silverman y Felner (1995) proponen este modelo desde una perspectiva preventiva. Establecen el concepto de *vulnerabilidad personal*, como resultado de la exposición a factores

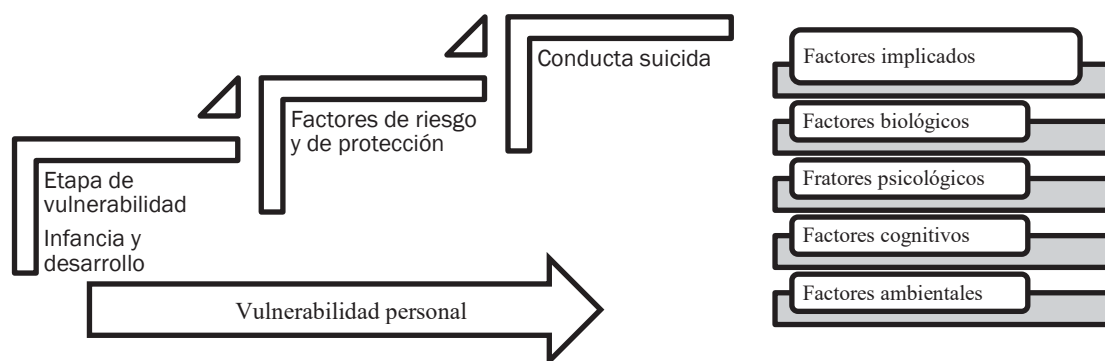
de riesgo y de protección (Figura 5). Los autores proponen una analogía de desarrollo de la tendencia suicida similar a la evolución histórica de cualquier trastorno, prestando especial atención al proceso que se va desplegando a lo largo de la *trayectoria de desarrollo* del sujeto y que conduce al suicidio. Existirían etapas de mayor vulnerabilidad (como las experiencias tempranas o un desarrollo problemático en la infancia) que no implicarían necesariamente el desarrollo de la conducta suicida, pero que sí aumentarían la predisposición. Los autores realizan una clasificación de factores implicados:

- Factores biológicos. Sistema serotoninérgico y su influencia sobre la impulsividad y la reacción exagerada.
- Factores psicológicos. Depresión, desesperanza, baja autoestima y dificultades de resolución de problemas.
- Factores cognitivos. Distorsión cognitiva y rigidez mental.
- Factores ambientales. Experiencias familiares negativas, pérdidas y disposición de medios para el suicidio.

Figura 5

*Modelo de Trayectorias de Desarrollo del Suicidio de Silverman y Felner*

---



Nota: Adaptación de Silverman y Felner (1995).

### 3.12. Modelo de Diátesis Estrés de Mann

Desde el modelo de diátesis estrés de Mann (1999) se plantea dos tipos de factores para explicar la conducta suicida. Por un lado, estarían los *factores proximales* de riesgo, pertenecientes a un dominio desencadenante, relacionado con estresores y, por lo tanto,



dependientes del estado. Por otro lado, se describen los *factores distales*, que pertenecen al dominio de diátesis o de umbral, y más dependientes del rasgo.

Las crisis psicosociales agudas y los trastornos mentales son comúnmente estresores proximales que conducen al comportamiento suicida, mientras que el pesimismo o la desesperanza, el neuroticismo, la agresividad o la impulsividad serían componentes de la diátesis para el comportamiento suicida. Los factores familiares o genéticos, el género, la religión o las experiencias en la infancia, entre otros, influirían igualmente en la diátesis o predisposición para el suicidio (Mann, 2003).

### **3.13. Modelo Interpersonal de Joiner**

Para este autor el comportamiento suicida dependería de dos aspectos fundamentales, el *deseo de muerte* y la *capacidad* para llevar a cabo el acto (Joiner, 2002).

El *deseo de muerte* a su vez vendría determinado por un sentimiento de desesperanza asociado a la percepción de sobrecarga hacia el otro y por una sensación prolongada de no pertenencia a un grupo, mientras que la *capacidad* para llevar el deseo al acto, implicaría la ruptura de la influencia poderosa del instinto de autopreservación presente en los seres humanos, fruto de la exposición prolongada a situaciones de tensión y dolor, como autolesiones o accidentes en primera persona o por la experiencia vicaria (conductas autodestructivas y suicidio de familiares). En este contexto, la *impulsividad*, asociada en parte a la desregulación serotoninérgica, se presenta como variable con influencia indirecta sobre el suicidio. Según determinan Joiner *et al.* (2005), la *impulsividad* llevaría al sujeto a la exposición de situaciones adversas, como pueden ser el consumo de tóxicos, los accidentes y diferentes conductas autodestructivas, siendo estas situaciones las que predispondrían al suicidio.

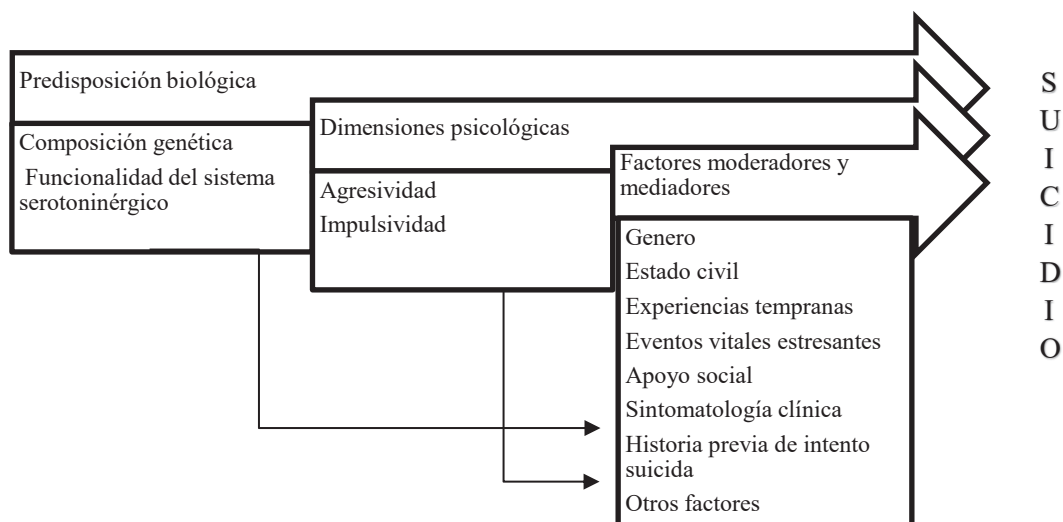
### **3.14. Modelo Integrativo de Turecki**

Este modelo se presenta con el objetivo de integrar y dar coherencia a factores señalados en modelos anteriores (Legido, 2012). Se trata de un *modelo interactivo*, en el que el suicidio es el

resultado de la interacción de diferentes variables. Por un lado, concede especial relevancia a la *predisposición biológica*, esto es, la composición genética y funcionalidad del sistema serotoninérgico). Esta condición biológica tendría un efecto indirecto sobre el suicidio, mediatizado por las dimensiones psicológicas de *agresividad e impulsividad*, características comunes en los trastornos de personalidad clúster B (DSM-5). Plantea la necesidad de definir un endofenotipo conductual del suicidio, atendiendo a los correlatos neurobiológicos del comportamiento suicida. Además, describe otros factores moderadores y mediadores destacados en esta interacción como son el género, el estado civil, las experiencias tempranas de abuso físico, sexual o psicológico, la historia de intentos de suicidio previos, la sintomatología clínica, los eventos vitales estresantes o el apoyo social y médico (Figura 6). Tal como señala Turecki (2005), la asociación entre los comportamientos impulsivo-agresivos y el suicidio se observa principalmente entre los jóvenes, y parece ser independiente del papel de la psicopatología asociada al eje I, particularmente la depresión mayor.

Figura 6  
*Modelo Integrativo de Turecki*

---



---

Nota: Adaptación de Turecki (2005).

### 3.15. Modelo Integrativo de Carballo

En este modelo, Carballo *et al.* (2008), tomando de referencia el modelo de diátesis-estrés (Mann, 2003), integran diferentes factores psicológicos como la agresividad, el neuroticismo, la desesperanza, el pesimismo y la impulsividad, a los que estos autores denominan *factores clínicos endofenotípicos*. Estos factores están definidos como características clínicas intermedias entre el genotipo y el fenotipo, menos apreciables que las manifestaciones fenotípicas y que intervienen en la vulnerabilidad y desarrollo de determinado trastorno. Plantean la existencia de factores causales propios del desarrollo (el genotipo y las experiencias de abuso tempranas) que influirían en diferentes marcadores endofenotípicos. Por un lado, los factores de desarrollo causales actuarían sobre distintos marcadores biológicos, como la función neuroendocrina (eje hipotalámico-hipofisario-adrenal) y la función neuroquímica (principalmente en el sistema serotoninérgico y noradrenérgico) y a su vez estos últimos, junto con los marcadores causales, influirían en la manifestación de distintos marcadores clínicos de agresividad, neuroticismo, desesperanza, pesimismo o impulsividad.

### 3.16. Modelo Neurocognitivo de la Conducta Suicida de Jollant

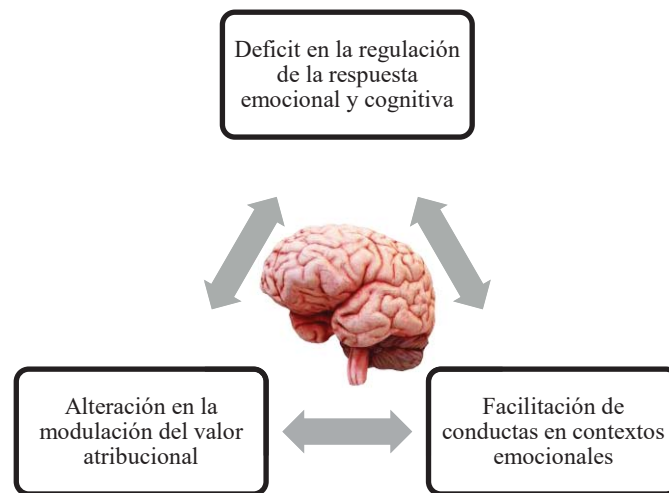
Jollant *et al.* (2011) presentan un modelo neurobiológico operativo a partir de la evaluación neurocognitiva de pacientes que han intentado suicidarse. Señalan diferentes áreas neuroanatómicas implicadas en la conducta suicida, como son la amígdala, el giro cingulado anterior, el área orbital ventrolateral y el córtex prefrontal, dorsomedial y dorsolateral. Establecen diferentes déficits neurocognitivos implicados en el desarrollo de comportamientos suicidas. Por un lado, estarían los déficits en el procesamiento de la información, la toma de decisiones y la sensibilidad en el desarrollo social, que implicarían alteraciones en la modulación del *valor atribucional* de diferentes situaciones. Las pobres habilidades de solución de problemas, la excesiva atención selectiva hacia estímulos emocionalmente negativos y una fluencia verbal limitada, propiciarían un funcionamiento deficitario en la regulación de las

*respuestas emocionales y cognitivas*. Por último, la disminución de la respuesta inhibitoria facilitaría la *respuesta conductual* ante determinados contextos emocionales. La interacción de estos tres grupos de factores neurocognitivos propiciaría el disparo de un estado emocional negativo intenso y prolongado (desesperanza, culpa, dolor, etc..) con la consiguiente ideación e intento suicida (Figura 7).

Figura 7

*Modelo Neurocognitivo de la Conducta Suicida de Jollant*

---



---

Nota: Adaptación de *Jollant et al.* (2011).

#### 4. Epidemiología del fenómeno suicida

El fenómeno suicida es un grave problema de salud pública. Pese a los avances de la ciencia, la frecuencia del suicidio consumado se ha mantenido constante a lo largo de las últimas décadas (Flanckin *et al.*, 2017). Las dramáticas cifras de este problema han llevado a la OMS a la búsqueda de datos relativos a las tasas de incidencia y prevalencia de este fenómeno, como de los posibles factores asociados.

Si revisamos las cifras de mortalidad por suicidio, aproximadamente 700.000 personas en el mundo se suicidan al año, siendo ésta una cifra infraestimada debido a las limitaciones de las estadísticas nacionales e internacionales para registrar muchos de los casos de suicidio consumado (WHO, 2021). Cada 40 segundos una persona se suicida y en los últimos 45 años, los datos de suicidio se han incrementado en un 60% aproximadamente. La OMS estimó, en su

último informe sobre la prevención de suicidio, que a lo largo de las próximas décadas el número de muertes por suicidio se habrá incrementado en un 50%, superando las cifras de millón y medio de individuos por año (WHO, 2014). El suicidio se sitúa entre las primeras causas de muerte violenta en el mundo. Concretamente, los suicidios representan el 50% de todas las muertes violentas en hombres y el 71% en mujeres. La ingestión de pesticidas, el ahorcamiento y las armas de fuego se encuentran entre los métodos más comunes de suicidio, pero la elección del método varía sustancialmente en función del grupo de población. Cada suicidio tiene un serio impacto psicológico, social y económico en la familia y en la comunidad, así como consecuencias sobre la calidad de vida de la población. La OMS estima que el suicidio contribuiría en la actualidad a más del 2% de la carga mundial de morbilidad (WHO, 2012).

Según los datos disponibles sobre el suicidio consumado a nivel internacional, las tasas más altas de suicidio consumado se encuentran en la nación de Guyona (30.2 suicidios por 100.000 habitantes) Lesoto (28.9 suicidios por 100.000 habitantes), la Federación Rusa (26.5 suicidios por 100.000 habitantes) (WHO, 2016), Corea del Sur (24.6 suicidios por 100.000 habitantes) y Lituania (24.6 suicidios por 100.000 habitantes) (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - *Organization for Economic Cooperation and Development*, OECD, 2017). Las tasas más bajas de suicidio en el mundo se concentran en las islas del Caribe siendo éste casi inaudito (OECD, 2017). En Europa, los países situados al este concentran las tasas más altas de suicidio (Federación Rusa, Lituania y Bielorrusia), todos ellos por encima de los 20 suicidios por 100.000 habitantes, como las más bajas, siendo éste el caso de Albania, con 5.6 suicidios por 100.000 habitantes o la República de Macedonia, con 6.2 suicidios por 100.000 habitantes, tendencia a la baja que comparten con los países de la vertiente mediterránea, como Grecia (3.8 suicidios por 100.000 habitantes), Italia (5.5 suicidios por 100.000 habitantes) o Malta (6.5 suicidios por 100.000 habitantes) (OECD, 2017; OMS, 2016).

En España, los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) indican que las tasas de suicidio consumado se sitúan actualmente en 7.54 por 100.000 habitantes, cifra similar al resto de países europeos de la vertiente mediterránea. La tendencia a lo largo de la última década se ha mantenido relativamente estable (Tabla 3). Sin embargo, pese a presentar tasas más bajas que otras regiones del continente europeo, el suicidio consumado en España se ubica actualmente como la primera causa de muerte externa, superando a los accidentes de tráfico. La distribución por sexo se sitúa en el 75% de los casos de suicidio en varones y el 25% en mujeres (INE, 2019).

En Andalucía, comunidad autónoma más poblada del país (8.476.718) (INE, 2020), las tasas de suicidio consumado superan ligeramente las tasas presentadas en el territorio español si nos centramos en los datos de los últimos 10 años (Tabla 3) (INE, 2019).

Tabla 3

*Evolución de la Tasa por 100.000 habitantes de suicidio consumado en la población general en España y Andalucía*

<b>Años</b>	<b>España</b>	<b>Andalucía</b>
2009	7.38	9.10
2010	6.77	8.25
2011	6.79	7.79
2012	7.57	9.32
2013	8.32	9.63
2014	8.42	9.34
2015	7.76	8.12
2016	7.67	7.92
2017	7.88	8.24
2018	7.25	7.69

Nota: Elaboración propia a partir de los datos publicados por el INE (2019)

La magnitud del impacto del fenómeno suicida comporta no solamente el suicidio consumado, sino la conducta suicida no letal en términos de ideación, planificación e intento suicida. Según la OMS (WHO, 2019) por cada persona que se suicida, otras 20 lo intentan, y alrededor del 3% de las personas intentan suicidarse en algún momento de sus vidas. Un número aún mayor de personas tienen pensamientos suicidas, siendo aproximadamente tres

personas las que consideran seriamente el suicidio, por cada persona que pasa al acto (Nock *et al.*, 2008b).

Pese a las cifras señaladas, la información disponible sobre la epidemiología de la conducta suicida no letal es bastante más escasa que en el caso del suicidio consumado. El acceso a los datos es más complejo y los mismos suelen no estar suficientemente actualizados. A esto se suma la complejidad asociada al estudio de la conducta suicida no letal en diferentes poblaciones. En este sentido, distintas líneas de investigación analizan la epidemiología de la conducta suicida no letal en población clínica, en muestras de sujetos con trastornos mentales específicos o en distintos grupos minoritarios, mientras que otras investigaciones extraen los datos de muestras de población general de amplio rango de edad, o basándose en muestras de población general de etapas evolutivas concretas, como adolescentes o personas de edad avanzada. Los resultados obtenidos en distintos casos no son comparables, y probablemente persiguen diferentes objetivos con implicaciones clínicas y preventivas no coincidentes.

Las referencias bibliográficas disponibles a nivel internacional sobre la conducta suicida no letal en población general no están actualizadas. Los resultados de la última investigación internacional realizada dentro del marco de la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental de la OMS, que incluye 17 países de todo el mundo, señala una prevalencia media vital de 9.2% para ideación, 3.1% para planificación y 2.7% para intento suicida (Nock *et al.*, 2008b). Respecto a la prevalencia anual, las estimaciones de ideación, planes e intentos de suicidio son 2.0%, 0.6% y 0.3% respectivamente para los países desarrollados y 2.1%, 0.7% y 0.4%, para los países en vías de desarrollo (Borges *et al.*, 2010). Según el último informe sobre prevención del suicidio elaborado por la OMS, la prevalencia anual global estimada del intento de suicidio auto-informado es de aproximadamente 4 por 1 000 adultos (WHO, 2014).

En Europa, los últimos datos de prevalencia de conducta suicida no letal publicados, corresponden al *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED). Este

amplio estudio realizado sobre población general sitúa la prevalencia vital de la ideación suicida y de los intentos suicida en un 7.8% y un 1.3%, respectivamente (Bernal et al., 2007). En España concretamente, según los datos aportados por el ESEMED, la prevalencia estimada a lo largo de la vida es de 4.4% para la ideación, 1.4% para el plan y 1.5% para el intento de suicidio (Gabilondo et al., 2007), prevalencia aproximada a la media europea.

Hasta la fecha, en Andalucía, no se disponen de datos sobre la conducta suicida no letal en la población general, limitando enormemente el estudio de necesidades y planificación de recursos y estrategias preventivas para la población general en esta comunidad autónoma.

#### **4.1. Factores asociados al fenómeno suicida**

El conocimiento sobre factores asociados al suicidio es fundamental para poder elaborar teorías que expliquen la etiología y la evolución de este problema en la población, estudiar el riesgo en distintas poblaciones y elegir adecuadamente los tratamientos más efectivos. Numerosos factores contribuyen al suicidio, que nunca es la consecuencia de una sola causa o estresor. La OMS (WHO, 2014) admite, dentro de la dinámica del suicidio, la presencia de factores de riesgo que interactúan sistémica y recíprocamente. Por otro lado, los factores de riesgo pueden contribuir a los comportamientos suicidas directamente, pero pueden también influir indirectamente al mediar en la susceptibilidad individual hacia diferentes trastornos mentales en los que las tasas de la conducta suicida son altas (Hawton y Van Heeringen, 2009).

Si tenemos en cuenta la investigación empírica y las revisiones publicadas sobre los factores asociados al suicidio, y ajustándonos a un modelo multifactorial, éstos pueden ser agrupados y organizados en tres tipos de factores -demográficos, psicosociales y clínicos-. En este apartado se pretende realizar una aproximación general de los diferentes factores frecuentemente asociados con el fenómeno suicida, sin plasmar el nivel de implicación de dichos factores según se trate de diferentes componentes de la conducta suicida no letal o del suicidio consumado, en su caso, dada la densidad de información al respecto. Hay que destacar que todos los factores



que se describen a continuación presentan la misma dirección de asociación tanto para la conducta suicida no letal como para el suicidio consumado en distintas muestras de población (clínicas, comunitarias, de grupos minoritarios, entre otras), a excepción de las variables demográficas, edad y género, las cuales presentan variaciones sustanciales, según atendamos a la conducta suicida no letal o al suicidio consumado, tal y como se detalla a continuación.

#### **4.1.1. Factores demográficos**

Los factores demográficos estudiados en relación con el suicidio son numerosos, aunque la edad y el género son aquellos que más interés han suscitado en el ámbito científico. Estas variables parecen perfilar un mapa epidemiológico distinto respecto al fenómeno suicida, según pongamos el foco de análisis en el suicidio consumado o en la conducta suicida no letal, lo que ha generado cierta controversia sobre la propia naturaleza del fenómeno y su conceptualización. Si prestamos atención a las tasas de suicidio consumado según la edad, éstas se incrementan por número de años, tanto en los hombres como en las mujeres, siendo un fenómeno raro antes de la pubertad. Su frecuencia aumenta durante la adolescencia y la juventud, encontrándose las cifras más elevadas de suicidio consumado entre los individuos mayores de 65 años. Sin embargo, datos recientes señalan un aumento considerable de tasas de suicidio entre jóvenes que, sin llegar a aproximarse a las tasas de la población mayor de 65 años, si hacen situar al suicidio como la cuarta causa de muerte entre los 15-29 años (WHO, 2021).

Por otro lado, si atendemos a la conducta suicida no letal, la prevalencia de la ideación suicida es mayor entre adolescentes y adultos jóvenes, actuando como uno de los indicadores más importantes de intentos de suicidio posteriores en el 25-35% de los casos (Nock *et al.*, 2013; Voss *et al.*, 2019). Además, los datos publicados sugieren que las personas con historia de intentos suicidas de repetición, el primero de ellos suele darse durante la adolescencia o primeros años de la vida adulta (Blasco-Fontecilla *et al.*, 2012; Nock *et al.*, 2008a; Voss *et al.*, 2019).

Respecto a la variable género, globalmente, a excepción de China y la India, las tasas de suicidio consumado son mayores en hombres que en mujeres, en una proporción de 2-4 hombres por una mujer (Zhang *et al.*, 2011). Esta relación se incrementa con la edad, así, a los 75 años, es 8-12 veces mayor en los hombres (Navío y Villoria, 2014). Por lo general, los hombres suelen utilizar métodos más violentos y letales, como el ahorcamiento o las armas de fuego, mientras que las mujeres tienden a métodos más pasivos, donde el margen para el rescate suele ser mayor, como es el caso de la ingesta medicamentosa (Beautrais *et al.*, 2005; Denning *et al.*, 2000; Nock *et al.*, 2008b). Esto mismo puede ser uno de los factores que expliquen las diferencias de género respecto a la conducta suicida no letal, pues existe numerosa evidencia científica que señala que tanto la ideación como los intentos fallidos de suicidio son más comunes en mujeres (Aschan *et al.*, 2013; Bernal *et al.*, 2007; Borges *et al.*, 2010; Gabilondo *et al.*, 2007; Kessler *et al.*, 2005; Nock *et al.*, 2008b; Renberg, 2001; Schmidtke, 1997; Weissman *et al.*, 1999) presentando tasas de conducta suicida no letal 3-4 veces mayor que los hombres (Navío y Villoria, 2014). El predominio de intentos de suicidio en las mujeres permanece estable en todas las edades y en la mayoría de los países estudiados (Boyd *et al.*, 2015; Navío y Villoria, 2014).

Otros factores como el estado civil, la situación económica, el nivel educativo o la zona de residencia (rural/urbana) se han relacionado frecuentemente con el suicidio.

Si atendemos al estado civil, las personas viudas, solteras y separadas son las que han mostrado comúnmente mayor riesgo de conducta suicida tanto letal como no letal (Bertolote *et al.*, 2005; Corcoran y Nagar, 2010; Kposowa, 2000; Weissman *et al.*, 1999; Yip *et al.*, 2015). El nivel socioeducativo bajo, los problemas económicos y el desempleo son variables que tienen influencia significativa sobre las tentativas y el suicidio consumado (Bernal *et al.*, 2007; Economou *et al.*, 2016; Lorant *et al.*, 2005). Es probable que las personas que pertenecen a niveles socioeconómicos más bajos puedan estar expuestas de forma directa a factores de riesgo

como la desestructuración familiar, el abuso de sustancias y la violencia. Respecto a la zona de residencia, aunque los datos son ciertamente contradictorios, las tasas de tentativa de suicidio parecen mayores en la zona urbana (Amudhan *et al.*, 2020; Borges *et al.*, 2019), aunque el nivel de letalidad es menor que en el medio rural (Chen *et al.*, 2013; Kapusta *et al.*, 2008. Razvodovsky y Stickley, 2009). Posiblemente los métodos empleados sean distintos en ambas zonas (WHO, 2014), siendo más mortíferos los utilizados en el área rural.

#### **4.1.2. Factores psicosociales**

##### *4.1.2.1. Variables psicológicas*

En el estudio de las variables psicológicas destacan aquellas investigaciones centradas en analizar la relación entre los distintos rasgos de personalidad y la conducta suicida. Aquellos más estudiados y que han mostrado una mayor asociación tanto con el suicidio consumado como con la conducta suicida no letal son principalmente el neuroticismo (Beautrais *et al.*, 1999; Fergusson *et al.*, 2003; Nordström *et al.*, 1995;) y la impulsividad (Giegling *et al.*, 2009; Gvion y Apter, 2011; Joiner *et al.*, 2005; McGirr y Turecki, 2007; Oquendo *et al.*, 2004). Otras dimensiones psicológicas estudiadas y asociadas significativamente con la tendencia suicida son la desesperanza (Hawton y Van Heeringen, 2009; Jonier *et al.*, 2005; Meltzer *et al.*, 2011), las rumiaciones (Morrison y O'Connor, 2008), la rigidez mental (O'Connor y Nock, 2014), el pensamiento dicotómico (Litinsky y Haslam, 1998), la falta de habilidades en solución de problemas (Pollock y Williams, 2004) o la alexitimia (Hemming *et al.*, 2019).

##### *4.1.2.2. Experiencias traumáticas y otros eventos vitales estresantes*

El interés por el estudio de las experiencias traumáticas durante la infancia y la adolescencia y su repercusión en la salud mental en la etapa adulta ha aumentado durante la última década, existiendo bastante evidencia científica que relaciona tales experiencias con el riesgo de padecer distintos trastornos mentales de inicio habitual en la adolescencia o adultez temprana (Hovens *et al.*, 2010; Kuo *et al.*, 2011; Lund *et al.*, 2018; McGrath *et al.*, 2017). En el área del suicidio,

experiencias como el bullying y el ciberbullying se presentan como factores de riesgo importantes para la conducta suicida (Gini y Espelage, 2014; Van Geel *et al.*, 2014). Por otra parte, el abuso físico, psicológico y/o sexual durante la infancia y la adolescencia en el contexto familiar o cercano también se ha asociado positivamente con el riesgo suicida, incrementando el riesgo de intento suicida de entre 3 a 5 veces respecto a las personas que no han sufrido abuso (Angelakis *et al.*, 2019; Bruffaerts *et al.*, 2010; Johnson *et al.*, 2002; Saraçlı *et al.*, 2016). Por otro lado, si atendemos a distintos eventos vitales estresantes durante la etapa adulta, tales como el desempleo, la pérdida de seres queridos, las discusiones con la familia o los amigos, la ruptura de relaciones o los problemas económicos, legales o laborales, estos también pueden aumentar la vulnerabilidad de las personas para el suicidio (Fjeldsted *et al.*, 2017; Nock *et al.*, 2008b; Vijayakumar and Rajkumar, 1999; Osvath *et al.*, 2004). Por último, como fuente importante de estrés y pérdida de funcionalidad, el padecimiento de enfermedades físicas incapacitantes y/o crónicas, también parece tener una repercusión consistente sobre la dinámica suicida (Kessler *et al.*, 2005; Hawton y Van Heeringen, 2009).

#### 4.1.2.3. Minorías sociales y minorías sexuales

El estudio de minorías étnoculturales también señala un aumento de riesgo suicida en esta población. Los procesos de aculturización, el desarraigo y otros factores asociados a la migración de diferentes minorías pueden influir negativamente en la salud mental y aumentar el riesgo de suicidio en esta población (Lai y Daoust, 2016). Del mismo modo, las últimas revisiones de la literatura señalan que la población de lesbianas, gais, bisexuales y transexuales (LGBT) muestra una mayor prevalencia de ideación y tentativa suicida que la población heterosexual (Hottes *et al.*, 2016; King *et al.*, 2008) y cisgénero (Wolford-Clevenger *et al.*, 2018).

#### 4.1.2.4. *Apoyo social y otras variables protectoras*

En el estudio del suicidio, también es fundamental el análisis de factores de protección, los cuales disminuyen la probabilidad del acto suicida. Factores contextuales como el apoyo y la participación social (Chioqueta y Stiles, 2007; Kleiman *et al.*, 2014; Kleiman *et al.*, 2012; You *et al.*, 2011), o la accesibilidad a dispositivo de salud (Legido, 2012; WHO, 2014) y factores individuales, como el nivel de resiliencia (Blalock *et al.*, 2015; Roy *et al.*, 2011), la autoestima (Eskin *et al.*, 2007; Kleiman y Riskind, 2013) la extraversión (Blüml *et al.*, 2013) y las estrategias adecuadas de afrontamiento (Bazrafshan *et al.*, 2014) entre otros, han mostrado ser importantes variables protectoras tanto para el suicidio como para los problemas de salud mental en general. Por otra parte, la espiritualidad, las creencias religiosas y la participación en alguna comunidad religiosa se ha asociado a menor riesgo de suicidio en la mayoría de las investigaciones que han centrado su interés en el estudio de estas variables (Dervic *et al.*, 2011; Nock *et al.*, 2008b; Sisask *et al.*, 2010).

#### 4.1.3. *Factores clínicos*

Como factores clínicos, entendemos aquellas variables que incluyen trastornos psicopatológicos descritos en los principales manuales de clasificación de los trastornos mentales (DSM y CIE), como aquellas que hacen referencia a antecedentes en salud mental e historia de suicidio en la familia.

##### 4.1.3.1. *Trastornos mentales*

Uno de los factores de riesgo estudiados más importante en relación con el suicidio es la presencia de un trastorno mental. Los estudios sobre autopsia psicológica, donde se investigan las características de la persona fallecida mediante entrevista con familiares o análisis de registro sanitario, concluyen que el 90% de los sujetos fallecidos por suicidio presentaban algún trastorno mental (Cavanagh *et al.*, 2003; Conwell *et al.*, 1996; Harris y Barraclough, 1997; Vijayakumar *et al.*, 2005). Sin embargo, la mayoría de las personas con trastorno mental no se

suicida, con lo que dicho factor sería necesario en un porcentaje alto de casos, pero no suficiente para explicar la conducta suicida, existiendo otros factores implicados.

Los trastornos mentales comúnmente asociados al fenómeno suicida y sobre los que más se ha estudiado son los trastornos del estado de ánimo (Hardt *et al.*, 2015; Harris y Barraclough, 1997; Turecki y Brent, 2016), el abuso y dependencia de sustancias (Conner y Duberstein, 2004; Hardt *et al.*, 2015; Qin, 2011), la psicosis (Koyanagi, *et al.*, 2015; Zalpuri y Rothschild, 2016), los trastornos de personalidad (Harris y Barraclough, 1997; Legido, 2012; Sher, 2016) y los trastornos de ansiedad (Angelakis *et al.*, 2015; Kanwar *et al.*, 2013; Krysinska y Lester, 2010). Los datos más significativos respecto a la asociación de determinados trastornos mentales se podrían resumir en lo siguiente:

- Trastornos del estado de ánimo: La depresión se ha postulado como el trastorno mental con mayor poder de predicción para el suicidio consumado y la conducta suicida no letal (Atay *et al.*, 2012; Hardt *et al.*, 2015; Harris y Barraclough, 1997; Turvey *et al.*, 2002). La sintomatología depresiva estaría presente en al menos el 80% de los casos de suicidio consumado (Navío y Villoría, 2014), como diagnóstico principal o como sintomatología comórbida. La mayoría de las personas que cometen suicidio, independientemente de que cumplan todos los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, presentan humor depresivo y desesperanza (Turecki y Brent, 2016), y se estima que una de cada dos personas que cometen suicidio, estaría diagnosticada de trastorno depresivo. Parece que el poder predictivo de la sintomatología depresiva sobre el suicidio dependería de la cronicidad y recurrencia del trastorno (Pickles *et al.*, 2010; Williams *et al.* 2006). El trastorno bipolar también ha mostrado ser un propulsor relevante para el suicidio. Los pacientes con trastorno bipolar tienen un riesgo de suicidio de hasta 20-30 veces mayor que la población general (Pompili *et al.*, 2013). Alrededor del 25% de los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar ha intentado suicidarse (Schaffer *et al.*,

2015a; Schaffer *et al.*, 2015b), y entre el 3% y el 19% lo han consumado (Abreu *et al.*, 2009; Angst *et al.*, 2005; Goodwin y Jamison, 2008; Harris y Barraclough, 1997; Parmentier *et al.*, 2012; Schaffer *et al.*, 2015a; Schaffer *et al.*, 2015b).

- El abuso y dependencia de drogas. El abuso y dependencia de sustancias, principalmente el alcohol, también ha mostrado ser un factor muy potente en la explicación del fenómeno suicida (Conner y Duberstein, 2004; Hardt *et al.*, 2015; Polatöz *et al.*, 2011; Qin, 2011). En la población general, el consumo de alcohol aumenta entre 3 y 6 veces el riesgo suicida (Borges *et al.*, 2010; Fuller-Thomson *et al.*, 2016; Gabilondo *et al.*, 2007), y aproximadamente el 40% de los pacientes que solicitan ayuda por su dependencia al alcohol, informan de al menos un intento previo de suicidio (Pompili, 2010). La conducta suicida está presente tanto en personas con problemas de abuso y/o dependencia de alcohol como en consumidores no adictos (Navío y Villoría, 2014). La severidad de la dependencia, la impulsividad y el nivel de desesperanza asociada aumentaría la predisposición al suicidio (Hawton y Van Heeringen, 2009). Además, los datos señalan que la comorbilidad del abuso y dependencia de alcohol y otro trastorno mental aumentaría considerablemente el riesgo de suicidio (Preuss *et al.*, 2006). En este sentido, las investigaciones señalan que en un porcentaje aproximado del 50-75% de casos de suicidio consumado, la depresión y el alcoholismo estarían presentes (Legido, 2012). El papel de otros tóxicos, como el cannabis, la cocaína u otras drogas psicotrópicas también parece tener un papel relevante en la manifestación suicida. Así lo estiman investigaciones sobre población general, que sitúan el consumo de tóxicos como factor que aumenta en 3-6 veces la probabilidad de conducta suicida (Borges *et al.*, 2010; Fuller-Thomson *et al.*, 2016; Uwakwe y Gureje, 2010). El trastorno por consumo de sustancias tiene una gran influencia en el suicidio en los jóvenes, mientras que el

trastorno por consumo de alcohol tiene un efecto sustancialmente fuerte en los adultos de mediana edad (Qin, 2011).

- Trastornos del espectro psicótico. Las tasas de intento de suicidio en pacientes con trastorno psicótico se encuentran entre el 10% y el 50% (Aleman y Denys, 2014; Castelein *et al.*, 2015), mientras que el suicidio se sitúa entre las primeras causas de muerte prematura entre pacientes con este trastorno (Healy *et al.*, 2012; Laursen, 2011; Moreno-Küstner *et al.*, 2021). El riesgo de suicidio es mayor en las primeras etapas de la enfermedad, siendo la tasa de suicidio tres veces mayor que en la esquizofrenia crónica (Palmer *et al.*, 2005). En esta línea, una revisión sistemática sitúa la tasa de prevalencia de los intentos de suicidio después del primer episodio de psicosis entre el 2.9% al 18.2% y las tasas de suicidio en 0.4%-4.29%. Las múltiples recaídas en el trastorno, sumado a los numerosos ingresos hospitalarios, la tendencia a la cronicidad de dicha enfermedad, el abuso de sustancias o la sintomatología depresiva asociada serían factores con clara influencia en los elevados datos sobre la conducta suicida de esta población (Popovic *et al.*, 2014; Legido, 2012). La sintomatología psicótica subclínica también ha mostrado una importante influencia sobre la ideación y la tentativa suicida (Koyanagi *et al.*, 2015). Los datos disponibles sobre prevalencia de conducta suicida no letal en los estados prodrómicos del trastorno psicótico, considerados Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR), señalan una alta prevalencia de ideación suicida (66%), historia de autolesiones (49%) e historia de intentos de suicidio (18%) en esta población. Los problemas mentales comórbidos, la variabilidad del estado de ánimo y los antecedentes familiares de trastorno mental serían factores asociados al riesgo suicida en esta población (Taylor *et al.*, 2015). Si atendemos a la comorbilidad, en pacientes con trastorno depresivo, la existencia de sintomatología psicótica en forma de delirios



nihilistas, creencias y alucinaciones excesivamente autocríticas o culposas, incrementa notablemente la tendencia suicida de estos pacientes (Zalpuri y Rothschild, 2016).

- Trastornos de personalidad. El diagnóstico de trastorno de personalidad aumenta entre 6 y 7 veces el riesgo de suicidio respecto a la población general (Harris y Barraclough, 1997). Alrededor de un tercio de las personas que consuman el suicidio cumplen diagnóstico de trastorno de personalidad. Respecto a la conducta suicida, los antecedentes de intento suicida en esta población se sitúan entre el 55% y 70% (Legido, 2012). La elevada comorbilidad de los trastornos de personalidad y otros trastornos clínicos, como la depresión y/o el abuso de sustancias, podría explicar el aumento de riesgo suicida en esta población (Hawton *et al.*, 2005). Concretamente el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad aumentaría el riesgo de suicidio en pacientes con intentos previos, dependencia de sustancias y depresión comórbida (Hawton y Van Heeringen, 2009). Los trastornos de personalidad que más comúnmente se han relacionado con el riesgo suicida son aquellos que pertenecen al clúster B del DSM-5 (APA, 2014), principalmente, el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de personalidad, caracterizados por niveles altos de agresividad e impulsividad (Turecki y Brent, 2016). En referencia al trastorno de personalidad antisocial, la psicopatología de externalización asociada al mismo, como la impulsividad, agresividad y dependencia de sustancias también predice el suicidio (Verona *et al.*, 2004). Por su parte, la asociación entre suicidio y trastorno narcisista de la personalidad ha sido señalada en diferentes estudios (Heisel *et al.*, 2007; Links *et al.*, 2003). Las características propias y asociadas al trastorno, como los niveles elevados de sentimientos de vergüenza, humillación, la comorbilidad depresiva, una actitud manipuladora y elevados sentimientos de indestructibilidad, entre otros, podrían explicar la tendencia suicida de esta población (Sher, 2016)

- Trastornos de ansiedad. La asociación entre los trastornos de ansiedad y el suicidio ha sido un punto controvertido durante los últimos años en la comunidad científica. Mientras que la relación entre otros trastornos mentales y el suicidio está bastante bien establecida, en el caso de los trastornos de ansiedad, los altos niveles de comorbilidad de los trastornos de ansiedad entre sí, y con otros trastornos mentales, como la depresión (Diaconu y Turecki, 2007) y el abuso de sustancias (Goodwin y Roy-Byrne, 2006; Vickers y McNally, 2004), ha generado dudas sobre el poder predictivo e independiente de los trastornos de ansiedad en el fenómeno suicida. Incluso se ha hipotetizado, en relación con resultados de diferentes estudios, que los niveles altos de agitación, ansiedad e hipocondría podrían actuar como factores protectores frente a la conducta suicida (Placidi *et al.*, 2000). En esta línea, estudios sobre suicidio consumado sugieren que el diagnóstico de ansiedad premórbida es una condición poco presente en las diferentes muestras estudiadas (Arsenault-Lapierre *et al.*, 2004). Sin embargo, otros autores indican que la existencia de algún trastorno de ansiedad incrementaría entre 6 y 10 veces el riesgo suicida, respecto a la población general (Harris y Barraclough, 1997). Esta situación ha impulsado la realización de diferentes estudios clínicos (Appleby, 1994; Beck *et al.*, 1991; Cox *et al.*, 1994; Warshaw *et al.*, 2000) y comunitarios (Nam *et al.*, 2016; Nepon *et al.*, 2010; Sareen *et al.*, 2005; Thibodeau *et al.*, 2013; Yaseen *et al.*, 2013), sobre todo en el ámbito del trastorno de pánico. En su mayoría, aunque no de forma consensuada, señalan la existencia de una relación independiente entre los trastornos de ansiedad y el suicidio. En esta línea, recientes meta-análisis sobre suicidio y trastornos de ansiedad, si parecen indicar que el diagnóstico de distintos trastornos de ansiedad aumenta la probabilidad de cometer suicidio o mostrar algún tipo de comportamiento suicida (Angelakis *et al.*, 2015; Kanwar *et al.*, 2013; Krysinaka y Lester, 2010).

#### 4.1.3.2. Antecedentes familiares de salud mental

La relación entre la historia familiar en salud mental y la conducta suicida está ampliamente documentada (Mok *et al.*, 2016; Nock *et al.*, 2008b). al igual que los antecedentes familiares de comportamiento suicida, cuya asociación también podría ser explicada por el riesgo asociado de conducta suicida en los miembros de la familia que presentan un trastorno mental (Nock *et al.*, 2008b). Sin embargo, también se ha proporcionado evidencia de transmisión familiar de comportamiento suicida como variable de influencia independiente, esto es, incluso después de controlar el efecto de los diferentes trastornos clínicos, como la depresión o la psicosis (Gureje *et al.*, 2007; Mann, 2003; Qin *et al.*, 2003). De este modo, la transmisión familiar del comportamiento suicida parece estar determinada por varios componentes; uno, la transferencia de cierta vulnerabilidad a diferentes trastornos mentales y otro, la dotación familiar relacionada con el fenotipo de la agresividad, la impulsividad, el neuroticismo y otros factores de la personalidad íntimamente relacionados con el fenómeno suicida (Nock *et al.*, 2008b). Además, sin perder de vista el papel de los factores psicosociales, es importante señalar que circunstancias familiares como convivir durante la infancia y la adolescencia con una persona con trastorno mental, podría suponer un factor de riesgo de futuros problemas emocionales, incluido el riesgo de suicidio, especialmente si uno de los padres es el que lo sufre (Ayuso *et al.*, 2012; Nock *et al.*, 2008b).

#### 4.1.3.3. Intentos de suicidio previos

La conducta suicida no letal es la variable predictora de mayor relevancia en el suicidio consumado (Nock *et al.*, 2008a; OMS, 2014). En la mayoría de los estudios sobre factores de riesgo de suicidio, los intentos de suicidio previos se presentaban en, aproximadamente, el 40% de los casos (Parra-Uribe *et al.*, 2017). Los datos disponibles sugieren que entre las personas que intentan suicidarse, entre el 0.5% y el 2% de las personas consuman el suicidio durante el año siguiente al intento, y el 4% en los cinco años posteriores, más del 5% comete el suicidio

entre 9 y 18 años después y aproximadamente el 10% lo consuma durante el seguimiento a largo plazo. Además, el 37% de las personas que intentan suicidarse, lo intentan una vez más en los 5 años siguientes (Brovelli *et al.*, 2017; Carroll *et al.*, 2014; Goñi-Sarriés *et al.*, 2018; Goñi-Sarriés y Zandio-Zorrilla, 2017) y el intervalo de tiempo entre los sucesivos intentos disminuye con cada tentativa (Goldston *et al.*, 2015).

## **5. La Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud**

La Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental es un proyecto del Grupo de Evaluación, Clasificación y Epidemiología (ACE Group) de la OMS (WHO, s.f.) que coordina la implementación y el análisis de encuestas epidemiológicas de población general. Estas encuestas sirven para estimar la prevalencia de los trastornos mentales y evaluar los factores de riesgo. El objetivo último de estas encuestas es dirigir intervenciones y validar estimaciones de la carga de enfermedad en todo el mundo.

La Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental nace para paliar una importante limitación históricamente presente en los datos sobre prevalencia y factores asociados a los problemas de salud mental, debido a que estos se extrapolaban de estimaciones y proyecciones basadas principalmente en revisiones bibliográficas y estudios limitados y aislados.

### **5.1. Antecedentes de la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental**

A lo largo de las últimas décadas numerosos estudios comunitarios realizados en distintos países y territorios han presentado datos epidemiológicos sobre prevalencia y factores de riesgo asociados a distintos problemas de salud mental, incluyendo en su mayoría la conducta suicida no letal como objeto de estudio. Sus resultados se apoyan en el análisis de datos sobre muestras amplias y representativas de la población general adulta. Estas investigaciones aportan una información necesaria y fundamental para adecuar a los distintos entornos comunitarios

aquellas medidas y recursos institucionales, económicos y sociales que a nivel global y poblacional se precisen para la prevención en el área de la salud mental.

El primer estudio epidemiológico realizado a gran escala disponible en la literatura data de finales de la década de los 70 del siglo XX, el *Epidemiological Catchment Area Program* (ECA) dirigido desde el NIMH en Estados Unidos (Moscicki *et al.*, 1988).

A este relevante estudio le siguieron otras investigaciones epidemiológicas sobre población general, entre los que destaca el *National Comorbidity Survey* (NCS) (Kessler *et al.*, 1999), también realizado en Estados Unidos en la década de los 90.

Aproximadamente durante el mismo periodo, en Europa, se van desarrollando estudios epidemiológicos de encuestas comunitarias con muestras representativas aleatorias y/o estratificadas de población general adulta que, durante la primera década del presente siglo, continúan arrojando datos interesantes sobre prevalencia y factores asociados a los trastornos mentales en general y la conducta suicida en particular.

Concretamente en Gran Bretaña se desarrolla el *National Psychiatric Morbidity Surveys*. Este estudio integra distintas encuestas comunitarias realizadas periódicamente, de muestras amplias y representativas. Se interesa por investigar la asociación entre distintos problemas sociales y ambientales con los trastornos mentales, proveer de servicios e intervenciones adecuadas, reducir la mortalidad asociada a los trastornos mentales y disminuir los prejuicios y el estigma en el área de la salud mental (Bebbington *et al.*, 2009; Jenkins *et al.*, 1998).

En Holanda, el *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* (NEMESIS), también estudia la prevalencia vital de los trastornos mentales en dicho territorio (Spijker *et al.*, 2010) y años más tarde se realiza una réplica del mismo estudio, *el Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study II* (NEMESIS II) (De Graaf *et al.*, 2010).

Por otra parte, en Finlandia se realiza un estudio de seguimiento con muestra representativa de población general que aporta datos concretos sobre la ideación suicida, componente del suicidio con menos datos empíricos disponibles que el intento suicida (Hintikka *et al.*, 2001).

## **5.2. Desarrollo de la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental**

Durante la primera década del siglo XXI, como hito de importante trascendencia para el impulso de nuevos estudios epidemiológicos a gran escala sobre salud mental, se gesta la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental.

En este contexto, e incluido como estudio impulsado y respaldado por la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental se realiza una réplica del NCS, el National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) (Borges *et al.*, 2006).

A su vez, en el marco de la misma iniciativa se desarrolla en Europa el estudio más importante realizado hasta la fecha sobre epidemiología en salud mental, el estudio ESEMED, estudio transversal realizado en seis países europeos, incluida España, sobre una muestra total de 21.425 personas, cuya recogida de datos se sitúa en los años 2001 y 2002. Se trata del primer estudio europeo a gran escala con la participación de tantos países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España) sobre prevalencia de los principales trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de abuso de alcohol, y en el que se incluye entre sus objetivos, el estudio de prevalencia y factores asociados al desarrollo de conductas propulsoras del suicidio en la población general (Gabilondo *et al.*, 2007).

La tendencia de este tipo de estudios, coordinados por la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental o siguiendo la misma metodología, se ha mantenido al alza durante la última década, con un considerable aumento de publicaciones científicas a nivel internacional, y aportando, en su mayoría, datos de prevalencia de los distintos comportamientos suicidas y factores asociados a los mismos.

## **SEGUNDA PARTE. MARCO EMPÍRICO**





# 1. Contexto y justificación



Dada la magnitud y la variabilidad de la información publicada en el área del suicidio se han realizado durante los últimos años diferentes revisiones sistemáticas y meta-análisis, con objeto de actualizar y cuantificar la información aportada por los distintos estudios de campo sobre la conducta suicida en distintas zonas geográficas. Disponemos de este modo, de revisiones sistemáticas más o menos recientes que estudian la prevalencia y/o los factores asociados con la conducta suicida no letal sobre población general en países como Etiopía (Bifftu *et al.*, 2019) Afganistán (Akbar y Moosa, 2017), ), Irán (Nazarzadeh *et al.*, 2013; Shooshtari *et al.*, 2016) China (Cao *et al.*, 2015) Pakistán (Shahid y Hyder, 2008) Malasia (Armitage *et al.*, 2015) o Sri Lanka (Pearson *et al.*, 2014), continentes como América del sur (Teti *et al.*, 2014) o distintas regiones como el Caribe (Brown *et al.*, 2017), la región del Sudeste Asiático (Ahmed *et al.*, 2017; Knipe *et al.*, 2015) o la región del Mediterráneo Oriental (Malakouti *et al.*, 2015).

En nuestro continente, la última revisión sistemática sobre estudios de población general que incluyen estudios europeos es la realizada por Cano-Montalbán y Quevedo-Blasco (2018), que profundiza en la relación entre distintas variables sociodemográficas y el comportamiento suicida en Europa y América, sin cuantificar mediante meta-análisis la información recogida.

Se han realizado otras revisiones sistemáticas a gran escala, entre las que destaca un importante meta-análisis internacional que aborda el suicidio (diferentes comportamientos suicidas no letales y el suicidio consumado) y los factores de riesgo asociados durante los últimos 50 años de investigación en el mundo (de 1965 a 2015) (Franklin *et al.*, 2017), y una publicación posterior (Huang *et al.*, 2017) que examina el efecto predictor de diferentes factores demográficos sobre la conducta suicida no letal y el suicidio consumado. Sin embargo, el objetivo de dichas revisiones fue obtener información sobre los factores de riesgo, e incluyeron exclusivamente estudios longitudinales, no rescatando información de importantes estudios transversales recientes sobre prevalencia y factores asociados a la conducta suicida no letal en población general, tanto a nivel internacional como en el continente europeo. Anteriormente,

Li *et al.* (2011) realizaron una revisión sistemática para conocer el riesgo atribuible de los factores psiquiátricos y socioeconómicos para el suicidio, seleccionando para este propósito estudios de casos y controles, y cohortes, excluyendo también estos importantes estudios transversales de muestras comunitarias.

Por otro lado, y exceptuando las revisiones sistemáticas señaladas más arriba, la mayoría de las revisiones sistemáticas y meta-análisis publicados hasta la fecha, responden mayormente a cuestiones sobre datos de prevalencia y factores asociados en distintos perfiles de pacientes o poblaciones específicas, bien sea poblaciones clínicas, minorías sociales o muestras con rango de edad específicos, entre otras. Así, disponemos de revisiones sistemáticas sobre el fenómeno suicida en pacientes psiquiátricos hospitalizados (Large *et al.*, 2011) o en muestras de sujetos con diferentes trastornos mentales, como psicosis (Coentre *et al.*, 2017; Gómez-Durán *et al.*, 2012; Hawton *et al.*, 2005; Hor y Taylor, 2010; Popovic *et al.*, 2014; Taylor *et al.*, 2015; Zalpuri y Rothschild, 2016) trastorno bipolar (Carrà *et al.*, 2014; Costa *et al.*, 2015; Dong *et al.*, 2020; Oquendo *et al.*, 2006; Pompili *et al.*, 2013 Schaffer *et al.*, 2015a; Schaffer *et al.*, 2015b), depresión (Hawton *et al.*, 2013), trastornos de ansiedad (Kanwar *et al.*, 2013; Oquendo *et al.*, 2006), trastorno de déficit de atención / hiperactividad (Balazs y Keresztesy, 2017), trastorno dismórfico corporal (Angelakis *et al.*, 2016), trastorno obsesivo compulsivo (Angelakis *et al.*, 2015), trastorno de estrés postraumático (Krysinska y Lester, 2010) problemas del sueño (Littlewood *et al.*, 2017) o consumo de sustancias (Colledge *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2014). Otras revisiones sistemáticas han mostrado interés en estudiar el fenómeno suicida en poblaciones con diversas enfermedades físicas como el cáncer (Kolva *et al.*, 2020) la diabetes (Wang *et al.*, 2017), la psoriasis (Chi *et al.*, 2017), la obesidad (Perera *et al.*, 2015), el asma (Barker *et al.*, 2015), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Sampaio *et al.*, 2019), la esclerosis múltiple (Pompili *et al.*, 2012), la enfermedad de Huntington (Kachian *et al.*, 2019)

la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (Catalán *et al.*, 2011) o el dolor abdominal crónico y síndrome del intestino irritable (Spiegel *et al.*, 2007).

Por otro lado, disponemos de distintas revisiones sistemáticas sobre prevalencia y factores asociados a la conducta suicida en diferentes etapas evolutivas; son numerosas las revisiones realizadas sobre el suicidio en niños y adolescentes (Castellví *et al.*, 2017; Lim *et al.*, 2019; Miller *et al.*, 2013; Panagioti *et al.*, 2015; Sampaio *et al.*, 2017; Soole *et al.*, 2015) en jóvenes (Lehti *et al.*, 2009; Serafini *et al.*, 2015) o ancianos (Fässberg *et al.*, 2016; Fässberg *et al.*, 2012; Fung y Chan, 2011; Simon *et al.*, 2013). Por último, también se han publicado revisiones sistemáticas que han dirigido su atención al estudio de la prevalencia y/o factores asociados en diferentes poblaciones específicas como estudiantes universitarios (Li *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2017), personas ingresadas en prisión (Angelakis *et al.*, 2020; Fazel *et al.*, 2013; Navarro-Atienzar *et al.*, 2019) o diferentes grupos minoritarios (Hottes *et al.*, 2016; King *et al.*, 2008; Lai *et al.*, 2016).

Toda la información aportada por los estudios citados puede ser de un interés inestimable para la comunidad científica, permitiendo perfilar un mapa de necesidades sobre los datos de prevalencia y variables asociadas al suicidio en diferentes poblaciones con circunstancias biopsicosociales concretas, muestras de personas que atraviesan etapas evolutivas determinadas o distintas minorías étnicas o sociales. Sin embargo, y pese a la cantidad de información recogida en distintas revisiones sistemáticas sobre este fenómeno, la capacidad para dilucidar el papel de las distintas variables, su potencial explicativo y su capacidad para predecir el comportamiento suicida es bastante limitada hasta la fecha (Franklin *et al.*, 2017). Esta limitación se debe, en parte, a la complejidad de la conducta suicida y a la falta de sistematización con respecto al tipo de población incluida, ya que algunos estudios y revisiones se limitan a un tipo de población, mientras que otros combinan varios tipos. Además, existen notables diferencias entre los diseños metodológicos de los estudios incluidos. A esto se suma,

la dificultad de generalizar los resultados cuando el período de tiempo en el que se estudia la tendencia suicida no se establece; así como otras cuestiones de interés, como la dificultad para considerar los factores de riesgo de forma combinada, o la variedad terminológica sobre suicidio que complejiza tanto la comparación entre los estudios como la realización de análisis cuantitativos (Guzmán *et al.*, 2019; Lagares-Franco *et al.*, 2019; Ribeiro *et al.*, 2019).

Teniendo en cuenta las dificultades planteadas, así como las diferencias que los factores contextuales generan en el comportamiento suicida (Katiria-Pérez y Gruess, 2014; Campos *et al.*, 2014) y las peculiaridades de este fenómeno en distintas muestras de población, recoger información de forma sistemática sobre estudios epidemiológicos de muestras representativas de población general que siguen la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud, se presenta como un desafío interesante para poder llegar a conclusiones menos confusas. La cuantificación de la información de estos estudios, más homogéneos a nivel metodológico y acotando el análisis a una zona geográfica, como es Europa, puede aportar datos de gran interés tanto para la comunidad científica como para las distintas instituciones. Estos datos sirven de guía en la elaboración de programas de prevención en la población general, permitiendo un análisis más preciso de necesidades y facilitando una adecuada distribución de recursos. En definitiva, la sistematización de esta información permitiría avanzar en nuestra comprensión de este fenómeno y proporcionaría claves valiosas sobre cómo abordar este grave problema de salud pública.

Por otra parte, en nuestro entorno no se han desarrollado estudios recientes de epidemiología del suicidio sobre población general. Si revisamos los datos publicados podemos comprobar como hasta la fecha, en España, la última referencia conocida sobre estudios de prevalencia y factores asociados al comportamiento suicida en población general la tenemos en el estudio ESEMED (Gabilondo *et al.*, 2007). Mas concretamente, en Andalucía no disponemos de investigaciones que presenten datos de prevalencia y factores asociados sobre comportamiento

suicida mediante encuestas poblacionales, y que hayan sido realizadas siguiendo un sistema de evaluación validado y sobre una muestra suficientemente amplia y representativa en la población general andaluza.

Tal y como apunta la OMS, en su informe sobre prevención del suicidio (WHO, 2014), existen dos formas primarias de registro de datos nacionales y regionales de comportamiento suicida. Por un lado, tendríamos las autonotificaciones de conducta suicida en encuestas sobre muestras representativas de residentes de una comunidad, como las incluidas en la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental, y por otro, los registros médicos de agresiones autoinfligidas de muestras clínicas de instituciones sanitarias. Ambos tipos de información son esenciales para mejorar la disponibilidad y calidad de los datos que se requiere para una prevención efectiva del suicidio en las distintas comunidades. Además, respecto a las encuestas sobre muestras de residentes de la comunidad, la OMS señala que la calidad de las encuestas comunitarias sobre comportamiento suicida va a depender del tamaño de la muestra, la cual debe ser lo suficientemente grande como para ser representativa de la comunidad que se trate, de la estandarización de las preguntas y de que se incluya información sobre la prevalencia de intentos de suicidio recientes. En esta línea, sabemos que, en Andalucía, la mayoría de los estudios sobre conducta suicida no letal se basan en registros de instituciones sanitarias (Córdoba-Doña *et al.*, 2014; Mejías-Martín *et al.*, 2019; Moreno-Küstner *et al.*, 2019; Sánchez-Teruel *et al.*, 2015).

La necesidad de estudios sobre prevalencia y factores asociados en población general se hace más patente si atendemos a las prioridades del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA II, 2008-2012) (Valmisa Gómez de Lara *et al.*, 2008), el cual destaca en su capítulo cuarto sobre estrategias de actuación, el objetivo de abordar, de forma específica, la prevención del suicidio, señalándolo como una de las prioridades en las estrategias en salud mental de ámbito nacional e internacional. Posteriormente en el marco de los objetivos generales de las

líneas estratégicas del III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA III, 2016-2020) (Carmona *et al.*, 2016), de promoción de salud y bienestar emocional, prevención de problemas de salud mental y de atención especial a personas en situación de riesgo, se insiste en la necesidad de implantar programas de prevención del suicidio, como un área prioritaria de actuación en dicho plan. Para tales objetivos presentados en las distintas actualizaciones del PISMA, se pone en valor el conocimiento sobre datos de prevalencia y factores asociados a la conducta suicida en la población general, que guíen las medidas y programas de prevención y faciliten la planificación adecuada de los recursos sanitarios.

Así, en respuesta al creciente interés internacional en la prevención del suicidio, desde una perspectiva de salud pública, y dada la importancia de estimar los datos de prevalencia y calcular el impacto de diferentes factores de riesgo en diversas áreas geográficas, se proponen tres estudios epidemiológicos para esta Tesis Doctoral, dos revisiones sistemáticas, a escala continental (Europa), y un tercer estudio empírico, a escala regional (Andalucía), cuyos resultados logren conseguir una mayor comprensión y conocimiento de la tendencia suicida en la población general.

Así, planteamos los siguientes estudios que conforman esta Tesis Doctoral:

- Estudio 1: Prevalencia de la conducta suicida no letal en la población general europea.
- Estudio 2: Determinantes de la conducta suicida no letal en la población general europea.

Los dos primeros estudios se centran en un área geográfica específica, Europa, debido a el interés de acotar este análisis a la idiosincrasia de nuestro continente, cuyos datos recojan los factores socioeconómicos, políticos y culturales presentes en los distintos países que forman la Región Europea de la OMS, y poder realizar diferentes análisis cuantitativos.

- Estudio 3: Prevalencia de la conducta suicida no letal y factores asociados al riesgo suicida en la población general andaluza (PISMA-ep suicidio).



## 2. Objetivos



El objetivo general de esta Tesis Doctoral es conocer y analizar los datos epidemiológicos de prevalencia y factores de riesgo asociados al comportamiento suicida no letal en la población general adulta.

Los objetivos específicos por estudio son los que siguen:

- Objetivo Estudio 1. Estimar la prevalencia promedio (global, puntual, anual y vital) de la conducta suicida no letal y sus distintos componentes (tedio vital o deseos de muerte, ideación suicida, planes suicidas e intentos de suicidio) en la población general europea, y analizar la variabilidad de la prevalencia mediante una revisión sistemática y meta-análisis de resultados.
- Objetivo Estudio 2. Conocer y analizar los factores asociados a la conducta suicida no letal (puntual, anual y vital) y sus distintos componentes (tedio vital o deseos de muerte, ideación suicida, planes suicidas e intentos de suicidio) en la población general europea mediante una revisión sistemática y meta-análisis.
- Objetivos Estudio 3. (1) Estimar la prevalencia global de la conducta suicida no letal, la prevalencia puntual de sus distintos componentes (prevalencia puntual de ideación de muerte, intención de hacerse daño, ideación suicida, planificación suicida e intento suicida) y la prevalencia vital de intentos de suicidio. (2) Estudiar los factores asociados al riesgo de suicidio en la población general andaluza.



### **3. Metodología**



### **3.1. Metodología del Estudio 1. Prevalencia de la conducta suicida no letal en la población general europea.**

#### **3.1.1. Estrategia de búsqueda de la revisión sistemática**

Es importante señalar que la estrategia inicial de búsqueda fue la misma para la elaboración de los dos primeros estudios descritos en esta Tesis Doctoral, el referido al análisis de la prevalencia en población general europea, que corresponde al Estudio 1, y el que examina los datos sobre los factores asociados que aportan las investigaciones encontradas, el cual pertenece al Estudio 2. La búsqueda realizada fue sometida a diferentes criterios de selección de artículos a lo largo de todo el proceso, en función del objetivo de cada uno de los estudios, dando como resultado la inclusión de un número de estudios diferente.

En consonancia con lo anterior, se realizó una amplia revisión sistemática sobre prevalencia y factores asociados a la conducta no letal en población general europea. Iniciamos una búsqueda de investigaciones publicadas, utilizando las más importantes bases de datos electrónicas relacionadas con las ciencias sociales y médicas (Proquest, Scopus, PsycINFO, Medline y Embase). Usamos la siguiente cadena de búsqueda amplia: Título (*suicide\**) Y Resumen/Texto completo ((*prevalence O epidemiolog \**) O (“*risk factor\**” O “*associated factor \**” O “*correlated factor\**”)). Los registros potenciales involucraron literatura publicada entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2017. La revisión sistemática con meta-análisis para los dos estudios fue registrada en PROSPERO (CRD42017075190).

#### **3.1.2. Criterios de inclusión**

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: (i) análisis de datos de la población general (se excluyeron los estudios de poblaciones específicas, como estudiantes universitarios, hospitalizados o fuerzas armadas, por ejemplo); (ii) investigación original que proporcione datos primarios; (iii) realizados en Europa; (iv) que midieran la prevalencia de la conducta suicida no letal (tedio vital, deseo de muerte, ideación suicida, planificación suicida e intento

suicida; (v) que cubriera un amplio rango de edad, es decir, de adolescentes a personas mayores; (vi) estudios publicados entre 2008 y 2017; (vii) texto completo disponible en inglés o español.

### **3.1.3. Proceso de selección**

Dos revisores independientes llevaron a cabo el proceso de selección, resolviendo las discrepancias a través de un tercer revisor. La búsqueda electrónica identificó 18.287 estudios potencialmente elegibles sobre prevalencia de conducta suicida no letal. La eliminación de duplicados redujo los estudios a 6.929, a los que se les aplicaron los criterios de inclusión a los títulos y resúmenes. Esto resultó en una selección de 75 artículos que se leyeron en su totalidad. Tras dicha fase se excluyeron nuevamente 51 estudios por las siguientes razones; contenían solo datos de factores de riesgo ( $n = 2$ ), incluían solamente suicidio consumado ( $n = 2$ ); los datos no estaban disponibles ( $n = 5$ ); no se referían a la población general ( $n = 5$ ); no fueron realizados en Europa ( $n = 25$ ); los datos estaban duplicados ( $n = 10$ ); el texto completo no estaba disponible ( $n = 2$ ). En última instancia, se incluyeron en la revisión un total de 24 artículos sobre la prevalencia de la conducta suicida no letal en población general europea. (Figura 1 del Anexo 1).

### **3.1.4. Extracción de datos**

Se extrajo información sobre distintas variables de todos los estudios incluidos en la revisión. Se incluyeron las siguientes variables:

- Información sobre cita. Número de referencia del artículo, primer autor, año de publicación y país.
- Meta-variables (cuestiones metodológicas). Diseño (transversal o cohorte/ seguimiento), muestreo (aleatorio, aleatorio estratificado, aleatorio estratificado multi-etápico, muestreo por conglomerados multi-etápico estratificado), rango de edad (14-100), calificación de la calidad de los estudios e instrumento de diagnóstico para evaluación de la conducta suicida no letal.



- Variables de resultado. Tipo de conducta suicida no letal (tedio vital o deseos de muerte, ideación suicida, planes suicidas e intentos de suicidio). Para la codificación se utilizó el criterio de incluir en cada categoría el tipo de suicidio más leve que se recopiló. Por ejemplo, los estudios que combinan ideación e intento de suicidio se codificaron como ideación suicida.
- Variables a nivel de tasa para la prevalencia. Número de casos con conducta suicida no letal (numerador), población en riesgo (denominador categorizado a partir de la mediana -hasta 3.849 o más de 3.849-) y periodo de observación (puntual -semana anterior, dos semanas previas o mes anterior-, anual o vital).

### **3.1.5. Evaluación de la calidad**

La calidad de los estudios se evaluó mediante una versión adaptada de los criterios de calidad propuestos por Saha *et al.* (2005). A cada estudio se le asignó una puntuación de calidad según los siguientes indicadores: tipo de tasa, verificación de casos, información sobre las tasas (datos brutos, edad y / o sexo estandarizados; si edad / sexo estandarizado, método proporcionado) y otros méritos adicionales (mención de confiabilidad y filtración entre evaluadores). Los puntajes en este índice de calidad pueden variar de 1 a 10 puntos (Tabla S2 del Anexo 1).

### **3.1.6. Análisis de los datos**

Los datos se extrajeron utilizando el programa *Microsoft Excel* y se clasificaron en categorías previamente acordadas por los investigadores. Las tasas de prevalencia se ordenaron mediante filtros secuenciales. Se calcularon las tasas de prevalencia promedio mediante un modelo de efectos aleatorios que permitió la ponderación de los estudios. También se computaron las prevalencias puntuales, anuales y vitales para tipos específicos de conducta suicida no letal. En todos los casos, las prevalencias se calcularon ajustando el modelo de efectos aleatorios. La heterogeneidad estadística se evaluó utilizando el estadístico  $I^2$  de Higgins y Thompson, en la que un valor menor de 30% indica que hay poca heterogeneidad, uno de 30% a 50%, señala

heterogeneidad moderada y en el caso de más de 50% a 100% indica heterogeneidad alta (Higgins y Thompson, 2002). Se realizó un análisis de subgrupos para investigar la variación entre los estudios. Finalmente, se realizó una meta-regresión multivariante sobre la base de eliminación paso a paso. En un principio se incluyeron en el modelo todas las variables del estudio y aquellas que no alcanzaban un umbral de significación ( $p < 0,10$ ) se eliminaron sucesivamente, así como aquellas cuya retirada no alteraba sustancialmente los coeficientes del resto de predictores. El modelo se limitó a incluir las variables de resultado (deseo de estar muerto, ideación suicida, planificación del suicidio e intento de suicidio) y el periodo de observación (puntual, anual y vital).

Se utilizó la inspección visual de un gráfico de embudo (*funnel plot*) para detectar el sesgo de publicación, junto con la prueba de Egger para la detección de asimetría.

### **3.2. Metodología del Estudio 2. Determinantes de la conducta suicida no letal en la población general europea.**

#### **3.2.1. Estrategia de búsqueda de la revisión sistemática**

Tal y como se señala en el apartado de metodología del Estudio 1, se realizó una amplia búsqueda sistemática sobre estudios de prevalencia y factores asociados a la conducta suicida no letal en población general europea.

#### **3.2.2. Criterios de inclusión**

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: (i) análisis de datos de la población general (se excluyeron los estudios de poblaciones específicas, como estudiantes universitarios, hospitalizados o fuerzas armadas, por ejemplo); (ii) investigación original que proporcione datos primarios; (iii) realizados en Europa; (iv) estudio de la relación entre al menos un factor y alguno o varios de los componentes de la conducta suicida no letal (tedio vital, deseo de muerte, ideación suicida, planificación suicida e intento suicida) (v) inclusión de un amplio

rango de edad, es decir, de adolescentes a personas mayores; (vi) estudios publicados entre 2008 y 2017; (vii) texto completo disponible en inglés o español.

### **3.2.3. Proceso de selección**

Dos revisores independientes llevaron a cabo el proceso de selección, resolviendo las discrepancias a través de un tercer revisor. El número de registros potencialmente elegibles identificados mediante búsquedas electrónicas fue de 18.287. Después de eliminar 11.358 artículos duplicados, dos revisores independientes examinaron los 6.929 registros restantes aplicando los criterios de inclusión a los títulos y resúmenes. Como resultado, se revisaron 75 artículos mediante la lectura del manuscrito completo, de los cuales 49 fueron eliminados debido a; incluir suicidio consumado pero no conducta suicida no letal ( $n = 2$ ); datos no disponibles ( $n = 12$ ); encontrar un único estudio que midió un determinado factor, por lo que se eliminó al no poder compararse con otros estudios ( $n = 1$ ); no tratarse de un estudio realizado sobre población general ( $n = 5$ ); no se realiza en Europa ( $n = 25$ ); datos duplicados ( $n = 2$ ) y texto completo no disponible ( $n = 2$ ). Finalmente, en el presente estudio se incluyeron un total de 26 estudios sobre factores asociados a la conducta suicida no letal.

### **3.2.4. Extracción de datos**

Los datos para el meta-análisis se extrajeron directamente de los artículos o, si no se mostraban directamente, se calcularon utilizando los datos proporcionados. Dos investigadores independientes llevaron a cabo la extracción de datos, resolviendo las discrepancias a través de un tercer investigador. Las variables recopiladas de cada uno de los diferentes estudios incluidos en esta revisión se detallan a continuación.

- Información sobre cita. Autor / es, año y país.
- Variables metodológicas. Diseño (transversal o cohorte/ seguimiento); muestreo (aleatorio, aleatorio estratificado, aleatorio estratificado multi-etápico, muestreo por

conglomerados multi-etápico estratificado), rango de edad, calificación de la calidad e instrumentos utilizados para evaluar los factores asociados.

- Variables de resultado. Tipo de conducta suicida no letal (tedio vital o deseos de muerte, ideación suicida, planes suicidas e intentos de suicidio). Para la codificación se utilizó el criterio de incluir en cada categoría el tipo de suicidio más grave que se recopiló. Por ejemplo, los estudios que combinan ideación e intento de suicidio se codificaron como intentos de suicidio. Como parte de la variable dependiente, se recopiló el periodo de tiempo en el que ocurrió el suicidio (puntual, anual y vital).
- Factores analizados en el meta-análisis. Factores demográficos (género, edad hasta 35 años, edad entre 35 y 65 años, edad mayor de 65 años, estado civil, entorno residencial, nacionalidad, educación y situación laboral), factores psicosociales (apoyo social, experiencias de adversidad en la edad adulta, experiencias de adversidad en la infancia) y factores clínicos (antecedentes familiares de trastorno mental, cualquier trastorno afectivo, depresión mayor, ansiedad / estrés / somatizaciones, cualquier trastorno mental, consumo de sustancias, consumo frecuente de alcohol, consumo de tabaco, índice de masa corporal).

### **3.2.5. Evaluación de la calidad**

Para evaluar la calidad de los estudios se utilizó una versión adaptada de la herramienta de evaluación de la calidad para estudios cuantitativos (Thomas *et al.*, 2004). Cada estudio se evaluó mediante una escala de tres niveles: "fuerte", "moderada" y "débil" en función de la evaluación de 6 factores (sesgo de selección, diseño del estudio, análisis de retiros y abandonos para los estudios longitudinales y método de recolección de datos).

### **3.2.6. Análisis de datos**

Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico R Commander. Para cada uno de los potenciales factores asociados se construyó una tabla de contingencia y cuando fue

necesario se obtuvo las Odds ratio (OR) para cada estudio incluido en el análisis. Posteriormente se calcularon las OR agrupadas para todos los estudios con sus correspondientes Intervalos de confianza al 95%. El método utilizado para estimar Tau Cuadrado fue el de máxima verosimilitud restringida (REML). Se utilizó el modelo de efectos aleatorios, bajo el supuesto de que los estudios incluidos en el meta-análisis se realizaron en una variedad de poblaciones que pueden diferir entre sí. Se consideró significación estadística con un valor de  $p < 0,05$ . La heterogeneidad estadística se calculó mediante el estadístico Q de Cochran y su valor  $p$ . Además, se utilizó el estadístico  $I^2$  de Higgins y Thompson, en la que un valor menor de 30% indica que hay poca heterogeneidad, uno de 30% a 50% sugiere moderada heterogeneidad y en el caso de más de 50% a 100%, alta heterogeneidad (Higgins y Thompson, 2002).

Para analizar la heterogeneidad entre los estudios, se realizaron análisis de sensibilidad, y meta-regresión. El análisis de sensibilidad excluyó los estudios con una gran influencia en la heterogeneidad. Para los análisis de subgrupos se usó un modelo de efectos mixtos según el periodo de estudio y, cuando ello era posible, según los tipos de conducta suicida. Se realizó una meta-regresión de varios factores para comprobar la influencia del periodo de tiempo y el tipo de conducta suicida en la heterogeneidad. Se calculó el estadístico  $R^2$  que determina el porcentaje de variabilidad explicado por el modelo.

Para detectar el sesgo de publicación, se examinó un gráfico en embudo (*funnel plot*) por inspección visual y aplicando la prueba de Egger. También se utilizó el procedimiento de ajuste y relleno (*trim and fill*) de Duval y Tweedie, que es una prueba de simetría del gráfico en embudo. Este procedimiento produce un tamaño de efecto agrupado ajustado después de tener en cuenta los estudios faltantes debido al sesgo de publicación.

### **3.3. Metodología del Estudio 3. Prevalencia de la conducta suicida no letal y factores asociados al riesgo suicida en la población general andaluza.**

#### ***3.3.1. Diseño y marco general***

Este estudio (PISMA-ep suicidio) forma parte de una investigación epidemiológica más amplia denominada *Estudio Epidemiológico sobre el Trastorno Mental (PISMA-ep)*, estudio andaluz que sigue la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental, sobre la frecuencia y los factores asociados de los trastornos mentales en Andalucía. Se trata de un estudio transversal sobre una muestra estratificada y representativa de adultos no institucionalizados de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 18 y los 75 años, realizado en Andalucía (España).

#### ***3.3.2. Ámbito territorial***

La Comunidad Autónoma de Andalucía es una región al sur de España con una población de 8.476.718 habitantes (INE, 2020), aproximadamente el 18% del total del país. Está dividida en 8 provincias que a su vez se desagregan a nivel de municipio. Cada provincia cuenta con un municipio que ejerce como capital con una población de entre 100.000 y 700.000 habitantes según el caso, y un número variable de municipios de distinto tamaño poblacional (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2020). Todas las provincias fueron incluidas en el estudio.

#### ***3.3.3. Selección y reclutamiento de la muestra***

Se realizó un muestreo polietápico, utilizando diferentes niveles de estratificación. El primer nivel de estratificación proporcional tuvo en cuenta la zona geográfica de Andalucía oriental y occidental. Después, hubo un segundo nivel de estratificación, dentro de cada zona geográfica, atendiendo al tamaño de la ciudad. Dentro de este nivel, los estratos establecidos fueron urbano (más de 10.000 habitantes), intermedio (entre 2.001 y 10.000 habitantes) y rural (hasta 2.000 habitantes). Además, también se estratificó cada zona de muestreo por las ocho provincias andaluzas. Dentro de cada provincia, se utilizó un método aleatorio simple para seleccionar

entre 1 y 5 entidades municipales (ciudades) por cada tipo de tamaño de localidad (urbana, intermedia o rural). Luego, utilizando el mismo método de asignación al azar simple y teniendo en cuenta los cupos de edad y sexo, las secciones censales y los distritos de cada localidad escogida, se seleccionaron también las últimas áreas de muestreo.

Las unidades de muestreo final fueron personas de ambos sexos entre 18 y 75 años, a las cuales se les entrevistó si vivían en casas ubicadas en las calles de las rutas predeterminadas dentro de los distritos y secciones censales identificadas previamente al azar. Se llamó a una de cada 4 puertas de casas consecutivas.

### ***3.3.4. Cálculo del tamaño de la muestra***

Se realizaron cálculos del poder de la muestra como prioridad para determinar el tamaño de la muestra objetivo con el fin de estimar una prevalencia del 2% con una exactitud de  $\pm 0.5\%$ , con intervalos de confianza del 95% y para un tamaño del efecto estimado de 1.5. Este cálculo representa un tamaño de muestra objetivo de 4.518.

### ***3.3.5. Estudio piloto***

Se realizó una prueba piloto usando las primeras 20 entrevistas para cada una de las 8 provincias andaluzas, incluyendo un total de 160 entrevistas. En este periodo se evaluó la adecuación de todas las preguntas y el método de selección de la muestra. Después de dicha evaluación, las expresiones o términos de algunas preguntas se adaptaron ligeramente al dialecto andaluz local para asegurar la inteligibilidad. Los cambios eran todos menores y acordados por un panel de expertos para asegurar la no alteración en la validez de los ítems. El pilotaje del método de muestreo no condujo a la modificación de los métodos previstos.

### ***3.3.6. Método de sustitución de participantes***

Se realizaron hasta 4 intentos de contacto en diferentes horarios antes de que la unidad de muestreo fuera remplazada. En caso de no haber respuesta, el entrevistador se dirigía al siguiente domicilio de la ruta predeterminada. Dicho proceso se repetía hasta encontrar un

participante elegible. Cuando se conseguía finalmente una respuesta en una casa, se le ofrecía participar a la primera persona residente que se incluyera en los intervalos de edad y coincidiera en el sexo establecido previamente. Igualmente, Cuando se producía una negativa a participar en el estudio, se sustituía por aquella persona residente en la siguiente casa disponible dentro de la ruta y que cumpliera los mismos criterios de edad y sexo de la persona que se había negado a participar con anterioridad. Las personas que no cumplían los criterios de inclusión fueron reemplazadas por otras del mismo municipio, sexo y edad. En un intento de obtener la máxima representatividad se minimizó al máximo los criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión fueron; (i) llevar al menos un año de residencia en la comunidad andaluza, (ii) ser capaz de comunicarse en español y dar su consentimiento informado para participar. Los criterios de exclusión fueron; (i) residir en una institución y/o residencia, (ii) tener cualquier enfermedad grave que impida la realización física de la entrevista o tener un diagnóstico de demencia o retraso mental.

Las entrevistas de estudio se llevaron a cabo entre el año 2013 y 2014, y duraron un periodo de aproximadamente un año. Las personas seleccionadas fueron entrevistadas en su domicilio mediante un sistema CAPI (*Computer Assisted Personal Interview*).

Para el muestreo y las entrevistas en el domicilio se convocó un concurso público competitivo, siendo una empresa privada externa la encargada de llevarlas a cabo, contando con entrevistadores profesionales del ámbito de la salud.

### **3.3.7. Variables e instrumentos clínicos**

#### *3.3.7.1. Evaluación de factores asociados*

Basándonos en la literatura sobre factores de riesgo comúnmente asociados al fenómeno suicida y en el propósito de esta investigación, se utilizaron instrumentos estandarizados para la evaluación de las variables independientes descritas abajo.

- Factores demográficos:



- Las variables edad, género, estado civil, situación laboral, nivel educativo, nivel de urbanicidad y provincia de residencia fueron recogidas mediante un cuestionario elaborado para tal fin, sirviéndonos de variables comúnmente incluidas en las encuestas demográficas rutinarias (Barona *et al.*, 1984; Bilbao y Seisdedos, 2004).
- Factores psicosociales:
  - El nivel de funcionamiento general fue evaluado mediante la Escala de Funcionamiento Personal y Social (García-Portilla *et al.*, 2011) (*Personal and Social Performance Escala*, PSP-4) (Morosini, *et al.*, 2000). El PSP-4 mide el funcionamiento social en cuatro dominios específicos (actividades sociales habituales, relaciones personales y sociales, autocuidado y conducta perturbadora y agresiva). Este instrumento proporciona una puntuación de 0 a 100, utilizando una escala de gravedad de seis puntos para cada uno de los dominios. Las puntuaciones más altas representan un mejor funcionamiento personal y social.
  - El apoyo social se evaluó mediante la Escala de Apoyo Social de Familias y Amigos (Bellón *et al.*, 2008) (*Family and Friends*) (Blaxter, 1990). Este instrumento recoge información sobre lo que la persona piensa de su relación con su familia y sus amistades. Las preguntas se agrupan en tres categorías: la relación con los amigos y la familia, la relación con la pareja y la capacidad de mantener las relaciones en general.
  - Las experiencias de abuso (físico, sexual y psicológico) en la infancia fueron evaluadas mediante la versión breve del Cuestionario de Experiencias Traumáticas en la Infancia (Bellón *et al.*, 2008) (*Childhood Trauma Questionnaire*, CTQ) (Fink *et al.*, 1995). Las preguntas mostraron tener una adecuada fiabilidad test-retest en el contexto del estudio *Predic-D* (King, *et al.*, 2006; Bellón *et al.*, 2008). El rango de puntuaciones para cada elemento del cuestionario CTQ se sitúa entre 1 y 5, según el

grado en que los participantes están de acuerdo con el enunciado de cada ítem. Para este estudio se dicotomizaron las medidas de maltrato físico, maltrato psicológico y abuso sexual para facilitar la comparación de nuestros resultados con otros realizados previamente. Los grupos fueron definidos de la siguiente forma:

- El grupo de maltrato emocional incluía a participantes que únicamente habían recibido maltrato psicológico, sin informar sobre ningún otro tipo de abuso durante la infancia, ni físico, ni sexual.
  - El grupo de maltrato físico incluía a aquellas personas con historia de maltrato físico, al margen de que hubieran tenido experiencias de maltrato psicológico, pero que en ningún caso hubieran informado sobre algún episodio de abuso sexual.
  - Finalmente, el grupo de abuso sexual abarcó a todos aquellos casos que comunicaron historia de abuso sexual, independientemente de haber sufrido o no experiencias de maltrato físico y/o psicológico.
- Los eventos vitales estresantes fueron evaluados mediante el cuestionario abreviado Listado de Eventos Estresantes, LTE (Motrico *et al.*, 2013a) (*The List of Threatening experiences*, LTE) (Brugha *et al.*, 1985). Se trata de una *checklist* de referencia validada, la cual está compuesta por doce categorías de eventos vitales estresantes vividos en los seis meses precedentes a la encuesta, con un nivel alto de amenaza a largo plazo; (i) enfermedad o lesión grave de la persona, (ii) enfermedad o lesión grave de parientes cercanos, (iii) muerte de un familiar de primer grado (padre, hijo o cónyuge), (iv) muerte de familiar de segundo grado o amigo cercano (v) separación del matrimonio, (vi) finalización de una relación estable, (vii) problemas con un amigo cercano, un familiar o vecino, (viii) desempleo de larga duración (ix) despido, (x) dificultades financieras, (xi) problemas con la policía y los tribunales, (xii) robo o pérdida de objeto de valor.

- Los rasgos de personalidad, ansiedad-neuroticismo e impulsividad-búsqueda de sensaciones, fueron evaluados utilizando las secciones de personalidad correspondientes del Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (Aluja *et al.*, 2002) (*Personality Questionnaire, Form III, Revised, ZKPQ*) (Zuckerman, 2002). La categoría impulsividad/búsqueda de sensaciones describe la tendencia a actuar con rapidez en un impulso sin planificación, a menudo en respuesta a una necesidad por la excitación, el cambio y la novedad. La categoría de neuroticismo/ansiedad describe la tendencia mostrarse tenso y preocupado, demasiado sensible a la crítica, fácilmente alterado y obsesivamente indeciso.
- Factores clínicos:
  - La historia familiar de trastornos mentales y suicidio en la familia se evaluaron con una versión adaptada de las preguntas de la Entrevista Familiar para Estudios Genéticos (Díaz de Villalvilla *et al.*, 2008) (*Family Interview for Genetic Studies, FIGS*) (Qureshi *et al.*, 2005). Se trata de una entrevista semiestructurada enfocada a reunir información diagnóstica familiar. Consta de un conjunto de preguntas de cribado general referentes a distintos miembros de la familia y una lista de verificación de síntomas. Se utilizó para recopilar información de diagnóstico sobre todos los parientes conocidos en el árbol genealógico de cada participante, principalmente para familiares de primer grado. En este estudio, la información se obtuvo de cada participante, que actuó como su propio informante familiar. La FIGS nos permitió detectar problemas de salud mental en la familia y hacer posible una mejor estimación sobre el suicidio y posibles diagnósticos de depresión, manía, alcohol/abuso de drogas, psicosis o personalidad paranoide/esquizoide/esquizotípico en la familia.

- La dependencia a drogas se evaluó con el módulo de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas de la versión española de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, MINI (Ferrando *et al.*, 1998) (*The Mini-International Neuropsychiatric Interview*, MINI) (Sheehan *et al.*, 1998). Se trata de una entrevista breve estructurada para la valoración de los principales trastornos psiquiátricos del eje I compatible tanto con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su 4ª edición revisada (DSM-IV TR) (APA, 1994), como de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10) (WHO, 1996). Sus algoritmos y formulaciones son similares a los de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (*Composite International Diagnostic Interview*, CIDI). La entrevista MINI ha sido utilizada en distintos contextos culturales, mostrando propiedades psicométricas satisfactorias en diferentes idiomas, con valores de acuerdo de Kappa al compararla con otras entrevistas como la CIDI o la SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*) por encima de 0.7 en la mayoría de los casos (Bobes, 1998; Kadri *et al.*, 2005; Otsubo *et al.*, 2005; Rossi *et al.*, 2004). También ha demostrado una alta fiabilidad entre evaluadores, un alto grado de sensibilidad y una baja tasa de falsos positivos cuando se utiliza en estudios de población general no clínica, como en este caso (Cervilla *et al.*, 2016).
- El consumo de alcohol se evaluó con el cuestionario CAGE (Rodríguez-Martos, 1986) (CAGE Questionnaire) (Ewing, 1984). Este cuestionario consta de cuatro preguntas sencillas y fáciles de recordar para la detección de alcoholismo. Las 4 preguntas son las siguientes: (i) ¿Ha pensado que debería reducir el consumo de alcohol? (ii) ¿Se ha enfadado porque le han criticado su consumo de alcohol? (iii) ¿Se ha sentido mal o culpable por haber bebido? (iv) ¿Se ha tomado una copa por la mañana al despertarse para aliviar la resaca o la tensión?. Se trata de un instrumento

de detección validado cuya fiabilidad y validez ha sido bien documentada en diferentes poblaciones (Dervaux *et al.*, 2006; Malet *et al.*, 2005).

- La dependencia a la nicotina se evaluó utilizando el Test Fagerström (Becoña y Vázquez, 1998) (*Fagerström Test for Nicotine Dependence*) (Heatherton *et al.*, 1991). Este instrumento evalúa la intensidad de la adicción a la sustancia, cuyas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad son apropiadas. Contiene seis ítems que evalúan la cantidad de consumo de cigarrillos, la compulsión y la dependencia. Los ítems con respuestas dicotómica (sí/no) se puntúan de 0 a 1 y aquellos de opción múltiple se puntúan de 0 a 3. Los elementos se suman para obtener una puntuación total de 0-10. Cuanto mayor sea la puntuación total de la prueba, más intensa es la dependencia del paciente a la nicotina. En este estudio se obtuvo puntuación total y se estableció un punto de corte para establecer la asignación de los participantes a los grupos dependencia baja a la nicotina (de 0 a 5 puntos) o alta (de 6 a 10 puntos) (Becoña y Lorenzo, 2004).

### 3.3.7.2. Definición de la conducta suicida no letal

La definición de conducta suicida no letal para este estudio de campo incluye conceptos que van desde deseo de muerte, ideas de hacerse daño e ideación, planificación o intento suicida, todos ellos incluidos en la nomenclatura de Silverman *et al.* (2007), de mayor reconocimiento actual en la comunidad científica. Justificamos un concepto tan amplio de suicidio dada la seriedad de todas estas manifestaciones y de acuerdo con el último informe de prevención presentado por la OMS sobre prevención del suicidio (WHO, 2014). Este último sugiere la dificultad de evaluar la intencionalidad suicida real dentro de cada una de estas medidas debido a la ambivalencia y la ocultación que rodea el comportamiento suicida. Por otro lado, la inclusión de diferentes niveles desde el más leve (deseo de muerte) al más serio (intento de suicidio), nos permite recoger información de personas posiblemente en riesgo de suicidio y

adaptar las medidas preventivas atendiendo a dichos datos. Además, nuestro resultado de riesgo suicida sigue la codificación de la MINI, método apropiado y validado para tal fin, como forma de analizar diferencias entre los grupos de personas que tienen algún elemento positivo de las tendencias suicidas en comparación con la población general.

### *3.3.7.3. Evaluación de la conducta suicida no letal*

La conducta suicida no letal fue evaluada con el módulo de *Riesgo de Suicidio* de la versión española de la MINI (Ferrando *et al.*, 1998). Este módulo se compone de seis preguntas, que incluyen deseo de muerte, ideas de hacerse daño, ideación suicida, planificación suicida e intento suicida, todo en el último mes, y además incluye un último ítem para valorar los intentos de suicidio a lo largo de la vida. La información recogida por este instrumento permite calcular las tasas de prevalencia para la conducta suicida no letal general y para cada uno de los elementos que la componen.

Para el análisis de la relación entre los distintos factores y nuestra variable dependiente, denominamos a esta última variable de resultado como Riesgo Suicida basándonos en el sistema de codificación de la entrevista MINI, mediante el cual, los sujetos son categorizados en dos grupos, "con riesgo suicida" o "sin riesgo suicida". Una respuesta afirmativa a una de las seis preguntas presentadas se considera *Riesgo de Suicidio* (Ferrando *et al.*, 1998; Sheehan *et al.*, 1998).

### **3.3.8. Formación de entrevistadores y fiabilidad**

Todos los entrevistadores asistieron a un programa de entrenamiento impartido por el investigador principal y demostraron un conocimiento suficiente tanto en técnicas de entrevista como en el conocimiento del protocolo de administración de los instrumentos de medida, la mayoría de los cuales habían sido diseñados originalmente para su administración por entrevistadores legos.

Las estrategias de entrenamiento utilizadas incluyeron conferencias, juegos de rol entre entrevistadores y puntaje de entrevistas simuladas con ayuda de expertos, las cuales eran grabadas para su posterior visualización. Los instrumentos utilizados fueron previamente validados y tal y como se señala más arriba, habían demostrado adecuadas propiedades psicométricas.

### **3.3.9. Análisis de datos**

Las tasas de prevalencia estimada de cada elemento de nuestra variable dependiente *conducta suicida no letal* fueron calculadas con un intervalo de confianza del 95%, globalmente y para cada uno de los elementos de esta (ideas de muerte, ideas de hacerse daño, ideación suicida, planificación suicida e intento suicida, todo en el último mes, e intentos de suicidio a lo largo de la vida). Se realizaron análisis descriptivos exploratorios que incluyeron frecuencias, porcentajes, valores de media y desviación estándar de todas las variables independientes. Posteriormente, se exploró la asociación univariante entre diferentes variables independientes y la variable resultado *Riesgo Suicida* mediante la prueba de Chi cuadrado (dos colas) y la prueba de *t* de Student, según una distribución normal de los datos. Después de verificar el nivel de significación para cada factor de riesgo, en el modelo de regresión multivariable final, todas las variables se incluyeron simultáneamente para examinar los efectos independientes y calcular las OR. Se asumió significación estadística cuando  $p$  era  $< 0.05$ . Para el análisis descriptivo y univariado se utilizó el paquete estadístico SPSS 20 (Package for the Social Sciences, 2011) y para el análisis de regresión multivariante se aplicó el paquete STATA 13 (Statacorp, 2012)





## **4. Resultados**



#### **4.1. Resultados Estudio 1. Prevalencia de la conducta suicida no letal en la población general europea.**

##### **4.1.1. Características de los estudios**

Identificamos 24 artículos que contienen datos originales sobre la prevalencia de la conducta suicida no letal en Europa de 2008 a 2017. De estos artículos, tres se publicaron en 2008, dos en 2009, uno en 2010, uno en 2011, tres en 2012, cinco en 2013, dos en 2014, tres en 2015, tres en 2016 y, finalmente, uno en 2017. La distribución de los países en los que se realizó la investigación fue, en Bélgica dos estudios, en Finlandia un estudio, en Francia un estudio, en Alemania cuatro estudios, en Grecia dos estudios, en Italia un estudio, en Letonia un estudio, en España un estudio, en Suecia un estudio, en los Países Bajos un estudio, en Turquía tres estudios, en el Reino Unido cuatro estudios y, finalmente, hubo dos estudios multinacionales. La distribución por regiones fue Norte (Finlandia y Suecia), Centro (Reino Unido, Alemania, Bélgica, Francia, Irlanda del Norte, Letonia, Bulgaria y Holanda), Este (Turquía y Rumania) y Sur (España, Grecia, Italia y Portugal). Los límites de edad superior e inferior oscilaron entre los 14 y los 100 años. Sólo tres estudios utilizaron un diseño de cohorte / seguimiento, el resto utilizó un diseño transversal. Dos estudios utilizaron una muestra aleatoria, diez una muestra aleatoria estratificada, siete una muestra aleatoria estratificada de múltiples etapas y, finalmente, cinco utilizaron una muestra aleatoria agrupada multietapa estratificada. La calificación de calidad de los 24 estudios varió de 5 a 9, y la media fue de 6.33.

Los 24 artículos incluidos proporcionaron 97 tasas de prevalencia de conducta suicida no letal basadas en un total estimado de 20.554 casos (Tabla 2 del Anexo 1). Se estimaron 17 cifras de prevalencia puntual de conducta suicida no letal (rango: 0.01-10.50%), 16 cifras de prevalencia anual (rango: 0.36-11.22%) y 64 cifras de prevalencia vital (rango: 0.55-23.00%). Además, se encontró una cifra de prevalencia puntual para deseos de muerte (1.53%), 12 cifras de prevalencia puntual para la ideación suicida (rango: 0.8-10.50%) y 3 cifras de prevalencia

puntual para el intento de suicidio (rango: 0.01-1.5%). También se obtuvieron dos cifras de prevalencia anual de deseo de morir (rango: 4.24-11.22%), siete cifras de prevalencia anual para la ideación suicida (rango: 0.87-5.66%), dos cifras de prevalencia anual para la planificación del suicidio (rango: 0.44-2.81%) y cinco cifras de prevalencia anual de intento de suicidio (rango: 0.36-0.74%). Finalmente, se extrajeron las 2 cifras de prevalencia vital para deseos de morir (rango: 17.96%-23%), 24 cifras de prevalencia vital para ideación suicida (rango: 2.67-20.44%), 15 cifras de prevalencia vital para planificación suicida (rango: 0.67-4.49%) y 22 cifras de prevalencia vital de intento de suicidio (rango: 0.55-5.04%). Los *forest plots* de las 97 figuras de prevalencia están disponibles en la Figura 2 del Anexo 1, y las figuras S1 y S2 del Anexo 1 de la presente Tesis Doctoral.

#### **4.1.2. Meta-análisis de resultados**

El meta-análisis de la prevalencia puntual mostró una prevalencia puntual promedio para conducta suicida no letal del 3.96% (2.37-5.56). La prevalencia puntual promedio para deseos de muerte fue de 1.53% (0.95-2.12), para la ideación suicida fue del 5.28% (3.5-7.06) y para el intento de suicidio fue del 0.63% (-0.09-1.36). La prevalencia anual promedio para la conducta suicida no letal fue del 2.9% (1.49-4.32). La prevalencia anual promedio para deseos de morir fue del 7.72% (0.80-14.56), para la ideación suicida fue del 3.62% (2.24-4.99), para la planificación del suicidio fue de 1.6 (-0.71-3.92) y para el intento de suicidio fue del 0.57% (0.43-0.71%). Finalmente, la prevalencia vital promedio para la conducta suicida no letal fue del 5.55% (4.31-6.79). La prevalencia vital promedio para deseos de muerte fue del 20.27% (15.35-25.19), para la ideación suicida fue del 9.08% (7.22-10.94), para la planificación del suicidio fue de 2.13 (1.56-2.69) y para el intento suicida fue 2.88% (2.15-3.60) (Tabla S3 del Anexo 1).

#### 4.1.3. *Análisis de subgrupos*

Dada la heterogeneidad mostrada entre los estudios, se realizó un análisis de subgrupos que reveló diferencias en la prevalencia de las diferentes categorías de conducta suicida no letal. El deseo de morir y la ideación suicida fueron más frecuentes que la planificación o el intento de suicidio ( $p < 0.001$ ). Las cifras de prevalencia vital fueron superiores a las anuales y a las de prevalencia puntual, cuando se combinaron estas últimas ( $p = 0.02$ ). Por último, los estudios realizados en Europa del Este proporcionaron las cifras de prevalencia más altas y los de Europa del Sur las más bajas. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el resto de las variables (Tabla S4 del Anexo 1).

#### 4.1.4. *Análisis multivariante*

La meta-regresión multivariante mostró que los estudios que midieron el deseo de morir reportaron cifras de prevalencia más altas que los que midieron ideación suicida ( $p = 0.013$ ), planificación suicida ( $p < 0.001$ ) e intento de suicidio ( $p < 0.001$ ). De manera similar, este modelo mostró que las prevalencias generales, puntuales y anuales fueron más bajas que las prevalencias de por vida ( $p < 0.001$ ). Los estudios en los que el límite inferior de edad era de 18 años o más informaron de cifras de prevalencia más bajas ( $p = 0.013$ ). Los estudios que establecieron un umbral de edad superior informaron de cifras de prevalencia más altas que los que no lo hicieron ( $p < 0.001$ ). Además, los estudios de poblaciones de más de 3.849 habitantes obtuvieron cifras de prevalencia más bajas ( $p = 0.03$ ). Respecto a la calidad de los estudios, a mayor calidad, menor prevalencia ( $p = 0.04$ ). Finalmente, los estudios llevados a cabo en Europa del Este obtuvieron cifras de prevalencia menores que las obtenidos en el norte ( $p = 0.025$ ) o centro de Europa ( $p = 0.077$ ). Este modelo explicó el 62.21% de la variabilidad en la prevalencia (Tabla 3 del Anexo 1).

#### **4.1.5. Sesgo de publicación**

Finalmente, las Figuras S3, S4, S5 y S6 del Anexo 1 muestran los *funnel spots* de todas las cifras de prevalencia, prevalencia puntual, prevalencia anual y prevalencia de por vida, respectivamente. La inspección visual sugirió un sesgo de publicación y la prueba de simetría de Egger fue significativa para todas las cifras de prevalencia ( $z = 12.1438$ ,  $p < 0.001$ ), prevalencia puntual ( $z = 8.7576$ ,  $p < 0.001$ ), prevalencia anual ( $z = 5.8381$ ,  $p < 0.001$ ) y prevalencia vital ( $z = 9.0499$ ,  $p < 0.001$ ).

### **4.2. Resultados Estudio 2. Determinantes de la conducta suicida no letal en la población general europea.**

#### **4.2.1. Características de los estudios**

Tras el proceso de selección se eligieron un total de 26 estudios que incluían datos originales sobre factores asociados a la conducta suicida no letal o alguno de los componentes de esta. De estos artículos, uno se publicó en 2008, uno en 2009, uno en 2010, dos en 2011, tres en 2012, cinco en 2013, dos en 2014, cinco en 2015, tres en 2016 y, finalmente, uno en 2017. El número de estudios que se incluyeron en función de los diferentes países europeos de los que se analizan los datos son, tres de Bélgica, uno de Bulgaria, cuatro de Inglaterra, uno de Finlandia, dos de Francia, cinco de Alemania, tres de Gran Bretaña, dos de Grecia, dos de Irlanda del Norte, dos de Italia, uno de Letonia, dos de Holanda, uno de Portugal, uno de Rumanía, cuatro de España, uno de Suecia y dos de Turquía. Los límites de edad superior e inferior oscilaron entre los 14 y los 100 años. Todos los estudios fueron transversales, con la excepción de uno, que fue de cohorte. Dos estudios utilizaron una muestra aleatoria, nueve una muestra aleatoria estratificada, nueve utilizaron una muestra aleatoria estratificada de múltiples etapas y, finalmente, seis utilizaron una muestra aleatoria agrupada multietapa estratificada. Con respecto al tipo de conducta suicida no letal, dos estudios evaluaron los deseos de muerte, 22 estudios evaluaron la ideación suicida, seis estudios evaluaron los planes suicidas y 20 estudios

evaluaron los intentos suicidas. Con respecto al periodo de tiempo de suicidio, nueve estudios evaluaron la conducta suicida no letal puntual, diez la evaluaron anualmente y 18 evaluaron la conducta suicida no letal a lo largo de la vida.

Como factores asociados, 21 estudios evaluaron factores demográficos, 7 evaluaron factores psicosociales y 12 evaluaron factores clínicos. En detalle, con respecto a los factores demográficos, diecinueve estudios evaluaron el género, cinco evaluaron la edad hasta 35 años, dos evaluaron la edad entre 35 y 65 años, tres evaluaron la edad mayor de 65 años, diez evaluaron el estado civil, siete evaluaron el entorno residencial, dos evaluaron la nacionalidad, tres evaluaron la educación y seis evaluaron la situación laboral. Con respecto a los factores psicosociales, dos estudios evaluaron el apoyo social, tres evaluaron las experiencias de adversidad en la edad adulta y cuatro evaluaron las experiencias de adversidad en la infancia. Finalmente, en cuanto a los factores clínicos, cuatro estudios evaluaron los antecedentes familiares de trastornos mentales, cuatro evaluaron cualquier trastorno afectivo, cuatro evaluaron la depresión mayor, seis evaluaron la ansiedad/estrés/trastornos somatomorfos, cinco evaluaron los trastornos de sustancias, tres evaluaron el consumo frecuente de alcohol, tres evaluaron el consumo de tabaco, once evaluaron cualquier trastorno mental y dos evaluaron el índice de masa corporal (IMC).

La calidad de cada estudio fue evaluada mediante una versión adaptada de la herramienta de evaluación de la calidad para estudios cuantitativos. La mayoría de los estudios obtuvo un nivel de calidad moderado. En concreto, uno obtuvo una calidad débil, tres se calificaron como fuertes y los 22 estudios restantes mostraron una calidad moderada.

#### **4.2.2. Meta-análisis de resultados**

##### *4.2.2.1. Todos los tipos de conducta suicida no letal*

Al considerar todos los tipos de conducta suicida no letal en conjunto, así como todos los periodos de tiempo, distintos factores demográficos, psicosociales y clínicos mostraron OR

significativas. Para los factores demográficos hubo OR significativas para el género, siendo mujer el que presentó mayor riesgo de suicidio (OR= 1.56, IC 95%, 1.40-1.72,  $p < 0.05$ ); la edad mayor de 65 años presentó un riesgo menor en comparación con otras edades (OR= 0.45, 95% CI 0.35-0.59,  $p < 0.05$ ); tener una relación estable presentó menor riesgo que estar soltero, divorciado o viudo (OR= 0.65, IC 95%, 0.45-0.93,  $p < 0.05$ ); y una situación laboral activa presentó un menor riesgo (OR= 0.48, IC 95%, 0.32-0.72,  $p < 0.05$ ). Todos los factores psicosociales tuvieron OR significativas; el bajo apoyo social (OR= 2.59, IC 95%, 1.87-3.59,  $p < 0.05$ ), la adversidad en la edad adulta (OR= 3.65, IC 95%, 1.94-6.87,  $p < 0.05$ ) y la adversidad en la niñez (OR= 3.53, IC 95%, 2.43-5.13,  $p < 0.05$ ). Todos estos factores psicosociales presentaron una mayor OR que los factores demográficos. Respecto a factores clínicos, casi todos los factores presentaron OR significativas; antecedentes familiares de trastorno mental (OR= 3.03, IC 95%, 1.76-5.23,  $p < 0.05$ ), algún trastorno afectivo (OR= 7.41, IC 95%, 4.06-13.28,  $p < 0.05$ ), depresión mayor (OR= 7.69, IC 95%, 4.13-13.28,  $p < 0.05$ ), ansiedad/estrés/trastornos somatomorfos (OR= 4.29, IC 95%, 2.82-6.51,  $p < 0.05$ ), consumo de sustancias (OR= 2.45, IC 95%, 2.01-2.99,  $p < 0.05$ ), tabaquismo (OR= 2.67, IC 95%, 2.13-3.34,  $p < 0.05$ ), cualquier trastorno mental (OR= 3.61, IC 95%, 2.90-4.48,  $p < 0.05$ ) e IMC (OR= 2.58, IC 95%, 1.40-1.72,  $p < 0.05$ ). Solo el consumo frecuente de alcohol no presentó una OR significativa (OR= 1.52, IC 95%, 1.13-5.89,  $p = 0.35$ ). En general, los valores de OR de los factores clínicos fueron superiores a los de los factores demográficos. La depresión mayor, cualquier trastorno afectivo y los trastornos de ansiedad/estrés/somatomorfos se destacaron como factores con mayores OR. La heterogeneidad entre estudios en todos los casos fue alta, superior al 75% en la mayoría de los casos (Tabla 2 del Anexo 2).

#### 4.2.2.2. *Deseos de muerte*

Para los deseos de muerte en todos los períodos de tiempo, los factores clínicos de ansiedad/estrés/trastornos somatomorfos (OR=2.38, IC 95%, 1.08-5.24,  $p < 0.05$ ) y cualquier trastorno



mental (OR=3.03, IC 95%, 1.60-5.75,  $p < 0.05$ ) alcanzó significación estadística. El estado civil no fue estadísticamente significativo (OR=1.03, IC 95%, 0.43-2.42,  $p = 0.95$ ). La heterogeneidad entre los estudios fue en todos los casos superior al 64%. Para el estado civil fue  $I^2 = 92.80\%$ , para los trastornos de ansiedad/estrés/somatormorfos fue  $I^2 = 64.43\%$  y para cualquier trastorno mental fue  $I^2 = 68.75\%$ .

#### 4.2.2.3. *Ideación suicida*

Las tres categorías de factores presentaron OR significativas para ciertos factores al analizar la ideación suicida en cualquier momento temporal. Para los factores demográficos, se encontró un mayor riesgo en el género femenino (OR=1.36, IC 95%, 1.19-1.57,  $p < 0.05$ ), menor de 35 años (OR=2.75, IC 95%, 1.15-6.58,  $p < 0.05$ ), mayor de 65 años (OR=0.50, IC 95%, 0.39-0.65,  $p < 0.05$ ), cuando existe relación estable (OR=0.53, IC 95%, 0.39-0.79,  $p < 0.05$ ) y en situación activa de empleo (OR=0.48, IC 95%, 0.31-0.75,  $p < 0.05$ ). Para los factores psicosociales, se encontró un mayor riesgo en bajo apoyo social (OR=2.73, IC 95%, 1.69-4.25,  $p < 0.05$ ) y experiencias de adversidad infantil (OR=2.0, IC 95%, 1.13-3.82,  $p < 0.05$ ). Los factores clínicos de antecedentes familiares de trastorno mental (OR=2.68, IC 95%, 1.69-4.25,  $p < 0.05$ ), cualquier trastorno afectivo (OR=10.95, IC 95%, 4.64-25.82,  $p < 0.05$ ), depresión mayor (OR=11.06, IC 95%, 4.09-29.87,  $p < 0.05$ ), ansiedad/estrés/trastornos somatomorfos (OR=5.8, IC 95%, 3.49-9.61,  $p < 0.05$ ), consumo de sustancias (OR=2.18, IC 95%, 1.76-1.19,  $p < 0.05$ ), consumo de tabaco (OR=2.27, IC 95%, 1.83-2.81,  $p < 0.05$ ) y cualquier trastorno mental (OR=3.90, IC 95%, 2.96-5.13,  $p < 0.05$ ) a su vez mostraron un nivel de significación para ideación suicida. Los factores demográficos fueron aquellos con menor OR, mientras que la depresión mayor, cualquier trastorno afectivo y los trastornos de ansiedad/estrés/somatormorfos fueron los factores con la mayor OR. La heterogeneidad entre los estudios fue alta, siendo en la mayoría de los casos superior al 74%.

#### 4.2.2.4. Planes suicidas

Los dos factores demográficos calculados tuvieron una OR significativa para cualquier período de tiempo en planes suicidas. Estos factores fueron el género femenino (OR=1.78, IC 95%, 1.41-2.25,  $p < 0.05$ ) y ser mayor de 65 años (OR=0.28, IC 95%, 0.17-1.44,  $p < 0.05$ ). La heterogeneidad entre los estudios fue alta para el primer factor ( $I^2 = 73.42\%$ ), mientras que baja para el segundo ( $I^2 = 0\%$ ).

#### 4.2.2.5. Intentos suicidas

Respecto a los intentos de suicidio en cualquier momento, los factores demográficos que presentaron OR significativas: fueron género femenino (OR=1.78, IC 95%, 1.46-2.17,  $p < 0.05$ ), edad entre 35 y 65 años (OR=2.11, IC 95%, 1.18-3.8,  $p < 0.05$ ) y situación activa de empleo (OR=0.48, IC 95%, 0.21-1.09,  $p < 0.05$ ). De los factores psicosociales, el bajo apoyo social (OR=2.27, IC 95%, 1.63-3.17,  $p < 0.05$ ), las experiencias de adversidad en la edad adulta (OR=5.52, IC 95%, 2.89-10.52,  $p < 0.05$ ) y en la infancia (OR=5.45, IC 95%, 4.04-7.35,  $p < 0.05$ ) mostraron OR significativas. De los factores clínicos, cualquier trastorno afectivo (OR=6.04, IC 95%, 1.84-21.06,  $p < 0.05$ ), depresión mayor (OR=7.09, IC 95%, 2.19-22.93,  $p < 0.05$ ), ansiedad/estrés/trastornos somatomorfos (OR=3.15, IC 95%, 1.50-6.65,  $p < 0.05$ ), consumo de sustancias (OR=3.26, IC 95%, 2.32-4.60,  $p < 0.05$ ), consumo de tabaco (OR=3.62, IC 95%, 2.46-5.34,  $p < 0.05$ ), cualquier trastorno mental (OR=3.24, IC 95%, 2.14-4.92,  $p < 0.05$ ) y un IMC elevado (OR=4.23, IC 95%, 1.257-6.96,  $p < 0.05$ ) mostraron significación. Al igual que en otros tipos de conducta suicida no letal, los factores clínicos y psicosociales presentaron mayor OR que los factores demográficos. La depresión mayor y cualquier trastorno afectivo tuvieron la mayor OR, seguido de la adversidad en la edad adulta, la adversidad en la infancia y los trastornos de ansiedad/estrés/somatomorfos. En general, la heterogeneidad entre estudios fue alta, aunque con mayor variabilidad que en el resto de las tendencias suicidas.

### 4.2.3. Análisis de heterogeneidad

Se utilizó un análisis de sensibilidad para verificar la existencia de estudios influyentes sobre la heterogeneidad, así como una meta-regresión en 15 de los factores estudiados. Los factores demográficos analizados con estos métodos fueron el género, la edad mayor de 65 años, el estado civil, el entorno residencial, la educación y la situación laboral. Los factores psicosociales fueron el apoyo social, experiencias de adversidad de la edad adulta y experiencias de adversidad de la niñez. Los factores clínicos fueron cualquier trastorno afectivo, depresión mayor, ansiedad/estrés/trastornos somatomorfos, consumo de sustancias, consumo de tabaco y cualquier trastorno mental.

#### 4.2.3.1. Análisis de sensibilidad

Los estudios más influyentes sobre heterogeneidad, cuya retirada provoca una reducción del 5% en la heterogeneidad, se muestran en la Tabla S4. El análisis de sensibilidad se realizó teniendo en cuenta todos los periodos de tiempo e indicó la OR antes y después de retirar el estudio, así como la variación en la heterogeneidad. En resumen, los estudios más influyentes fueron el estudio de Bebbington *et al.* (2009) para el género en ideas suicidas y en todos los tipos de conducta suicida; el estudio de Boyd *et al.* (2015), para el género en los planes suicidas y los intentos de suicidio para los datos de Portugal y de los Países Bajos, respectivamente; Hiswåls *et al.* (2015) para la educación en todo tipo de conductas suicidas no letales; Bruffaerts *et al.* (2015) para la adversidad en la edad adulta en todos los tipos de conducta suicida no letal; Gisle y Van Oyen *et al.* (2013) para el apoyo social en todo tipo de conducta suicida no letal; Michal *et al.* (2010) para cualquier trastorno afectivo en todos los tipos de conducta suicida no letal y para uso de sustancias en la ideación suicida en los datos referentes al consumo de alcohol; y Atay *et al.* (2012) para cualquier trastorno mental en los deseos de muerte debido a los datos sobre depresión mayor.

#### 4.2.4. Análisis moderador

Se realizó una meta-regresión que incluyó como variables moderadoras el período de tiempo en el que se produjo la conducta suicida no letal y, en el caso de todos los periodos, cada conducta suicida no letal.

Respecto al tipo de conducta suicida no letal, el efecto estimado para cada factor se mantuvo constante independientemente del tipo específico de conducta suicida no letal. En cuanto al período de tiempo, se observó que este moderador sí explicó parte de la heterogeneidad observada en ciertas combinaciones de factor y tipo de conducta suicida. Los factores demográficos y psicosociales en los que este moderador fue relevante fueron edad mayor de 65 años (OR=1.96, IC 95%, 1.18-3.26,  $p < 0.05$ ,  $R^2=10.46\%$ ), menor nivel educativo (OR=0.05, IC 95%, 0.03-20.09,  $p < 0.05$ ,  $R^2=98.66\%$ ), situación laboral de desempleo (OR=4.22, IC 95%, 0.17-1.44,  $p < 0.05$ ,  $R^2=17.84\%$ ) y apoyo social alto (OR=0.28, IC 95%, 0.20-0.40,  $p < 0.05$ ,  $R^2=89.69\%$ ), en todos los casos al compararlo con el período anual; el menor nivel educativo (OR=34.72, IC 95%, 18.28-65.96,  $p < 0.05$ ,  $R^2=98.66\%$ ) y apoyo social alto (OR=1.87, IC 95%, 1.23-2.83,  $p < 0.05$ ,  $R^2=89.69\%$ ), también en comparación con el periodo vital; y el género femenino en el caso exclusivamente de periodo vital (OR=1.81, IC 95%, 1.39-2.34,  $p < 0.05$ ,  $R^2=26.89\%$ ) (Tabla S5 del Anexo 2).

El período de tiempo fue relevante para todos los factores clínicos analizados: cualquier trastorno afectivo en periodo puntual (OR=3.91, IC 95%, 2.29-6.69,  $p < 0.05$ ) y vital (OR=4.58, IC 95%, 3.22-6.51,  $p < 0.05$ ) con una heterogeneidad explicada con  $R^2$  de 90.44%, depresión mayor en periodo puntual (OR=3.96, IC 95%, 2.28-6.86,  $p < 0.05$ ) y vital (OR=4.53, IC 95%, 3.15-6.52,  $p < 0.05$ ), con una heterogeneidad explicada con  $R^2$  de 90.84%, ansiedad/estrés/trastornos somatomorfos en periodo puntual (OR=0.36, IC 95%, 0.13-0.98,  $p < 0.05$ ), anual (OR=20.81, IC 95%, 8.23-52.62,  $p < 0.05$ ) y vital (OR=0.13, IC 95%, 0.05-0.36,  $p < 0.05$ ), con una heterogeneidad explicada con  $R^2$  de 72.73%, consumo de sustancias en

periodo puntual (OR=0.55, IC 95%, 0.33-0.9,  $p < 0.05$ ) y anual (OR=3.0, IC 95%, 2.20-4.34,  $p < 0.05$ ) con una heterogeneidad explicada con  $R^2$  de 13.89%, tabaquismo en periodo anual (OR=3.44, IC 95%, 2.36-5.03,  $p < 0.05$ ,  $R^2=26.89\%$ ,  $R^2=9.28\%$ ) y cualquier trastorno mental en periodo anual (OR=3.63, IC 95%, 2.12-6.21,  $p < 0.05$ ,  $R^2=5.94\%$ ). No se evaluó el período de tiempo anual en el caso de cualquier trastorno afectivo y depresión mayor por no disponer de datos (Tabla S6 del Anexo 2).

Al considerar cada tipo de conducta suicida no letal, se analizó el período de tiempo como moderador. En el caso de ideación suicida, los cuatro factores evaluados presentaron significación para al menos un nivel del moderador. Estos factores fueron género femenino en periodo vital (OR=1.77, IC 95%, 1.33-2.36,  $p < 0.05$ ,  $R^2=31.8\%$ ), ansiedad/estrés/trastornos somatomorfos en periodo puntual (OR=0.35, IC 95%, 0.14-0.87,  $p < 0.05$ ), anual (OR=20.81, IC 95%, 9.04-47.90,  $p < 0.05$ ) y vital (OR=0.14, IC 95%, 0.05-0.38,  $p < 0.05$ ), con una heterogeneidad explicada con  $R^2$  de 31.8%, consumo de sustancias en periodo anual (OR=2.57, IC 95%, 1.73-3.82,  $p < 0.05$ ,  $R^2=0\%$ ) y cualquier trastorno mental en periodo anual (OR=4.02, IC 95%, 2.06-7.83,  $p < 0.05$ ,  $R^2=0\%$ ) (Tabla S7 del Anexo 2). En los intentos de suicidio, el consumo de sustancias en periodo anual (OR=5.11, IC 95%, 2.77-9.44,  $p < 0.05$ ,  $R^2=30.4\%$ ) y cualquier trastorno mental en periodo anual (OR=2.99, IC 95%, 0.34-2.78,  $p < 0.05$ ,  $R^2=16.38\%$ ) fueron los únicos factores que alcanzaron significación (Tabla S8 del Anexo 2). Este análisis no se pudo realizar para los deseos de muerte debido a la falta de datos. En el caso de los planes de suicidio, solo se analizó el género para el período de 12 meses (OR = 0.64, IC 95% 0.25-1.64,  $p = 0.35$ ) y para toda la vida (OR = 1.84, IC 95%, 1.44-2.35,  $p < 0.05$ ), que fue la referencia en el análisis. La heterogeneidad explicada con  $R^2$  fue del 0%.

Por último, Se realizó una meta-regresión por género, después del análisis de sensibilidad, en todos los tipos de conducta suicida no letal y cada periodo temporal, al ser éste el factor con el mayor número de tamaños del efecto. Se obtuvo una reducción de la heterogeneidad superior

al 9%. Después de estos análisis, la significación mostrada de planes suicidas por periodo de tiempo desapareció. El resto de los datos se mantuvieron similares (Tabla S9 del Anexo 2).

#### **4.2.5. Sesgo de publicación**

El análisis del sesgo de publicación mediante la prueba de Egger mostró la existencia de sesgo para siete combinaciones de factor y resultado: ideación suicida con consumo frecuente de alcohol, y todas las conductas suicidas no letales con género, edad hasta 35 años, ansiedad/estrés/trastornos somatomorfos, consumo frecuente de alcohol, tabaquismo e IMC. Se utilizó un valor de  $p < 0,05$  como referencia para indicar sesgo de publicación. Al utilizar el método *Trim and Fill*, tres continuaron mostrando sesgo de publicación; consumo frecuente de alcohol en todos los tipos de conducta suicida no letal e ideación suicida, y edad hasta los 35 años en todos los tipos de conducta suicida no letal. Además, el factor educación y edad entre 35 y 65 años en todos los tipos de suicidio mostró sesgo de publicación con este último método (Tabla S10 del Anexo 2).

### **4.3. Resultados Estudio 3. Prevalencia de la conducta suicida no letal y factores asociados al riesgo suicida en la población general andaluza.**

#### **4.3.1. Características sociodemográficas de la muestra**

Un total de 4.507 personas fueron incluidas en el estudio ( $n=4\ 507$ ). Participaron 2.214 hombres (49.1%) y 2.293 mujeres (50.9%). De acuerdo con la densidad de población por provincia, hubo 1.038 participantes de la más poblada, la provincia de Sevilla y 280 de la menos poblada, la provincia de Huelva, con muestras intermedias en todas las demás 6 provincias.

El rango de edad estuvo comprendido entre 18 y 75 años, siendo el grupo de edad de 31-45 años el de mayor porcentaje, al estar compuesto por el 23.8% de la muestra total. La edad media de todos los grupos fue de 42.8 años, siendo la desviación típica de 15.22. El 60.9% de la muestra convivía en pareja o estaba casado/a.

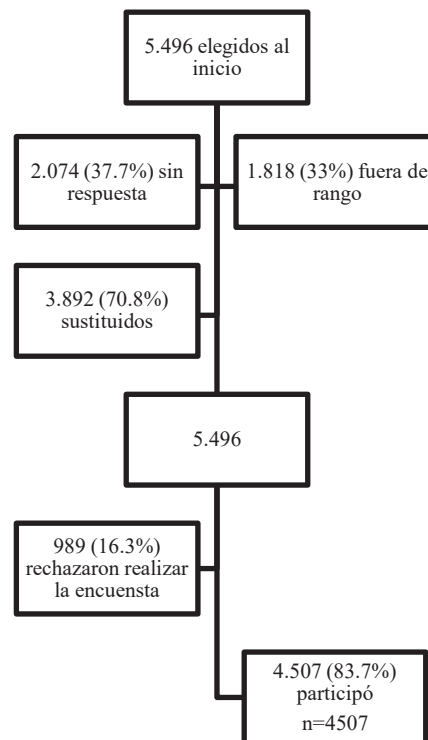
Respecto a la situación laboral, el 43.1% se encontraba en situación de empleo, bien por cuenta ajena o de forma autónoma, mientras que el 27.1% estaba desempleado/a. Los estudios primarios eran los que más predominaban con un 38.8 % de la muestra, seguido de los estudios en secundaria (29.6%).

#### **4.3.2. Tasa de respuesta**

Las casas seleccionadas originalmente que no respondieron después de 4 intentos diferentes o no tenían ningún miembro en el rango de edad y el género establecido fueron reemplazadas por la siguiente disponible dentro de la ruta predeterminada. Un total del 70.8% de las viviendas inicialmente seleccionadas tuvieron que ser sustituidas. El 37.7% (2.074) de los hogares elegidos no respondió después de todas las tentativas planeadas y tuvieron que sustituirse por falta de respuesta. Otra tercera parte (33%) de los hogares originalmente elegidos (1.818) se sustituyeron por no tener ninguna persona en el rango de edad, sexo y nivel académico necesarios en la zona. En total, 3.892 hogares (70.8%) se sustituyeron por otros equivalentes. La figura 8 muestra las tasas de respuesta y sustitución de la cohorte PISMA-ep.

Figura 8

*Muestra de la cohorte estudio PISMA-ep (Cervilla et al., 2016)*



#### 4.3.3. Prevalencia de la conducta suicida no letal

La tasa de prevalencia de la conducta suicida no letal en su globalidad fue del 6.4% (IC 95%, 5.7-7.12). Con respecto a la prevalencia de los distintos elementos de ésta, de acuerdo con los ítems establecidos por la MINI, durante el último mes, el 4.4% de las personas evaluadas mostró deseo de muerte (IC 95%, 3.84-5.04), el 1.4% tenía ideas de hacerse daño (IC 95%, 1.07-1.77), el 2.4% reveló pensamientos suicidas (95% IC 1.95-2.84), el 1.1% tenía un plan suicida (95% IC, 0.8-1.42), el 0.6% había intentado suicidarse (IC 95%, 0.41-0.88). Por último, el 2.6% (IC 95%, 2.13-3.06) informaron haber tenido algún tipo de intento de suicidio a lo largo de su vida.

#### 4.3.4. Factores asociados al riesgo suicida

El análisis univariante mostró que el riesgo suicida estaba asociado con factores demográficos como el género femenino, la edad avanzada, no tener pareja estable, no poder trabajar debido a enfermedad o discapacidad a largo plazo, no tener el nivel de estudios



primarios terminados y vivir en la provincia de Almería. Los factores psicosociales asociados con el riesgo suicida fueron puntuaciones más bajas en el funcionamiento y apoyo sociales, haber tenido experiencias de abuso infantil (físico, emocional y sexual), tener una puntuación más alta en la escala de eventos estresantes de la vida y una puntuación más alta en los rasgos de neuroticismo e impulsividad. El riesgo suicida también se asoció con factores clínicos que incluyeron los antecedentes familiares de trastorno mental, historia de suicidio en la familia, dependencia de drogas, mayor consumo de alcohol y dependencia de la nicotina.

El modelo multivariante obtenido de riesgo de suicidio incluyó tres factores demográficos, cuatro psicosociales y tres factores clínicos los cuales se mantuvieron significativamente correlacionados con nuestra variable dependiente: género femenino, tener mayor edad, no tener una pareja estable (soltero/separado/divorciado/viudo), tener menos apoyo social, haber experimentado abuso físico en la infancia, tener mayor número de eventos vitales estresantes, mayor puntuación en neuroticismo, tener antecedentes familiares de trastorno mental, dependencia a drogas y dependencia a la nicotina. La mayor OR de los factores demográficos fue ser soltero/separado/divorciado/viudo (OR=1.60, IC 95%, 1.22-2.09,  $p < 0.001$ ). El factor psicosocial con mayor poder de asociación con el riesgo suicida fue la experiencia de abuso físico en la infancia (OR=2.43, IC 95 %, 1.66-3.56,  $p < 0.001$ ). Por último, la dependencia a drogas fue la variable con mayor asociación con el riesgo de suicidio entre los diferentes factores clínicos (OR=2.96, IC 95%, 1.70-5.16,  $p < 0,001$ ), siendo este último factor el que mostro la mayor OR para el riesgo suicida en el modelo multivariado completo.



## **5. Discusión**



## **5.1. Discusión Estudio 1. Prevalencia de la conducta suicida no letal en la población general europea.**

Desde nuestro conocimiento, este es el primer meta-análisis sobre la prevalencia de conducta suicida no letal en población general de Europa. En esta revisión se identificaron 24 estudios escritos en inglés y español, publicados en un período de 10 años (2008-2017). Se calcularon las prevalencias promedio y se analizó la variación entre países y tipos de conducta suicida no letal. Este modelo explicó casi el 63% de la variabilidad observada en la conducta suicida no letal.

Hasta donde sabemos, no existen meta-análisis de conducta suicida no letal por continente, lo que nos permitiría hacer comparaciones globales de los datos obtenidos. Sin embargo, los resultados de este meta-análisis se pueden comparar con otros estudios realizados en otras áreas fuera de Europa.

Tanto el análisis de subgrupos como la meta-regresión multivariante mostraron que la prevalencia varió según el período sobre el que se calculó. Tiene sentido que la prevalencia informada de conducta suicida no letal sea mayor si se les pide a las personas que informen sobre tendencias suicidas a lo largo de su vida en lugar de durante el último año o las últimas semanas. También encontramos diferencias entre los tipos de conducta. Es notable que la prevalencia puntual promedio para deseo de muerte fuera muy baja en comparación con las prevalencias de ideación suicida, aunque es importante señalar que la cifra de prevalencia puntual de ideas de muerte se obtuvo de un solo estudio y no pudimos compararla con ningún otro. En general, sin embargo, el deseo de estar muerto y las ideas suicidas prevalecieron más que la planificación o el intento de suicidio. Estos resultados están en línea con los encontrados por Cao *et al.* (2015), quienes informaron que en China hubo diferencia entre la prevalencia vital de ideación suicida y el intento de suicidio, y con los resultados de Armitage *et al.* (2015), quienes encontraron diferencias entre las cifras de prevalencia anual para la ideación suicida,

la planificación del suicidio y el intento de suicidio en Malasia, con la excepción de que en nuestro estudio las cifras de prevalencia vital para la planificación del suicidio y el intento de suicidio fueron similares. No encontramos un meta-análisis o revisión que compare la prevalencia del deseo de morir con la prevalencia de otros tipos de conducta suicida no letal.

El rango de prevalencia vital de la ideación suicida que obtuvimos en nuestro estudio está en línea con la revisión sistemática realizada por Malakouti *et al.* (2015) en la región del Mediterráneo Oriental. Por el contrario, Nock *et al.* (2008b) encontraron un rango más amplio (3.1-56%), quizás porque examinaron estudios de todo el mundo. Por otro lado, la prevalencia vital de la planificación suicida en nuestra muestra fue menor que la informada por Malakouti *et al.* (2015) y Nock *et al.* (2008b), pero nuestros resultados sobre la prevalencia vital del intento de suicidio están en consonancia con las revisiones mencionadas anteriormente (Malakouti *et al.*, 2015; Nock *et al.*, 2008b) y con una revisión sistemática realizada en África (Mars *et al.*, 2014). Respecto a la prevalencia anual, encontramos cifras más bajas (ideación suicida, planificación suicida e intento de suicidio) que las informadas por Nock *et al.* (2008b), nuevamente, esto puede deberse a que Nock *et al.* (2008b) examinaron estudios a nivel internacional y es posible que la conducta suicida no letal sea más frecuente fuera de Europa. En resumen, las cifras de prevalencia encontradas en nuestra revisión fueron similares o inferiores a las mostradas por otros autores.

El análisis de subgrupos de nuestro meta-análisis reveló diferencias asociadas a distintos factores en la prevalencia de la conducta suicida no letal. Curiosamente, encontramos que la prevalencia de las distintas conductas suicidas no letales no varió según se midiera a través de un instrumento autoadministrado o administrado por el entrevistador, lo que parece estar en conflicto con la evidencia de que las conductas suicidas se informan con tasas más altas en cuestionarios autoadministrados que por otros métodos (Turner *et al.*, 1998). Sin embargo, cabe señalar que Ducher *et al.* (2016) encontraron una fuerte correlación entre los puntajes de las

versiones autoadministradas y administradas por el entrevistador de la Escala de Evaluación del Riesgo de Suicidio de Ducher, lo que indica que los pacientes están dispuestos y son capaces de expresar sus ideas suicidas si se les invita a hacerlo. En cualquier caso, se necesitan más datos para sacar conclusiones definitivas sobre la importancia de cómo se administran los instrumentos, ya que solo obtuvimos 8 cifras de prevalencia basadas en cuestionarios autoadministrados en comparación con 89 basadas en otros instrumentos hetero-administrados. En cuanto a las tasas de prevalencia en Europa, en nuestro análisis de subgrupos, la conducta suicida no letal fue menos prevalente en el sur de Europa, lo que está en línea con estudios previos (Córdoba-Doña *et al.*, 2014; Fountoulakis *et al.*, 2016).

Finalmente, la meta-regresión multivariante mostró que las prevalencias fueron mayores en los estudios que incluyeron un rango de edad inferior, incluyendo en la muestra a personas de 14 años en adelante, en lugar de personas adultas mayores de 18 años. Este resultado parece indicar que la conducta suicida no letal se presenta más prevalente en los adolescentes europeos que en los adultos europeos, resultados no consistentes con estudios previos (Bridge *et al.*, 2006; Muehlenkamp *et al.*, 2012; Nock *et al.*, 2013). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la prevalencia de tendencias suicidas puede variar en los distintos países del continente europeo, como lo muestra un estudio anterior realizado por Kokkevi *et al.* (2012). Por otra parte, siguiendo el análisis de nuestros resultados en función de la edad, en estudios en los que existía un límite máximo de edad, también se reportaron cifras de prevalencia más altas, lo que sugiere que, conforme se alcanza la senectud, la conducta suicida se hace menos prevalente. Estos datos están en la línea de otros estudios que señalan que el fenómeno suicida aumenta en los adultos mayores (65 a 74 años), produciéndose un pico máximo, especialmente en los hombres, y que disminuye en los ancianos (más de 75 años) (Hawton y van Heeringen, 2009; Pritchard y Hansen, 2005). Respecto a la calidad de los estudios incluidos en nuestro meta-análisis, encontramos que cuanto mayor es la muestra y cuanto mayor es la calidad del estudio, menor

es la prevalencia de la conducta suicida no letal. Creemos que estos dos elementos podrían estar relacionados, ya que aumentar el tamaño de la muestra mejora la representatividad, y, por ende, la calidad de un estudio. En este análisis de regresión multivariante también encontramos diferencias geográficas en la prevalencia de la conducta suicida no letal, que en este caso fue significativamente mayor en Europa del Norte que en Europa del Este. Parece que, al atender a las distintas variables de nuestro estudio, Europa del Norte se presenta como la zona geográfica con mayor prevalencia de la conducta suicida no letal. Podríamos plantearnos de este modo que las condiciones climáticas y la luz solar pudiera tener un efecto importante sobre la prevalencia de la conducta suicida, incluso mayor que otras variables como la situación económica o los niveles de exclusión social (Fountoulakis *et al.*, 2016), o quizás tenga que ver con otros factores geográficos o socioculturales propios de la zona, que requieran mayor atención y estudio.

## **5.2. Discusión Estudio 2. Determinantes de la conducta suicida no letal en la población general europea.**

Este estudio busca investigar qué factores se asocian con la conducta suicida no letal en la población general a través de una revisión sistemática y meta-análisis de estudios realizados en Europa. En esta revisión se identificaron 26 estudios escritos en inglés y español, publicados en un período de 10 años (2008-2017). Como principales resultados, se encontró que varios factores estudiados estuvieron relacionados con la conducta suicida no letal, que estas relaciones variaron según el tipo de conducta suicida y que existieron efectos moderadores según el período de tiempo en el que se evalúa la conducta suicida.

Entre nuestros resultados, destacamos la tendencia de mayores OR para los factores clínicos, seguidos de los factores psicosociales y, finalmente, de los factores demográficos. La depresión y cualquier trastorno afectivo fueron los factores con mayores OR en todos los resultados. Finalmente, también son destacables las elevadas OR obtenidas para los factores de



experiencias de adversidad en la edad adulta y experiencias de adversidad en la infancia en los intentos de suicidio.

Los valores calculados en los factores estudiados coinciden, en su mayoría, con lo aportado por otros estudios. Entre los factores demográficos, el género femenino mostró un OR similar al encontrado en otros meta-análisis (Bresin *et al.*, 2015; Huang *et al.*, 2017). Las mujeres, por lo general, parecen tener una actitud más positiva para la búsqueda de ayuda y la comunicación de problemas emocionales (Nam *et al.*, 2010), entre los que se incluirían las manifestaciones suicidas, lo que pudiera explicar una mayor proporción de casos de conducta suicida no letal entre las mujeres. Sin embargo, si atendemos al suicidio consumado, son los hombres los que presentan mayores tasas de suicidio a nivel internacional, incluyendo Europa (WHO, 2019). Los resultados encontrados para el factor edad muestran que todos los subgrupos mostraron diferencias con respecto al resto al considerar diferentes tipos de conducta suicida. La edad hasta los 35 años tuvo una OR significativa en la ideación suicida, mostrándose como un factor de riesgo, la edad entre 35 y 65 años tuvo una OR significativa en los intentos de suicidio, también como factor de riesgo y, por último, la edad mayor de 65 años tuvo una OR significativa en todos los resultados, siendo en este caso, un factor protector. Este es un resultado inesperado ya que las personas mayores de 65 años tienen más discapacidades funcionales, y se esperaría que las discapacidades funcionales tuvieran algún papel en la relación entre la edad avanzada y las conductas suicidas (Fässberg *et al.*, 2016). Sin embargo, otro meta-análisis (Huang *et al.*, 2017) encontró que la edad no se presentaba como variable significativa en ninguna de las tendencias suicidas consideradas, ideación e intentos suicidas en su caso. Tener pareja estable obtuvo una OR significativa como factor protector en la ideación suicida y todas las tendencias suicidas. En otro meta-análisis que estudió el estado civil, no se encontró asociación ni en la ideación ni en los intentos de suicidio, aunque en el caso de la ideación fue muy cercana a la significación (Costa *et al.*, 2015). Dados estos resultados, es posible que la diferencia esté en la

existencia o no de una relación estable, como se establece en nuestro estudio, más que en el estado conyugal. De esta forma, tener una pareja estable se asociaría a un menor riesgo de ideación suicida. El factor de entorno de residencia no obtuvo OR significativas en ninguna tendencia de suicidio. Con este factor diferenciamos entre zona de residencia urbana y rural. En China, se observó una OR en la dirección de mostrar más riesgo para aquellos que viven en un área rural que en un área urbana (Li *et al.*, 2012). Sin embargo, es posible que este factor no sea relevante en el contexto europeo. Además, puede estar mediado por otros factores como el nivel socio-económico u otras adversidades y dificultades vitales asociadas. Al considerar todos los tipos de conducta suicida no letal estudiadas para este factor, la situación laboral demostró tener una OR significativa en la dirección del riesgo para las personas sin empleo. Otro meta-análisis reciente que se centra en factores demográficos a nivel mundial señaló que ni la ideación ni los intentos de suicidio mostraron una asociación significativa con la situación laboral, pero en el caso de la ideación la significación fue muy cercana (Huang *et al.*, 2017). En cuanto al nivel educativo y la nacionalidad, en ningún caso fueron factores significativos, al igual que en el meta-análisis referido anteriormente (Huang *et al.*, 2017), no siendo el caso el estudio realizado por Li *et al.* (2012) en China, los cuales sí encontraron una asociación significativa entre el factor educativo y el riesgo de suicidio. Esta diferencia asociada a la región estudiada puede ser indicativo de la relevancia de factores socioculturales que medien la asociación. Cabe señalar que tanto nuestro meta-análisis como los anteriores estudios citados mostraron el mismo problema respecto a la escasez de tamaños de efecto que analizaran estos factores, por lo que las conclusiones planteadas deben ser tomadas con cierta reserva por la falta de estudios.

Todos los factores psicosociales mostraron una asociación significativa al considerar todos los tipos de conducta suicida no letal valoradas globalmente y los intentos de suicidio en particular, pero al considerar la ideación suicida, solo el apoyo social y las experiencias de adversidad infantil fueron significativos. Otros estudios muestran resultados diferentes en

algunos aspectos. Un meta-análisis realizado en adolescentes y adultos jóvenes encontró que la adversidad infantil fue significativa para los intentos de suicidio, con una OR similar al obtenido en nuestro meta-análisis, mientras que la OR no fue significativa para el apoyo social o la adversidad en la edad adulta (Miranda-Mendizabal *et al.*, 2019). Otros dos meta-análisis centrados exclusivamente en las experiencias de adversidad infantil señalan resultados similares al encontrado en nuestro meta-análisis (Devries *et al.*, 2014; Liu *et al.*, 2017). Por tanto, dentro de este grupo de factores psicosociales, el que parece seguir siendo claramente relevante en su asociación con el suicidio es la adversidad infantil. Destaca la falta de meta-análisis que analicen el apoyo social. La importancia de este factor como variable protectora se señala en varias revisiones sistemáticas para todos los tipos de conducta suicida (Bakhiyi *et al.*, 2016; Fässberg *et al.*, 2012; Hatcher y Stubbersfield, 2013).

En cuanto a los factores clínicos, obtuvimos una OR significativa para los antecedentes familiares de trastorno mental al considerar todos los tipos de conducta suicida evaluadas globalmente e ideación suicida en particular. Un meta-análisis anterior en población joven encontró que los antecedentes familiares de trastorno mental o abuso de sustancias mostraban una relación significativa con respecto a los intentos de suicidio en particular (Miranda-Mendizabal *et al.*, 2019), no siendo este el caso de nuestro resultado para intento de suicidio en población general. Nuestro estudio obtuvo una OR de 11.06 para la depresión mayor en la ideación suicida, mientras que otros estudios encontraron una OR cercano a 2 (Franklin *et al.*, 2017; Ribeiro *et al.*, 2019). Con respecto a estos resultados, cabe señalar que la ideación suicida es uno de los criterios diagnósticos de la depresión mayor (*American Psychiatric Association*, 2014) con lo que la correlación entre ambas variables presumiblemente tiende a ser alta. También este mismo factor mostro asociación significativa para los intentos de suicidio, pero con una OR más baja que en la ideación suicida. Se obtuvo el mismo patrón en los dos estudios citados, aunque con un valor menor de OR (Franklin *et al.*, 2017; Ribeiro *et al.*, 2019). Para

cualquier trastorno afectivo, también se encontró una OR significativamente alta al considerar todos los tipos de conductas suicidas no letales, ideación suicida e intentos de suicidio, como ocurrió en la depresión mayor. Un meta-análisis realizado en jóvenes encontró los mismos resultados para cualquier trastorno afectivo (Gili *et al.*, 2019). Lo mismo mostró un meta-análisis anterior para el trastorno bipolar (Lester, 1993) y otro meta-análisis que se centró en personas con trastorno bipolar y trastornos comórbidos por consumo de sustancias, incluido el trastorno por consumo de alcohol (Carrá *et al.*, 2014). En cuanto al factor ansiedad/estrés/trastornos somatomorfos, se observó el mismo patrón que en cualquier trastorno afectivo, incluyendo además una OR significativa también para deseos de muerte. Así, la OR, aunque menor en este caso, fue significativa en todo tipo de suicidio, deseos de muerte, ideación e intentos suicidas. Si bien este resultado no coincide con el obtenido para los intentos de suicidio en un meta-análisis realizado en jóvenes (Gili *et al.*, 2019), otro meta-análisis también encontró una asociación significativa tanto para la ideación suicida como para los intentos de suicidio (Kanwar *et al.*, 2013). El consumo de sustancias y el consumo de tabaco presentaron OR significativas en todas las categorías de conducta suicida no letal analizadas. Sin embargo, para el consumo frecuente de alcohol, no fue significativa en todos los tipos de tendencias suicidas evaluadas globalmente ni en las ideas suicidas en particular. No obstante, otro meta-análisis encontró una asociación significativa con ideación suicida e intentos de suicidio, especialmente con los intentos (Darvishi *et al.*, 2015). Cabe destacar un meta-análisis que analizó la relación entre los intentos de suicidio y el consumo agudo de alcohol, encontrando una OR significativa y muy elevada en el caso de niveles de mayor consumo (Borges *et al.*, 2017). Esto puede indicar que, más que el consumo regular, el consumo alto y agudo de alcohol puede ser el factor relevante para el suicidio. En cuanto al consumo de tabaco, estudios de revisión en población general (Poorolajal y Darvishi, 2016a) y población clínica con diagnóstico de psicosis (Sankaranarayanan *et al.*, 2015) hallaron resultados muy similares tanto

en el valor de la OR como en el patrón observado según la conducta suicida no letal considerada. Los dos meta-análisis citados, al igual que nuestro estudio, encontraron una OR más alta en intentos de suicidio que en la ideación suicida. Con relación al consumo de sustancias, también encontramos resultados similares a otro meta-análisis, el cual señaló valores de OR para la ideación suicida y los intentos de suicidio cercanos a los obtenidos en nuestro meta-análisis, así como una OR mayor para los intentos de suicidio que para la ideación suicida (Poorolajal y Darvishi., 2016b). Esta misma tendencia se mostró en el meta-análisis de Franklin *et al.* (2017), aunque con OR más bajas para ambas conductas suicidas. Al considerar cualquier trastorno mental, todas las OR fueron significativas y superiores a 3. Este valor de OR para los intentos de suicidio se encontró en un meta-análisis realizado por Gili *et al.* (2019) en jóvenes. Sin embargo, en el meta-análisis de Franklin *et al.* (2017) la OR obtenida para la ideación suicida y los intentos de suicidio fue inferior a 2. Finalmente, el IMC no mostró una OR significativa para la ideación suicida, pero sí para todos los tipos de conducta suicida no letal analizados en conjunto y para los intentos de suicidio, obteniendo una OR significativa superior a 4 en este último caso, para un IMC mayor a 30. Un meta-análisis anterior sin embargo sí encontró una asociación significativa entre mayor IMC e ideación suicida (Amiri y Behnezhad, 2018). En la línea de nuestros resultados, dos revisiones sistemáticas indicaron una posible relación entre los intentos de suicidio y un IMC elevado (Perera *et al.*, 2015; Zhang *et al.*, 2013), aunque uno de ellos indicó que esta relación solo se produjo en mujeres (Zhang *et al.*, 2013).

En general, parece que nuestros resultados respaldan la idea de que distintos factores pueden tener más peso en unas regiones geográficas, mientras que el nivel de influencia de estos puede ser menor en otros territorios. Así, existe evidencia de que los factores de riesgo como el entorno residencial y el nivel educativo tienen diferente peso con relación a la conducta suicida no letal, dependiendo de si se estudian en la población china o europea. Específicamente, el entorno residencial y el nivel educativo parecen ser factores relevantes para la población china,

mientras que no para la europea, como lo muestran tanto nuestro meta-análisis como el realizado en China (Li *et al.*, 2012). Además, al comparar la población europea con la asiática, tener un trastorno mental parece ser un factor de riesgo para la población europea, pero esto no es tan evidente entre la juventud asiática (Choo *et al.*, 2017). Por esta razón, sería interesante que la investigación futura sobre el fenómeno suicida se centrara en factores que pueden ser importantes para regiones y contextos culturales específicos.

El estudio de la heterogeneidad a través de la meta-regresión muestra la influencia del período de observación de la conducta suicida no letal en su relación con el factor considerado. Este análisis se realizó principalmente para todas las tendencias suicidas debido al mayor número de tamaños del efecto. Se observó que, en varios de los factores al menos uno de los periodos resultó significativo, mostrando diferencias con los demás periodos de tiempo o al menos con un periodo. En los factores demográficos, los factores psicosociales, los factores clínicos cualquier trastorno afectivo y depresión, un período de tiempo más largo tuvo una mayor OR. No obstante, en el resto de los factores clínicos (ansiedad/estrés/trastornos somatomorfos, consumo de sustancias, tabaquismo y algún trastorno mental), el período de tiempo que obtuvo la mayor OR fue de 12 meses. Los factores analizados que mostraron significación fueron género, nivel educativo, apoyo social, cualquier trastorno afectivo, depresión mayor, ansiedad/estrés/trastornos somatomorfos, consumo de sustancias, consumo de tabaco y tener algún trastorno mental. Esta influencia no se observó en el estado civil, el entorno residencial o la adversidad infantil. Estas diferencias entre los distintos períodos de observación de la tendencia suicida han sido señaladas por otros autores como un aspecto a investigar para lograr una mayor comprensión del fenómeno (Franklin *et al.*, 2017; Ribeiro *et al.*, 2019).

Al considerar todos los tipos de conducta suicida no letal como moderador, no se alcanzó significación estadística en ningún factor. Esto indica que el efecto estimado de los factores se

mantuvo estable a pesar del comportamiento considerado y, por tanto, que no existen diferencias en función de si se considera un tipo de conducta suicida no letal específica u otra. Esto podría apuntar en la dirección de considerar todos los tipos de tendencias suicidas como un concepto similar y en el que cada comportamiento específico podría verse como un nivel de gravedad diferente dentro de un continuo (TARRIER *et al.*, 2013). Sin embargo, debido al pequeño número de tamaños de efecto para comportamientos específicos, creemos que este resultado debe interpretarse con cautela. Asimismo, también es posible que este resultado pueda estar relacionado con la falta de estandarización en la terminología e instrumentos utilizados para la recolección de información relacionada con el suicidio, y que esto pueda influir en el nivel de minuciosidad para valorar distintas manifestaciones suicidas (Choo *et al.*, 2017; Franklin *et al.*, 2017; Lagares-Franco *et al.*, 2019; Li, *et al.*, 2012; Ribeiro *et al.*, 2019)

### **5.3. Discusión Estudio 3. Prevalencia de la conducta suicida no letal y factores asociados al riesgo suicida en la población general andaluza.**

Este estudio mostró que la prevalencia de la conducta suicida no letal es relativamente alta en la población andaluza, afectando a más de 1 persona de cada 25. También encontramos numerosos factores que parecen estar asociados con el riesgo de suicidio en Andalucía. Desde nuestro conocimiento, este es el primer estudio epidemiológico sobre prevalencia y factores asociados a la conducta suicida no letal en Andalucía y uno de los pocos en España. La principal fortaleza del estudio es que se realizó en una muestra amplia (N = 4.507), con una tasa de respuesta global del 83.7%, siendo representativa de la población andaluza.

#### **5.3.1. Prevalencia de la conducta suicida no letal y sus diferentes componentes**

Encontramos una prevalencia de conducta suicida no letal de 6.4% entre personas adultas. Nuestro meta-análisis sobre prevalencia de la conducta suicida no letal indicó una prevalencia promedio de 3.96% para las tendencias suicidas en Europa (Castillejos *et al.*, 2020). La prevalencia de nuestro estudio de campo estaría por encima de esta cifra. Es posible que la

inclusión de más elementos de tendencias suicidas (deseo de muerte e ideas de hacerse daño) en este estudio pueda implicar una tasa de prevalencia mayor si se compara con otros estudios epidemiológicos, siendo difícil establecer equivalencias y comparaciones. Nuestro estudio de campo informa también de tasas de prevalencia para los distintos componentes de la conducta suicida no letal por separado, las cuales si se pueden contrastar con estudios europeos anteriores. El deseo de muerte fue el elemento más frecuente y el intento de suicidio fue el menos frecuente. Haciendo una revisión de estos, podemos indicar que la prevalencia de deseos de muerte en este estudio fue mayor si se compara con Aschan *et al.* (2013) quienes encontraron una prevalencia mucho menor de 1.83% en el Reino Unido. Por el contrario, uno de los resultados más novedosos es nuestra cifra de prevalencia de ideación suicida (2.4%), que, aunque encontrándose dentro del rango informado por una serie de diferentes estudios europeos realizados durante los últimos 10 años, que osciló entre 0.8% – 6.7% (Gili-Planas *et al.*, 2001; Ladwig *et al.*, 2008; Hintikka *et al.*, 2009; Michal *et al.*, 2010; Polatöz *et al.*, 2011; Forkmann *et al.*, 2012; Economou *et al.*, 2013; Gisle y Van Oyen, 2013; McDonald *et al.*, 2017), es casi un cincuenta por ciento menor en comparación con el promedio de 5.28% (Castillejos *et al.*, 2020). Una explicación sobre nuestra tasa más baja de ideación suicida es que el módulo de riesgo suicida de la MINI incluye 2 preguntas sobre el comportamiento suicida menos graves como "¿Crees que estarías mejor muerto o desearías estar muerto?" o "¿Quieres hacerte daño?". Ante este mayor número de ítems, las personas tienen más opciones para elegir una respuesta de acuerdo con su sentimiento suicida. Sin embargo, en estudios en los que el único ítem es la ideación suicida, estas personas pueden señalar esta opción incluso cuando el sentimiento es menos severo.

Nuestra tasa de prevalencia de intento de suicidio puntual es de 0.6%, cifra coincidente con la media europea, cuyo rango de prevalencia se sitúa entre 0.01% (McDonald *et al.*, 2017) y 1.5% (Economou *et al.*, 2013).



Finalmente, con respecto a los intentos suicidas a lo largo de la vida, el rango de estudios europeos va del 0.57% al 5.04%, lo que sitúa nuestra prevalencia del 2.6% justo en la mediana de este intervalo y muy similar a la media de 2.9% (Castillejos *et al.*, 2020). Si se compara con las cifras españolas, nuestro resultado supera las cifras de estudios anteriores (Gabilondo *et al.*, 2007; Miret *et al.*, 2014). Esto puede atribuirse plausiblemente a diferencias regionales, distintos periodos (nuestra encuesta se produjo en mitad de una grave crisis financiera) y la variabilidad de herramientas de evaluación. De hecho, la prevalencia relativamente mayor en nuestro estudio de campo en comparación con otros estudios realizados en España está de acuerdo con otros datos que sugieren que la crisis económica en Andalucía ha tenido un impacto en el aumento de las tasas de intentos de suicidio por desempleo (Córdoba-Doña *et al.*, 2014; López Bernal *et al.*, 2014). Sin embargo, la relación entre crisis económica y suicidio es bastante compleja y abierta a controversias, como informan Masedo-Gutierrez y Moreno-Küstner (2015). Estos datos, sin embargo, invitan a estudiar aquellos factores sociales como la situación económica, el desempleo u otros factores culturales y demográficos que podrían mediar las tasas de prevalencia vital de intentos de suicidio más elevadas en Andalucía si se compara con el resto de España, con el objetivo de establecer medidas preventivas adecuadas y adaptadas a cada comunidad.

### **5.3.2. Factores asociados con el riesgo de suicidio**

#### **5.3.2.1. Factores demográficos**

Nuestros resultados muestran asociación del género femenino con mayor riesgo de suicidio, en línea con la mayoría de los estudios sobre conducta suicida no letal (Gabilondo *et al.*, 2007; Nock *et al.*, 2008a; Borges *et al.*, 2010, Meltzer *et al.*, 2011; Gisle y Van Oyen, 2013; Hardt *et al.*, 2015; Hiswals *et al.*, 2015), no siendo este el caso, cuando valoramos las estadísticas de suicidio consumado, proporcionalmente mayor en hombres, tanto a nivel mundial como en nuestro país (INE, 2019; WHO, 2019)

Encontramos una tendencia de mayor riesgo de suicidio a medida que aumenta la edad de los participantes. Estudios anteriores han presentado datos contradictorios. Así, aunque algunos estudios asociaron la conducta suicida no letal con grupos de edad más jóvenes (Bernal *et al.*, 2007; Nock *et al.*, 2008b; Scocco *et al.*, 2008; Hintikka *et al.*, 2009; Borges *et al.*, 2010; Kovess-Masfety *et al.*, 2011; Forkmann *et al.*, 2012; Gisle y Van Oyen, 2013; Hiswals *et al.*, 2015; Lara *et al.*, 2015;), otros apuntan hacia una asociación de la conducta suicida no letal con grupos de mayor edad ( Scocco *et al.*, 2008; Forkmann *et al.*, 2012; Rancans *et al.*, 2016). Finalmente, hay otros trabajos en los que la edad no mostró efectos directos sobre el riesgo de suicidio (Hardt *et al.*, 2015).

Además, no tener pareja también se asocia con un mayor riesgo de suicidio como se muestra en una gran cantidad de investigaciones anteriores (Weissman *et al.*, 1999; Kposowa, 2000; Bertolote *et al.*, 2005; Corcoran y Nagar, 2010; Meltzer *et al.*, 2011; Forkmann *et al.*, 2012; Gisle y Van Oyen, 2013; Hiswals *et al.*, 2015; Yip *et al.*, 2015). Este hallazgo está respaldado por la noción de que una pareja íntima puede actuar como un vehículo que facilita una mayor integración y un aumento en las redes sociales (Corcoran y Nagar., 2010).

#### 5.3.2.2. Variables psicosociales

Está bien documentado que las diferentes formas de abuso infantil aumentan significativamente el riesgo de suicidio (Felitti *et al.*, 1998; Bruffaerts *et al.*, 2015; Saracli *et al.*, 2016; Turecki y Brent, 2016), apoyando así nuestro hallazgo de una asociación entre el abuso físico infantil y el riesgo suicida (Hardt *et al.*, 2008; Bruffaerts *et al.*, 2010; Borges *et al.*, 2010; Ten Have *et al.*, 2013; Hardt *et al.*, 2015). Nuestros resultados también están en línea con la hipótesis que sugiere que la experiencia temprana de violencia como abuso físico, castigo físico severo y otra experiencia temprana de violencia puede reducir el umbral para actuar posteriormente de manera violenta contra uno mismo (Hardt *et al.*, 2008; Hardt *et al.*, 2015). Llama la atención que la variable abuso sexual en la infancia no tuviera una relación

significativa con la conducta suicida. Es probable que el tamaño de la muestra ( $n = 48$ ) dificulte esta asociación. Los niveles más bajos de apoyo social y una mayor exposición a eventos vitales estresantes previos también muestran su asociación con el riesgo de suicidio, como se informó ampliamente anteriormente (Vijayakumar y Rajkumar, 1999; Phillips *et al.*, 2002; Osvath *et al.*, 2004; Chioqueta y Stiles 2007; Nock *et al.*, 2008b; You *et al.*, 2011; Kleiman *et al.*, 2012; Liu y Miller, 2014). Por último, también se ha descrito en estudios previos que el neuroticismo está asociado con un mayor riesgo de suicidio (Nordström *et al.*, 1995; Beautrais *et al.*, 1999; Fergusson *et al.*, 2003). Este factor es, en general, más alto en adultos jóvenes con intenciones de suicidio graves, abuso de sustancias concurrente y trastornos afectivos (Brezo *et al.*, 2006). Sugerimos que la medición clínica del neuroticismo, principalmente en los jóvenes, puede ser de ayuda como enfoque preventivo para la evaluación del riesgo de suicidio.

### 5.3.2.3. Variables clínicas

En nuestro estudio de campo, cualquier suicidio en la familia y los antecedentes familiares de trastornos mentales se asociaron de forma univariante con el riesgo de suicidio, aunque solo el efecto de los antecedentes familiares de trastornos mentales se mantuvo significativo como variable independientemente asociada con el riesgo de suicidio tras el análisis multivariante. Esto replica resultados anteriores (Kendler y Prescott, 2007; Nock *et al.*, 2008b). De hecho, convivir durante la infancia y la adolescencia con una persona que padece un trastorno mental podría ser un factor de riesgo para futuros problemas emocionales que, a su vez, pueden desencadenar un mayor grado de riesgo suicida (Nock *et al.*, 2008b; Ayuso *et al.*, 2012). De manera similar, la drogodependencia, factor significativo en nuestro estudio de campo, puede ser un signo de problemas emocionales que aumentan la probabilidad de conductas suicidas y existe bibliografía al respecto que señala una asociación entre la conducta suicida y el abuso de drogas, incluida la nicotina (Berlin *et al.*, 2015; Kessler *et al.*, 1999; Breslau *et al.*, 2005; Gabilondo *et al.*, 2007; Kessler *et al.*, 2007; Bronisch *et al.*, 2008; Riala *et al.*, 2009; Qin, 2011;

Hardt *et al.*, 2015). De hecho, la dependencia de la nicotina es una variable fuertemente asociada a diferentes trastornos mentales (Grant *et al.*, 2004; Pulay *et al.*, 2010), y la presencia de cualquier trastorno mental es un factor de riesgo bien establecido para la conducta suicida (Kessler, 2001; Nock *et al.*, 2008b; Yaworski *et al.*, 2011; Hardt *et al.*, 2015).

#### **5.4. Limitaciones**

Esta Tesis Doctoral no está exenta de limitaciones. Resumimos las limitaciones principales de cada uno de los estudios en este apartado.

##### **5.4.1. Limitaciones Estudio 1. Prevalencia de la conducta suicida no letal en la población general europea.**

La principal limitación de este estudio deriva de la gran variabilidad en los métodos utilizados en los estudios originales para medir la conducta suicida no letal, tanto en lo que se refiere a los instrumentos, como a las preguntas ad hoc empleadas para la recogida de información. Pese a ello, nuestro modelo final representó casi el 63% de la variabilidad encontrada en la prevalencia. Sin embargo, los estudios futuros deberían medir la conducta suicida no letal de manera más homogénea, para que los resultados fueran comparables. Por otro lado, para nuestra revisión no incluimos literatura gris y, por esa razón, somos conscientes de que pueden faltar algunos estudios de interés en nuestro meta-análisis. Sin embargo, la búsqueda fue extensa, tanto en los términos utilizados como en el número de bases de datos incluidas. Otra limitación para reseñar es que solamente se incluyeron los estudios redactados en inglés y español. No obstante, en la actualidad los estudios más importantes en este campo tienden a publicarse en inglés. Por último, este meta-análisis se centró únicamente en la población general, no aportando datos de prevalencia de poblaciones específicas (por ejemplo, personas sin hogar y personas institucionalizadas o encarceladas). Si se hubieran incluido estudios que examinaran estas poblaciones, podríamos haber encontrado cifras de prevalencia

más altas, pero las estadísticas de prevalencia para poblaciones específicas deben considerarse por separado, para no sobrestimar la prevalencia en la población general.

#### ***5.4.2. Limitaciones Estudio 2. Determinantes de la conducta suicida no letal en la población general europea.***

En el presente estudio deben tenerse en cuenta posibles limitaciones, de las cuales las tres primeras coinciden a las reseñadas en el primer estudio sobre prevalencia de conducta suicida no letal. En primer lugar, se deben considerar las limitaciones de los estudios originales incluidos en la revisión sistemática. La variabilidad en los métodos utilizados en los estudios originales para la recogida de información sobre los factores y las distintas categorías de la conducta suicida no letal, además de la inclusión de instrumentos ad hoc para la recogida de datos. Esto puede explicar en parte la alta heterogeneidad encontrada en el análisis, así como la elevada reducción de esta en algunos casos con la retirada de estudios mediante el análisis de sensibilidad. En segundo lugar, al incluir solo estudios publicados en español o inglés, este estudio necesariamente presenta un sesgo de publicación por idioma, pudiendo excluirse estudios relevantes publicados en idiomas no considerados. En tercer lugar, no se incluyó la literatura informal o gris. Por tanto, no se recoge información no publicada, con posibilidad de sesgo de selección y publicación. En cuarto lugar, la heterogeneidad señalada en este estudio puede ser explicada por las categorías creadas para sintetizar y agrupar los datos originales de los estudios (ver Tabla S1 de Anexo 2). Además, esta heterogeneidad puede también explicarse por la escasez de tamaños del efecto para ciertos factores, como se muestra en la Tabla 2, Tabla 3 y Tabla 4 del Anexo 2 de esta Tesis Doctoral. En quinto lugar, debe tenerse en cuenta que, dado que este no es un análisis de estudios experimentales y en su mayoría los estudios incluidos fueron transversales, las conclusiones sobre los factores considerados no pueden tomarse como factores de riesgo (Kraemer *et al.*, 1997). Sin embargo, este estudio tiene como objetivo orientar las investigaciones futuras en este campo científico al señalar asociaciones entre los factores

analizados. En sexto lugar, se excluyeron los estudios que no proporcionaron datos suficientes para el meta-análisis, por lo que los resultados podrían haber variado si se hubieran incluido. Como séptima limitación, cabe señalar la falta de revisión y análisis específicos de los factores protectores contra el suicidio resaltados en diferentes estudios (Ho *et al.*, 2016; Mak *et al.*, 2013; Zhang, 2019). Aunque reconocemos su importancia para la investigación del suicidio, la inclusión de tales factores protectores de forma específica estaba más allá del alcance de esta revisión.

#### ***5.4.3. Limitaciones Estudio 3. Prevalencia de la conducta suicida no letal y factores asociados al riesgo suicida en la población general andaluza.***

Indudablemente, existen ciertas limitaciones en este estudio de campo. Una primera limitación es que el instrumento empleado para medir nuestra variable dependiente es una herramienta de detección en lugar de una medida de diagnóstico. Sin embargo, el módulo de riesgo suicida de la MINI se ha utilizado previamente en estudios de conductas suicidas tanto a nivel clínico (Nuhu *et al.*, 2013; Guimarães *et al.*, 2014; Passos *et al.*, 2014) como a nivel de la población general (Jeon *et al.*, 2014). En segundo lugar, existen diferentes aspectos de definición de nuestra variable y otras cuestiones metodológicas que podría influir en los datos de prevalencia estimados. Respecto a la definición de nuestra variable, se ha señalado que las preguntas sobre el deseo de morir, como es nuestro caso, generan estimaciones de prevalencia más altas para el suicidio que las preguntas de sondeo del tipo "considerar seriamente el suicidio" (Scocco y de Leo, 2002; Nock *et al.*, 2008b), cuestión que debe ser tomada en cuenta al interpretar y comparar nuestros resultados sobre prevalencia de conducta suicida no letal. Podría también considerarse una limitación del estudio incluir el intento de suicidio a lo largo de la vida como parte del riesgo de suicidio actual, sin embargo, un antecedente de intento de suicidio tiene una alta sensibilidad (0.80) y una muy alta especificidad (0.97) para diferenciar entre pacientes adultos suicidas y no suicidas (Osman *et al.*, 2001). A esto se suma que el intento

de suicidio es el predictor más fuerte y robusto de intentos de suicidio posteriores (Harris, 1997; Hawton, 2009) y es un factor de riesgo altamente clasificado para el suicidio evaluado por la mayoría de los profesionales (Osman *et al.*, 2001; Truant, 1991). Atendiendo a tales argumentaciones, incluimos el intento de suicidio a lo largo de la vida como elemento integrante del módulo de riesgo suicida actual de la MINI, tal y como propusieron los autores de este instrumento (Sheehan *et al.*, 1998). Por otro lado, se ha sugerido que cuando un entrevistador pregunta sobre riesgo suicida, existe una tendencia a infra informarlo en comparación con las medidas de autoinforme (Turner *et al.*, 1998), pudiendo esto dar como resultado estimaciones de prevalencia inferiores a la real. Sin embargo, tal y como señalan Ducher *et al.* (2016) parece existir una correlación alta entre los puntajes de los instrumentos autoadministrados y los administrados por el entrevistador. En tercer lugar, aunque incluimos una amplia gama de factores posiblemente asociados con el riesgo suicida, existen muchos otros posibles correlatos del riesgo suicida que no se incluyeron. Finalmente, se trata de un estudio transversal que no puede establecer relaciones causales entre exposiciones y resultados, lo que debilita su capacidad para establecer recomendaciones preventivas basadas en la predictibilidad del modelo.

### **5.5. Fortalezas y perspectivas futuras**

Las principales fortalezas de esta investigación radican en la minuciosidad y sistematización en la recogida y cuantificación de datos sobre prevalencia y factores de riesgo asociados a la conducta suicida no letal en la población general europea, mediante una revisión sistemática y meta-análisis de estudios empíricos y en la realización de un estudio de campo en la Comunidad Autónoma de Andalucía con una muestra muy amplia y representativa. Nuestras revisiones sistemáticas atendieron a aspectos relevantes identificados como problemáticos en investigaciones anteriores, acotando nuestro análisis respecto al tipo de población y área geográfica, buscando una mayor homogeneidad de los diseños metodológicos de los estudios

incluidos, estudiando la heterogeneidad de los resultados, dependiendo del período de tiempo de la conducta suicida no letal y el tipo de conducta suicida no letal, y organizando de forma sistemática la vasta terminología referente a la conducta suicida no letal y a los distintos factores estudiados. Las principales fortalezas de nuestro estudio de campo son la representatividad de la muestra, pudiéndose extrapolar los resultados obtenidos a la población andaluza y en la multitud de factores estudiados en relación con el riesgo suicida. Se necesitan investigaciones futuras que actualicen los datos sobre la conducta suicida no letal aportados por nuestra investigación, ya que al tratarse de tres estudios epidemiológicos, estos quedan obsoletos con el paso del tiempo. Teniendo en cuenta las limitaciones señaladas tanto en las revisiones sistemáticas como en el estudio de campo, sería interesante que en próximas investigaciones en esta línea podamos seguir mejorando en la organización, descripción y codificación de la terminología relacionada con el suicidio, diseñar estudios homogéneos metodológicamente cuyos resultados puedan ser comparables y promover estudios de cohorte que puedan aumentar la capacidad predictiva de los distintos factores estudiados.

### **5.6. Implicaciones prácticas**

En el ámbito de la salud pública, el mayor desafío en la actualidad se centra tanto en la adquisición y análisis de datos epidemiológicos de prevalencia de la conducta suicida no letal a nivel mundial y comunitario, como en la búsqueda de variables implicadas en su etiología y mantenimiento, donde se incluiría el estudio de distintos factores desde una perspectiva multifactorial y enmarcado en un modelo biopsicosocial. El análisis de estas cuestiones es clave para mapear y cuantificar la magnitud del problema e intervenir para su prevención.

Los tres estudios que componen esta Tesis Doctoral pueden servir para diseñar guías clínicas orientadas a la prevención y actuación ante la conducta suicida no letal, orientar el desarrollo de programas de prevención ajustados a datos actualizados de prevalencia sobre población general y prestar atención a aquellos factores asociados al fenómeno suicida.



En el ámbito concreto de Andalucía, los resultados aportados por nuestro estudio de campo sirven de orientación para futuros Planes Integrales de Salud Mental. La obtención de información sobre las tasas de prevalencia de la conducta suicida no letal en Andalucía, calculadas tras encuesta comunitaria en muestra representativa, es una herramienta valiosa para la planificación y estructuración de recursos de salud mental destinados a atender mejor a los ciudadanos de nuestra comunidad. Además, la detección de factores asociados estimados a partir de este estudio puede servir para el desarrollo de planes de prevención de dicho fenómeno, que puedan ser aplicados a nivel comunitario y especializado.



## **6. Conclusiones**



Tras la reflexión minuciosa de los resultados arrojados por las revisiones sistemáticas y meta-análisis realizadas con publicaciones basadas en estudios de población general europea podemos concluir lo siguiente:

- En términos generales, aproximadamente el 20.3% de los europeos ha deseado morir, el 9.1% ha pensado en el suicidio, el 2.1% ha planeado el suicidio y el 2.9% ha intentado suicidarse en algún momento de su vida.
- Las cifras de prevalencia no son homogéneas entre territorios. Concretamente en Europa, las regiones del norte presentan tasas de prevalencia de conducta suicida no letal significativamente más altas que el resto de Europa.
- En Europa, los estudios de población general que incluyen población adolescente presentan tasas de prevalencia considerablemente más altas que aquellos que limitan su muestra a población adulta (mayores de 18 años). Sin embargo, las tasas disminuyen si se incluyen edades mayores de 65 años al compararlas con las de aquellos estudios que sitúan el límite superior del rango de edad en los 65 años.
- Para la población general europea, los factores clínicos tienen un mayor peso para la conducta suicida no letal, seguidos de los factores psicosociales y, finalmente, los factores demográficos.
- La depresión y los trastornos afectivos en general son los factores más fuertemente asociados a la conducta suicida no letal en Europa.
- En Europa, haber vivido experiencias de adversidad en la infancia es el segundo factor más potente para explicar la presencia de intentos suicidas después de los trastornos afectivos.
- En el contexto europeo, ser mujer, tener menos de 65 años, no tener pareja estable y estar desempleado, son los factores demográficos que mejor explican la conducta suicida no letal.

Si atendemos a los datos aportados en el estudio de campo sobre la población general andaluza, también podemos señalar las conclusiones siguientes:

- En Andalucía, el 6.4% de personas presenta algún tipo de manifestación suicida, desde deseos de morir hasta intentos de suicidio en el momento presente o han experimentado al menos un intento de suicidio en algún momento de su vida. La prevalencia puntual estimada es de 4.4% para deseos de muerte, 1.4% para ideas de hacerse daño, 2.4% para pensamientos suicidas, 1.1% para planificación suicida y 0.6% para intento de suicidio, mientras que la prevalencia vital para intento de suicidio es de un 2.6%.
- En Andalucía, factores como el abuso físico en la infancia o el abuso/dependencia de sustancias se presentan como variables con mayor poder explicativo para la conducta suicida no letal en la población general.
- Otros factores como ser mujer, no tener pareja estable, el bajo apoyo social, las experiencias recientes de estrés, mayores niveles de neuroticismo, tener antecedentes familiares en salud mental o el consumo de nicotina también tienen influencia significativa para la conducta suicida no letal en nuestra comunidad.

## **BIBLIOGRAFÍA**





- Abreu, L. N., Lafer, B., Baca-Garcia, E., & Oquendo, M. A. (2009). Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 31(3), 271–280. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462009005000003>
- Akbar, M., & Moosa, M. (2018). Suicide and deliberate self-harm in Afghanistan. *Asian Journal of Psychiatry*, 26(2017), 29–31. <http://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.004>
- Aleman, A., & Denys, D. (2014). Mental health: A road map for suicide research and prevention. *Nature*, 509(7501), 421–423. <https://doi.org/10.1038/509421a>
- Aluja, A., Garcí, scar, & Garcí, L. F. (2002). *Psychometric properties of the Zuckerman-Kuhlman personality questionnaire (ZKPQ-III-R): a study of a shortened form*. [www.elsevier.com/locate/paid](http://www.elsevier.com/locate/paid)
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Editorial Médica Panamericana.
- Amiri, S., & Behnezhad, S. (2018). Body mass index and risk of suicide: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 238, 615–625. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.028>
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed.)*. Editorial Médica Panamericana.
- Amudhan, S., Gururaj, G., Varghese, M., Benegal, V., Rao, G. N., Sheehan, D. V., Kokane, A. M., Chavan, B. S., Dalal, P. K., Ram, D., Pathak, K., Lenin Singh, R. K., Singh, L. K., Sharma, P., Saha, P. K., Ramasubramanian, C., Mehta, R. Y., & Shibukumar, T. M. (2020). A population-based analysis of suicidality and its correlates: findings from the National Mental Health Survey of India, 2015-16. *The Lancet. Psychiatry*, 7(1), 41–51. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30404-](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30404-)

- Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Childhood maltreatment and suicide attempts in prisoners: a systematic meta-analytic review. *Psychological Medicine*, *50*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002848>
- Angelakis, I., Gillespie, E. L., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine*, *49*(7), 1057–1078. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003823>
- Angelakis, I., Gooding, P., Tarrier, N., & Panagioti, M. (2015). Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *39*, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.03.002>
- Angelakis, I., Gooding, P. A., & Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder ( BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *49*, 55–66. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.002>
- Antón, J. M. (2011). *Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la Autopsia Psicológica en una población española. El proceso de interacción/mediación de los factores a través de una ruta-secuenciación temporal por bloques.* (Tesis Doctoral inédita). Departamento de Medicina y Fisioterapia. Universidad de Málaga.
- Appleby L. (1994). Panic and suicidal behaviour. Risk of self-harm in patients who complain of panic. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *164*(6), 719–721. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.6.719>
- Armitage, C. J., Panagioti, M., Abdul Rahim, W., Rowe, R., & O'Connor, R. C. (2015). Completed suicides and self-harm in Malaysia: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, *37*(2), 153–165. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.12.002>
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *4*, 37. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>

- Aschan, L., Goodwin, L., Cross, S., Moran, P., Hotopf, M., & Hatch, S. L. L. (2013). Suicidal behaviours in South East London: Prevalence, risk factors and the role of socio-economic status. *Journal of Affective Disorders*, *150*(2), 441–449. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.037>
- Atay, I. M., Eren, I., & Gündoğar, D. (2012). The prevalence of death ideation and attempted suicide and the associated risk factors in Isparta, Turkey. *Turkish Journal of Psychiatry*, *23*(2), 89–98.
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Saiz, P. A., Saiz, G. and Grupo RECOMS♦ (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. *5*(1), 8-23.
- Bae, Y., Seong, Y., Kim, S. H., & Kim, S. (2020). Clinical Characteristics of Non-Suicidal Self-Injury and Suicide Attempts among Psychiatric Patients in Korea: A Retrospective Chart Review. *Psychiatry Investigation*, *17*(4), 320–330. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0269>
- Bakhiyi, C. L., Calati, R., Guillaume, S., & Courtet, P. (2016). Do reasons for living protect against suicidal thoughts and behaviors A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric Research*, *77*, 92–108. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.02.019>.
- Balazs, J., & Keresztesy, A. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder and suicide: A systematic review. *World Journal of Psychiatry*, *7*(1), 44–59. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.44>
- Barker, E., Kőlves, K., & De Leo, D. (2015). The relationship between asthma and suicidal behaviours: a systematic literature review. *The European Respiratory Journal*, *46*(1), 96–106. <https://doi.org/10.1183/09031936.00011415>

- Barona, A., Reynolds, C.R., Chastain, R. (1984). A demographically based index premorbid intelligence for the WAIS-R. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 885-887.
- Baumeister R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.97.1.90>
- Bazrafshan, M. R., Jahangir, F., Mansouri, A., & Kashfi, S. H. (2014). Coping strategies in people attempting suicide. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 3(1), e16265. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.16265>
- Beautrais, A.L., Collings, S.C.D., Ehrhardt, P. (2005). Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicideprevention-areviewoftheevidence.pdf>
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1999). Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 29(1), 37–47: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10322619>
- Bebbington, P. E., Cooper, C., Minot, S., Brugha, T. S., Jenkins, R., Meltzer, H., & Dennis, M. (2009). Suicide attempts, gender, and sexual abuse: data from the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey. *The American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1135–1140. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09030310>
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 190–195. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.190>

- Beck, A. T., Steer, R. A., Sanderson, W. C., & Skeie, T. M. (1991). Panic disorder and suicidal ideation and behavior: discrepant findings in psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, *148*(9), 1195–1199. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.9.1195>
- Becoña, E., Lorenzo, M.C. (2004). Evaluación de la conducta de fumar. *Adicciones*, *16*(2), 201-26.
- Becoña, E., & Vázquez, F. L. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, *83*(3 Pt 2), 1455–1458. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.83.3f.1455>
- Bellón, J. A., Moreno-Küstner, B., Torres-González, F., Montón-Franco, C., GildeGómez-Barragán, M. J., Sánchez-Celaya, M., Díaz-Barreiros, M. A., Vicens, C., de Dios Luna, J., Cervilla, J. A., Gutierrez, B., Martínez-Cañavate, M. T., Oliván-Blázquez, B., Vázquez-Medrano, A., Sánchez-Artiaga, M. S., March, S., Motrico, E., Ruiz-García, V. M., Brangier-Wainberg, P. R., Del Mar Muñoz-García, M., ... predictD group (2008). Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: methodology. *BMC Public Health*, *8*, 256. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-256>
- Berlin, I., Hakes, J. K., Hu, M. C., & Covey, L. S. (2015). Tobacco use and suicide attempt: longitudinal analysis with retrospective reports. *PloS One*, *10*(4), e0122607. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122607>
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J. P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J. V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R., & Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, *101*(1–3), 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.018>

- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., De Silva, D., ... Wasserman, D. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine*, *35*, 1457–1465. <http://doi.org/10.1017/S0033291705005404>
- Bifftu, B. B., Dachew, B. A., Tiruneh, B. T., & Guracho, Y. D. (2019). Prevalence of suicidal ideation, suicidal attempt and completed suicide in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*, *8*(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-0986-8>
- Bilbao, A., Seisdedos, N. (2004). Eficacia de una fórmula de estimación de la inteligencia premórbida en la población española. *Revista de Neurología*, *38*, 431-434.
- Blalock, D. V., Young, K. C., & Kleiman, E. M. (2015). Stability amidst turmoil: Grit buffers the effects of negative life events on suicidal ideation. *Psychiatry Research*, *228*(3), 781–784. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.041>
- Blasco-Fontecilla, H., Alegría, A. A., Delgado-Gómez, D., Legido-Gil, T., Saiz-Ruiz, J., Oquendo, M. A., & Baca-Garcia, E. (2012). Age of first suicide attempt in men and women: an admixture analysis. *The Scientific World Journal*, *2012*, 825189. <https://doi.org/10.1100/2012/825189>
- Blaxter M (1990) *Health and Lifestyles*. Routledge.
- Blumenthal S. J. (1990). Youth suicide: risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicidal patients. *The Psychiatric Clinics of North America*, *13*(3), 511–556.
- Blüml, V., Kapusta, N. D., Doering, S., Brähler, E., Wagner, B., & Kersting, A. (2013). Personality Factors and Suicide Risk in a Representative Sample of the German General Population. *PLoS ONE*, *8*(10), 1–7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076646>

- Bobes, J. (1998). A Spanish validation study of the mini international neuropsychiatric interview. *European Psychiatry*, 13(S4), 198S-199S. doi:10.1016/S0924-9338(99)80240-5
- Bonner, R. L. y Rich, A. R. (1987). Toward a Predictive Model of Suicidal Ideation and Behavior: Some Preliminary Data in College Students. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 17(1), 50–63. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1987.tb00061.x>
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2006). A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 36(12), 1747–1757. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008786>
- Borges, G., Bagge, C. L., Cherpitel, C. J., Conner, K. R., Orozco, R., & Rossow, I. (2017). A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological Medicine*, 47(5), 949–957. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002841>
- Borges, G., Nock, M.K., Haro, J.M., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J. et al. (2010). Twelve Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(12): 1617–1628. doi:10.4088/JCP.08m04967blu.
- Borges, G., Orozco, R., Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., & Díaz-Salazar, J. (2019). Suicide ideation and behavior in Mexico: Encodat 2016. Ideación e intento de suicidio en México: *Salud Pública de Mexico*, 61(1), 6–15. <https://doi.org/10.21149/9351>
- Boyd, A., Van de Velde, S., Vilagut, G., de Graaf, R., O'Neill, S., Florescu, S., ...Kovess-Masfety, V. (2015). Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 173, 245–254. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.002>

- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 38*, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
- Breslau, N., Schultz, L. R., Johnson, E. O., Peterson, E. L., & Davis, G. C. (2005). Smoking and the risk of suicidal behavior: a prospective study of a community sample. *Archives of General Psychiatry, 62*(3), 328–334. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.328>
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*(3), 180–206. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00702.x>
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 47*(3-4), 372–394. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- Bronisch, T., Höfler, M., & Lieb, R. (2008). Smoking predicts suicidality: findings from a prospective community study. *Journal of Affective Disorders, 108*(1-2), 135–145. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.010>
- Brovelli, S., Dorogi, Y., Feiner, A. S., Golay, P., Stiefel, F., Bonsack, C., & Michaud, L. (2017). Multicomponent Intervention for Patients Admitted to an Emergency Unit for Suicide Attempt: An Exploratory Study. *Frontiers in Psychiatry, 8*, 188. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00188>
- Brugha, T., Bebbington, P., Tennant, C. & Hurry, J. (1985). The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine, 15*(1), 189-94.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., ... Nock, M. K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal



- behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 197(01), 20–27.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074716>
- Bruffaerts, R., Kessler, R. C., Demyttenaere, K., Bonnewyn, A., & Nock, M. K. (2015). Examination of the population attributable risk of different risk factor domains for suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Affective Disorders*, 187, 66–72.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.042>
- Campos, B., Ullman, J. B., Aguilera, A., & Dunkel Schetter, C. (2014). Familism and psychological health: the intervening role of closeness and social support. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 20(2), 191–201.  
<https://doi.org/10.1037/a0034094>
- Cano-Montalbán, I., & Quevedo-Blasco, R. (2018). Sociodemographic variables most associated with suicidal behaviour and suicide methods in Europe and America. A systematic review. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 10(1), 15–25. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a2>
- Cao, X. L., Zhong, B. L., Xiang, Y. T., Ungvari, G. S., Lai, K. Y., Chiu, H. F., & Caine, E. D. (2015). Prevalence of suicidal ideation and suicide attempts in the general population of China: A meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in medicine*, 49(4), 296–308. <https://doi.org/10.1177/0091217415589306>
- Carballo, J. J., Akamnonu, C. P., & Oquendo, M. A. (2008). Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 12(2), 93–110.  
<https://doi.org/10.1080/13811110701857004>
- Carmona, J. (Dir.), García-Cubillana, P., Millán, A., Huizing, E., Fernández-Regidor, G., Rojo, M., y Aguilera, L. (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía: 2016-2020*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

- Carrà, G., Bartoli, F., Crocamo, C., Brady, K. T., & Clerici, M. (2014). Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *167*, 125–135. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.066>
- Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital Presenting Self-Harm and Risk of Fatal and Non-Fatal Repetition: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, *9*(2), e89944. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089944>
- Castelein, S., Liemburg, E. J., de Lange, J. S., van Es, F. D., Visser, E., Aleman, A., Bruggeman, R., & Knegtering, H. (2015). Suicide in Recent Onset Psychosis Revisited: Significant Reduction of Suicide Rate over the last two decades — A Replication Study of a Dutch Incidence Cohort. *PLoS ONE*, *10*(6), e0129263. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129263>
- Castellví, P., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., ... Alonso, J. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with. *Journal of Affective Disorders*, *215*, 37–48. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.035>
- Castillejos, M. C., Huertas, P., Martín, P., & Moreno Küstner, B. (2020). Prevalence of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1765928>
- Catalan, J., Harding, R., Sibley, E., Clucas, C., Croome, N., & Sherr, L. (2011). HIV infection and mental health: suicidal behaviour--systematic review. *Psychology, Health & Medicine*, *16*(5), 588–611. <https://doi.org/10.1080/13548506.2011.582125>

- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006943>
- Cervilla, J. A., Ruiz, I., Rodríguez-Barranco, M., Rivera, M., Ibáñez-Casas, I., Molina, E., Valmisa, E., Carmona-Calvo, J., Moreno-Küstner, B., Muñoz-Negro, J. E., Ching-López, A., & Gutiérrez, B. (2016). Protocol and methodology of the epidemiological mental health study in Andalusia: PISMA-ep. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(4), 185–194. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2016.11.005>
- Chen, Y. Y., Kwok, C. L., Yip, P. S. F., & Wu, K. C. C. (2013). A test of the substitution hypothesis: An analysis of urban and rural trends in solid/liquid poisoning suicides in Taiwan. *Social Science and Medicine*, 96, 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.031>
- Chi, C. C., Chen, T. H., Wang, S. H., & Tung, T. H. (2017). Risk of Suicidality in People with Psoriasis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *American Journal of Clinical Dermatology*, 18(5), 621–627. <https://doi.org/10.1007/s40257-017-0281-1>
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2007). The Relationship Between Psychological Buffers, Hopelessness, and Suicidal Ideation. *Crisis*, 28(2), 67–73. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.2.67>
- Choo, C. C., Harris, K. M., Chew, P. K. H., & Ho, R. C. (2017). What predicts medical lethality of suicide attempts in Asian youths?. *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 136–141. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.05.008>
- Coentre, R., Talina, M. C., Góis, C., & Figueira, M. L. (2017). Depressive symptoms and suicidal behavior after first-episode psychosis: A comprehensive systematic review. *Psychiatry Research*, 253, 240–248. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.010>

- Colledge, S., Larney, S., Peacock, A., Leung, J., Hickman, M., Grebely, J., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2020). Depression, post-traumatic stress disorder, suicidality and self-harm among people who inject drugs: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 207, 107793. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107793>
- Conner, K. R., & Duberstein, P. R. (2004). Predisposing and Precipitating Factors for Suicide Among Alcoholics: Empirical Review and Conceptual Integration. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 6S–17S. <http://doi.org/10.1097/01.ALC.0000127410.84505.2A>
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J. H., Forbes, N. T., & Caine, E. D. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1001–1008. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.8.1001>
- Corcoran, P., & Nagar, A. (2010). Suicide and marital status in Northern Ireland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(8), 795–800. <http://doi.org/10.1007/s00127-009-0120-7>
- Córdoba-Doña, J. A., San Sebastián, M., Escolar-Pujolar, A., Martínez-Faure, J. E., & Gustafsson, P. E. (2014). Economic crisis and suicidal behaviour: The role of unemployment, sex and age in Andalusia, Southern Spain. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-55>
- Costa, L., Alencar, Á. P., Nascimento Neto, P. J., dos Santos, M., da Silva, C. G., Pinheiro, S., Silveira, R. T., Bianco, B. A., Pinheiro, R. F., Jr, de Lima, M. A., Reis, A. O., & Rolim Neto, M. L. (2015). Risk factors for suicide in bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 170, 237–254. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.003>

- Cox, B. J., Direnfeld, D. M., Swinson, R. P., & Norton, G. R. (1994). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *The American Journal of Psychiatry*, *151*(6), 882–887. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.6.882>
- Cutter F. (1991). *The Suicide Prevention Triangle*. Triangle Books. Morro Bay.
- Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PloS one*, *10*(5), e0126870. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126870>
- De Graaf, R., Ten Have, M., & van Dorsselaer, S. (2010). The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2): design and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *19*(3), 125–141. <https://doi.org/10.1002/mpr.317>
- Denning, D. G., Conwell, Y., King, D., & Cox, C. (2000). Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide & Life-threatening Behavior*, *30*(3), 282–288. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb00992.x>
- Dervaux, A., Baylé, F. J., Laqueille, X., Bourdel, M. C., Leborgne, M., Olié, J. P., & Krebs, M. O. (2006). Validity of the CAGE questionnaire in schizophrenic patients with alcohol abuse and dependence. *Schizophrenia Research*, *81*(2-3), 151–155. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.09.012>
- Dervic, K., Carballo, J. J., Baca-Garcia, E., Galfalvy, H. C., Mann, J. J., Brent, D. A., & Oquendo, M. A. (2011). Moral or religious objections to suicide may protect against suicidal behavior in bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *72*(10), 1390–1396. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05910gre>
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J., & Watts, C. H. (2014). Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. *Pediatrics*, *133*(5), e1331–e1344. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2166>

- Diaconu, G., & Turecki, G. (2007). Panic disorder and suicidality: is comorbidity with depression the key?. *Journal of Affective Disorders*, *104*(1-3), 203–209. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.03.006>
- Díaz de Villalvilla, T., Mendoza Quiñones, R., Martín Reyes, M., del Castillo Martín, N., Bravo, T. M., Domínguez, M., & Vega Hernández, M. (2008). Spanish version of the Family Interview for Genetic Studies (FIGS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, *36*(1), 20–24.
- Diekstra, R.F. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* *371*, 9-20. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb05368.x>
- Dong, M., Lu, L., Zhang, L., Zhang, Q., Ungvari, G., Ng, C., . . . Xiang, Y. (2020). Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *29*, E63. <https://doi:10.1017/S2045796019000593>
- Ducher, J.L., Chazeron, I. & Llorca, P.M. (2016). Suicide and evaluation. Review of French tools: Non-dimensional approach and self-assessment. *L'Encephale*, *42*(3), 242-247. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.004>
- Economou, M., Angelopoulos, E., Peppou, L. E., Souliotis, K., Tzavara, C., Kontoangelos, K., . . . Stefanis, C. (2016). Enduring financial crisis in Greece: prevalence and correlates of major depression and suicidality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *51*(7), 1015–1024. <http://doi.org/10.1007/s00127-016-1238-z>
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Theleritis, C., Patelakis, A., & Stefanis, C. (2013). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *12*(1), 53–59. <https://doi.org/10.1002/wps.20016>

- Eskin, M., Ertekin, K., Dereboy, C., & Demirkiran, F. (2007). Risk factors and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. *Crisis*, 28(3), 131–139  
<https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.3.131>
- Ewing J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252(14), 1905–1907. <https://doi.org/10.1001/jama.252.14.1905>
- Fässberg, M. M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., Draper, B., Gallo, J. J., Wong, C., Wu, J., Duberstein, P., & Wærn, M. (2016). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health*, 20(2), 166–194.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1083945>
- Fässberg, M. M., van Orden, K. A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., Canetto, S. S., De Leo, D., Szanto, K., & Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 722–745.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph9030722>
- Fazel, S., Wolf, A., & Geddes, J. R. (2013). Suicide in prisoners with bipolar disorder and other psychiatric disorders: a systematic review. *Bipolar Disorders*, 15(5), 491–495.  
<https://doi.org/10.1111/bdi.12053>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.  
[https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

- Fergusson, D. M., Beautrais, A. L., & Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 33(1), 61–73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12537037>
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, M., Soto, M., Soto, O. (1998). *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0.DSM-IV*. Instituto IAP.
- Fink, L. A., Bernstein, D., Handelsman, L., Foote, J., & Lovejoy, M. (1995). Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1329–1335. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.9.1329>
- Fjeldsted, R., Teasdale, T. W., Jensen, M., & Erlangsen, A. (2017). Suicide in Relation to the Experience of Stressful Life Events: A Population-Based Study. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 21(4), 544–555. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1259596>
- Forkmann, T., Brähler, E., Guggel, S., Glaesmer, H. (2012). Prevalence of suicidal ideation and related risk factors in the German general population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(5), 401–405. DOI: 10.1097/nmd.0b013e31825322cf.
- Fountoulakis, K. N., Chatzikosta, I., Pasiadis, K., Zanis, P., Kawohl, W., Kerkhof, A. J., Navickas, A., Höschl, C., Lecic-Tosevski, D., Sorel, E., Rancans, E., Palova, E., Juckel, G., Isacson, G., Jagodic, H. K., Botezat-Antonescu, I., Rybakowski, J., Azorin, J. M., Cookson, J., Waddington, J., ... Bech, P. (2016). Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000–2012. *Annals of General Psychiatry*, 15, 19. <https://doi.org/10.1186/s12991-016-0106-2>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50



- years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232.  
<https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Fuller-Thomson, E., Baird, S. L., Dhrodia, R., y Brennenstuhl, S. (2016). The association between adverse childhood experiences (ACEs) and suicide attempts in a population-based study. *Child: Care, Health and Development*, 42(5), 725–734.  
<https://doi.org/10.1111/cch.12351>
- Fung, Y. L., & Chan, Z. C. (2011). A systematic review of suicidal behaviour in old age: a gender perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16), 2109–2124.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03649.x>
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., ... Maria Haro, J. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, 129(13), 494–500. <http://doi.org/10.1157/13111370>
- García-Portilla, M. P., Saiz, P. A., Bousoño, M., Bascaran, M. T., Guzmán-Quilo, C., Bobes, J., & en nombre del grupo de validación de la versión española de la escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP) (2011). Validation of the Spanish Personal and Social Performance scale (PSP) in outpatients with stable and unstable schizophrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1), 9–18.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.11.003>
- Giegling, I., Olgiati, P., Hartmann, A. M., Calati, R., Möller, H.-J., Rujescu, D., & Serretti, A. (2009). Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *Journal of Psychiatric Research*, 43(16), 1262–1271.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.013>
- Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., Cebrià, A. I., Gabilondo, A., Pérez-Ara, M. A., A, M. M., Lagares, C., Parés-Badell, O.,

- Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Soto-Sanz, V., Alonso, J., & Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders, 245*, 152–162. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>
- Gili-Planas, M., Roca-Bennasar, M., Ferrer-Perez, V., & Bernardo-Arroyo, M. (2001). Suicidal ideation, psychiatric disorder, and medical illness in a community epidemiological study. *Suicide & Life-threatening Behavior, 31*(2), 207–213. <https://doi.org/10.1521/suli.31.2.207.21508>
- Gisle, L., & Van Oyen, H. (2013). Household composition and suicidal behaviour in the adult population of Belgium. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*(7), 1115–1124. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0621-7>
- Gini, G., & Espelage, D. L. (2014). Peer victimization, cyberbullying, and suicide risk in children and adolescents. *JAMA, 312*(5), 545–546. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.3212>
- Giner, L. (2010). *Diferencias en la conducta suicida estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado*. (Tesis Doctoral inédita). Departamento de psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid. UAM: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5657/35431\\_giner\\_jimenez\\_lucas.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5657/35431_giner_jimenez_lucas.pdf?sequence=1)
- Gisle, L., Van Oyen, H., 2013. Household composition and suicidal behaviour in the adult population of Belgium. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*, 1115–1124. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0621-7>.
- Goldston, D. B., Daniel, S. S., Erkanli, A., Heilbron, N., Doyle, O., Weller, B., Sapyta, J., Mayfield, A., & Faulkner, M. (2015). Suicide attempts in a longitudinal sample of

- adolescents followed through adulthood: Evidence of escalation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 253–264. <https://doi.org/10.1037/a0038657>
- Gómez-Durán, E. L., Martín-Fumadó, C., & Hurtado-Ruiz, G. (2012). Clinical and epidemiological aspects of suicide in patients with schizophrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(6), 333–345.
- Goñi-Sarriés, A., Blanco, M., Azcárate, L., Peinado, R., & López-Goñi, J. J. (2018). Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide?. *Psicothema*, 30(1), 33–38. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.318>
- Goñi Sarriés, A., & Zandío Zorrilla, M. (2017). El suicidio: un reto para la prevención. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(3), 335-338. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0122>
- Goodwin F.K. & Jamison & K.R. (2008). Manic-depressive Illness: bipolar disorders and recurrent Depression, second Edition. *The American Journal of Psychiatry*, 165(4), 541–542. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07121846>
- Goodwin, R. D., & Roy-Byrne, P. (2006). Panic and suicidal ideation and suicide attempts: results from the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 23(3), 124–132. <https://doi.org/10.1002/da.20151>
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Chou, S. P., Stinson, F. S., & Dawson, D. A. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1107–1115. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.11.1107>
- Guimarães, P. M., Passos, S. R., Calvet, G. A., Hökerberg, Y. H., Lessa, J. L., & Andrade, C. A. (2014). Suicide risk and alcohol and drug abuse in outpatients with HIV infection and Chagas disease. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(2), 131–137. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1219>

- Gureje, O., Kola, L., Uwakwe, R., Udofia, O., Wakil, A., & Afolabi, E. (2007). The profile and risks of suicidal behaviours in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 37(6), 821–830. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000311>
- Guzmán, E. M., Cha, C. B., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2019). Suicide risk around the world: a meta-analysis of longitudinal studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(12), 1459–1470. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01759-x>
- Gvion, Y., & Apter, A. (2011). Aggression, Impulsivity, and Suicide Behavior: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 15(2), 93–112. <https://doi.org/10.1080/13811118.2011.565265>
- Hatcher, S., & Stubbersfield, O. (2013). Sense of belonging and suicide: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Rpsychiatrie*, 58(7), 432–436. <https://doi.org/10.1177/070674371305800709>
- Hardt, J., Bernert, S., Matschinger, H., Angermeier, M. C., Vilagut, G., Bruffaerts, R., ... Alonso, J. (2015). Suicidality and its relationship with depression, alcohol disorders and childhood experiences of violence: Results from the ESEMeD study. *Journal of Affective Disorders*, 175, 168–174. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.044>
- Hardt, J., Sidor, A., Nickel, R., Kappis, B., Petrak, F., Egle, UT, 2008. Childhood adversities and suicide attempts: a retrospective study. *Journal of Family Violence*, 23, 713–718. <http://doi.org/10.1007/s10896-008-9196-1>
- Harris E & Barraclough B (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *British Journal of psychiatry*, 170,205–228. <http://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>
- Hawton, K., Casañas I Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 17–28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>

- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *187*, 9–20. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.9>
- Hawton, K., & Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, *373*(9672), 1372–1381. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- Healy, D., Le Noury, J., Harris, M., Butt, M., Linden, S., Whitaker, C., Zou, L., & Roberts, A. P. (2012). Mortality in schizophrenia and related psychoses: Data from two cohorts, 1875-1924 and 1994-2010. *BMJ Open*, *2*(5), e001810. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001810>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, *86*(9), 1119–1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Heisel, M. J., Links, P. S., Conn, D., van Reekum, R., & Flett, G. L. (2007). Narcissistic personality and vulnerability to late-life suicidality. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, *15*(9), 734–741. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3180487caa>
- Hemming, L., Taylor, P., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the association between alexithymia and suicide ideation and behaviour. *Journal of Affective Disorders*, *254*(May), 34–48. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.013>
- Hendin, H. (1950). Attempted suicide: A Psychiatric and statistical study. *Psychiatric Quarterly* *24*, 39-46
- Higgins, J. P., & Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine*, *21*(11), 1539–1558. <https://doi.org/10.1002/sim.1186>

- Hintikka, J., Koivumaa-Honkanen, H., Lehto, S. M., Tolmunen, T., Honkalampi, K., Haatainen, K., & Viinamäki, H. (2009). Are factors associated with suicidal ideation true risk factors? A 3-year prospective follow-up study in a general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*(1), 29–33. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0401->
- Hintikka, J., Pesonen, T., Saarinen, P., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2001). Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *36*(12), 590–594. <https://doi.org/10.1007/s127-001-8198-x>
- Hiswals, A.S., Guilagaber, G., Wijk, K., Öberg, P., Soares, J., Macassa, G. (2015). Employment status and suicidal ideation during economic recession. *Health Science Journal*. *9*, 1–13. <https://www.hsj.gr/archive>.
- Ho, C. S. H., Ong, Y. L., Tan, G. H. J., Yeo, S. N., & Ho, R. C. M. (2016). Profile differences between overdose and non-overdose suicide attempts in a multi-ethnic Asian society. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1105-1>
- Hor, K., & Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, *24*(4), 81–90. <https://doi.org/10.1177/1359786810385490>
- Hottes, T. S., Bogaert, L., Rhodes, A. E., Brennan, D. J., & Gesink, D. (2016). Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Public Health*, *106*(5), e1–e12. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303088>
- Hovens, J. G., Wiersma, J. E., Giltay, E. J., van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *122*(1), 66–74. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01491.x>

- Huang, X., Ribeiro, J. D., Musacchio, K. M., & Franklin, J. C. (2017). Demographics as predictors of suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis. *PLoS ONE*, *12*(7), e0180793. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180793>
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2020). Padrón Municipal de Habitantes. <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/padron/avance/index.htm>
- Instituto Nacional de Estadística (2020). Cifras de población. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176951&menu=resultados&idp=1254735572981](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=resultados&idp=1254735572981)
- Instituto Nacional de Estadística (2020). Población de España a 01/01/2020 [https://www.ine.es/prensa/cp\\_e2020\\_p.pdf](https://www.ine.es/prensa/cp_e2020_p.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística (2020). Estadísticas de defunciones según la causa de muerte. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=6181&capsel=6182>
- Instituto Nacional de Estadística (2019). Estadísticas de suicidio en España. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176797&menu=resultados&idp=1254735573206](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176797&menu=resultados&idp=1254735573206)
- Jenkins, R., Bebbington, P., Brugha, T. S., Farrell, M., Lewis, G., & Meltzer, H. (1998). *British Psychiatric Morbidity Survey*. <https://www.cambridge.org/core>.
- Jeon, H. J., Lee, C., Fava, M., Mischoulon, D., Shim, E. J., Heo, J. Y., Choi, H., & Park, J. H. (2014). Childhood trauma, parental death, and their co-occurrence in relation to current suicidality risk in adults: a nationwide community sample of Korea. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *202*(12), 870–876. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000217>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late

- adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 741–749.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.8.741>
- Joiner, T. E. (2002). The trajectory of suicidal behavior over time. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 32(1), 33–41. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11931009>
- Joiner, T. E., Jr, Brown, J. S., & Wingate, L. R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*, 56, 287–314.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070320>
- Kachian, Z. R., Cohen-Zimmerman, S., Bega, D., Gordon, B., & Grafman, J. (2019). Suicidal ideation and behavior in Huntington's disease: Systematic review and recommendations. *Journal of affective disorders*, 250, 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.043>
- Kadri, N., Agoub, M., El Gnaoui, S., Alami, K., Hergueta, T., & Moussaoui, D. (2005). Moroccan colloquial Arabic version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): qualitative and quantitative validation. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(2), 193–195.  
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.11.007>
- Kanwar, A., Malik, S., Prokop, L. J., Sim, L. A., Feldstein, D., Wang, Z., & Murad, M. H. (2013). The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 30(10), :917-29:  
<https://doi.org/10.1002/da.22074>
- Kapusta, N. D., Zorman, A., Etzersdorfer, E., Ponocny-Seliger, E., Jandl-Jager, E., & Sonneck, G. (2008). Rural-urban differences in Austrian suicides. *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 311–318. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0317-1>
- Katiria Perez, G., & Cruess, D. (2014). The impact of familism on physical and mental health among Hispanics in the United States. *Health Psychology Review*, 8(1), 95–127.  
<https://doi.org/10.1080/17437199.2011.569936>



- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Borges, G., Castilla-Puentes, R. C., Glantz, M. D., Jaeger, S. A., Merikangas, K. R., Nock, M. K., Russo, L. J., & Stang, P. E. (2007). Smoking and suicidal behaviors in the National Comorbidity Survey: Replication. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(5), 369–377. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3180303eb8>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Journal of the American Medical Association*, 293(20), 2487–2495. <https://doi.org/10.1001/jama.293.20.2487>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Bruce, M. L., Koch, J. R., Laska, E. M., Leaf, P. J., Manderscheid, R. W., Rosenheck, R. A., Walters, E. E., & Wang, P. S. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research*, 36(6), 987–1007.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617–626. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.617>
- Kendler, K.S. & Prescott, C.A. (2007). *Genes, environment, and psychopathology: Understanding the Causes of Psychiatric and Substance Use Disorders*. Guilford Press.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC psychiatry*, 8, 70. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>
- King, M., Weich, S., Torres-González, F., Svab, I., Maarros, H. I., Neeleman, J., Xavier, M., Morris, R., Walker, C., Bellón-Saameño, J. A., Moreno-Küstner, B., Rotar, D., Rifel, J., Aluoja, A., Kalda, R., Geerlings, M. I., Carraça, I., de Almeida, M. C., Vicente, B., Saldivia, S., ... Nazareth, I. (2006). Prediction of depression in European general

- practice attendees: the PREDICT study. *BMC Public Health*, 6, 6.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-6>
- Kleiman, E. M., & Riskind, J. H. (2013). Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation: A Test of a Multiple Mediator Model. *Crisis*, 34(1), 42–49. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000159>
- Kleiman, E. M., Riskind, J. H., & Schaefer, K. E. (2014). Social Support and Positive Events as Suicide Resiliency Factors: Examination of Synergistic Buffering Effects. *Archives of Suicide Research*, 18(2), 144–155. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.826155>
- Kleiman, E. M., Riskind, J. H., Schaefer, K. E., & Weingarden, H. (2012). The moderating role of social support on the relationship between impulsivity and suicide risk. *Crisis*, 33(5), 273–279. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000136>
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(11), 565–568. <https://doi.org/10.1177/070674371405901101>
- Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2012). Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 53(4), 381–389. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02457.x>
- Kolva, E., Hoffecker, L., & Cox-Martin, E. (2020). Suicidal ideation in patients with cancer: A systematic review of prevalence, risk factors, intervention and assessment. *Palliative & Supportive Care*, 18(2), 206–219. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000610>
- Kovess-Masfety, V., Boyd, A., Haro, J. M., Bruffaerts, R., Villagut, G., Lépine, J. P., Gasquet, I., Alonso, J., & ESEMeD/MHEDEA investigators (2011). High and low suicidality in Europe: a fine-grained comparison of France and Spain within the ESEMeD surveys.

- Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 247–256.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.014>
- Koyanagi, A., Stickley, A., & Haro, J. M. (2015). Subclinical psychosis and suicidal behavior in England: Findings from the 2007 *Adult Psychiatric Morbidity Survey*, 168(1–2), 62–67. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.07.041>
- Kposowa A. J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(4), 254–261.  
<https://doi.org/10.1136/jech.54.4.254>
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 337–343. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160065009>
- Krysinska, K., & Lester, D. (2010). Post-Traumatic Stress Disorder and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 14(1), 1–23.  
<https://doi.org/10.1080/13811110903478997>
- Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 467–473. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.011>
- Ladwig, K. H., Klupsch, D., Ruf, E., Meisinger, C., Baumert, J., Erazo, N., Wichmann, H. E., & KORA Investigators (2008). 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*, 161(2), 248–252. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.03.011>
- Lagares-Franco, C., Almenara-Barrios, J., O'Ferrall-González, C., Castellvi-Obiols, P., Gabilondo, A., Blasco-Cubedo, M. J., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Piqueras, J. A., Roca, M., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Soto-Sanz, V.,

- Vilagut-Saiz, G., & Alonso, J. (2019). Measures of frequency used in cohorts studies to evaluate the suicidal behaviour in young people (12-26 years): A systematic review. *Medidas de frecuencia utilizadas en estudios de cohortes para evaluar el comportamiento suicida en jóvenes (12-26 años): una revisión sistemática. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 12(4)*, 213–231. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.10.003>
- Lai, D., Li, L., & Daoust, G. D. (2017). Factors Influencing Suicide Behaviours in Immigrant and Ethno-Cultural Minority Groups: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health, 19(3)*, 755–768. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0490-3>
- Lara, E., Olaya, B., Garin, N., Ayuso-Mateos, J.L., Miret, M., Moneta, V., Haro, J.M (2015). Is cognitive impairment associated with suicidality? a population-based study. *European neuropsychopharmacology: The journal of the European College of Neuropsychopharmacology, 25(2)*, 203–213. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.08.010>
- Large, M., Smith, G., Sharma, S., Nielssen, O., & Singh, S. P. (2011). Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 124(1)*, 18–29. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01672.x>
- Laursen, T. M. (2011). Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophrenia Research, 131(1–3)*, 101–104. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.06.008>
- Leenaars, A. A. (1987). An Empirical Investigation of Shneidman's Formulations Regarding Suicide: Age and Sex. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 17(3)*, 233–250. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1987.tb00270.x>
- Legido T. (2012). *Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos* (Tesis Doctoral inédita). Universidad de Alcalá. Repositorio institucional UAH:

- [https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17103/TESIS\\_2012\\_TERESA\\_LEGIDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17103/TESIS_2012_TERESA_LEGIDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Lehti, V., Niemelä, S., Hoven, C., Mandell, D., & Sourander, A. (2009). Mental health, substance use and suicidal behaviour among young indigenous people in the Arctic: a systematic review. *Social Science & Medicine* (1982), 69(8), 1194–1203. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.045>
- Lester, D. (2014). Three classic sociological theories of suicide. En Gunn, John F., Lester, D., (eds.). *Theories of Suicide: Past, Present and Future*. <http://ws003.juntadeandalucia.es:2164/eds/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fODE0NzUzX19BTg2?sid=a8963a0f-ec6d-4060-bc7e-da3e2b0c0272@pdc-v-sessmgr03&vid=4&hid=/&format=EB>
- Lester, D. (1993). Suicidal behavior in bipolar and unipolar affective disorders: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 27(2), 117–121. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(93\)90084-W](https://doi.org/10.1016/0165-0327(93)90084-W)
- Li, Z., Page, A., Martin, G., & Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socioeconomic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. *Social Science & Medicine* (1982), 72(4), 608–616. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.008>
- Li, Y., & Cao, J. (2012). Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: a meta-analysis. *BMC public health*, 12, 524. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-524>
- Li, W., Dorstyn, D. S., & Jarmon, E. (2020). Identifying suicide risk among college students: A systematic review. *Death Studies*, 44(7), 450–458. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1578305>
- Lim, K. S., Wong, C. H., McIntyre, R. S., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B. X., Tan, W., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2019). Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior,

- Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4581. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>
- Linehan, M.M. (1986). Suicidal people: One population or two? In J.J. Mann & M. Stanley (Eds.). *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 16-33.
- Links, P. S., Gould, B., & Ratnayake, R. (2003). Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 48(5), 301–310. <https://doi.org/10.1177/070674370304800505>
- Litinsky, A. M., & Haslam, N. (1998). Dichotomous thinking as a sign of suicide risk on the TAT. *Journal of Personality Assessment*, 71(3), 368–378. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7103\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7103_6)
- Littlewood, D., Kyle, S. D., Pratt, D., Peters, S., & Gooding, P. (2017). Examining the role of psychological factors in the relationship between sleep problems and suicide. *Clinical Psychology Review*, 54, 1–16. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.009>
- Liu, J., Fang, Y., Gong, J., Cui, X., Meng, T., Xiao, B., He, Y., Shen, Y., & Luo, X. (2017). Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 220, 147–155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.060>
- Liu, R. T., & Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.006>
- López, M.B., Hinojal, R. Bobes, J. (1993). El suicidio aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de Derecho penal y Criminología*, 309-412.

- Lopez Bernal, J., Gasparrini, A., Artundo, C., & McKee, M. (2014). The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *European Journal of Public Health, 24*(2), 183–184. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt215>
- Lorant, V., Kunst, A. E., Huisman, M., Costa, G., Mackenbach, J., & EU Working Group on Socio-Economic Inequalities in Health (2005). Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 187*, 49–54. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.49>
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet. Psychiatry, 5*(4), 357–369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)
- Mak, K. K., Ho, C. S. H., Zhang, M. W. B., Day, J. R., & Ho, R. C. M. (2013). Characteristics of overdose and non-overdose suicide attempts in a multi-ethnic Asian society. *Asian Journal of Psychiatry, 6*(5), 373–379. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.03.011>
- Malakouti, S. K., Davoudi, F., Khalid, S., Ahmadzad Asl, M., Moosa Khan, M., Alirezaei, N., Mirabzadeh, A., & DeLeo, D. (2015). The Epidemiology of Suicide Behaviors among the Countries of the Eastern Mediterranean Region of WHO: a Systematic Review. *Acta medica Iranica, 53*(5), 257–265.
- Malet, L., Schwan, R., Boussiron, D., Aublet-Cuvelier, B., & Llorca, P. M. (2005). Validity of the CAGE questionnaire in hospital. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists, 20*(7), 484–489. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.06.027>
- Mann, J.J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature: Reviews Neuroscience, 4*(10), 819–828. <https://doi.org/10.1038/nrn1220>

- Maris, R. W., Berman, A. L., Maltzberger, J.T. y Yufit, R. I. (1992). *Assessment and prediction of suicide*. Guilford Press.
- Mars, B., Burrows, S., Hjelmeland, H., & Gunnell, D. (2014). Suicidal behaviour across the African continent: a review of the literature. *BMC Public Health*, *14*, 606. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-606>
- Masedo-Gutierrez, A. I., & Moreno-Kustner, B. (2015). Economic crisis and mortality by suicide: two concepts hard to link. *European Journal of Public Health*, *25*(5), 900. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv080>
- McDonald, K. C., Saunders, K. E., & Geddes, J. R. (2017). Sleep problems and suicide associated with mood instability in the Adult Psychiatric Morbidity Survey, 2007. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *51*(8), 822–828. <https://doi.org/10.1177/0004867416687398>
- McGirr, A., & Turecki, G. (2007). The relationship of impulsive aggressiveness to suicidality and other depression-linked behaviors. *Current Psychiatry Reports*, *9*(6), 460–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18221625>
- McGrath, J. J., Saha, S., Lim, C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Caldas de Almeida, J. M., Cardoso, G., de Girolamo, G., Fayyad, J., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Koenen, K. C., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Lepine, J. P., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators (2017). Trauma and psychotic experiences: transnational data from the World Mental Health Survey. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *211*(6), 373–380. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.205955>
- Mejías-Martín, Luna del Castillo, Rodríguez-Mejías, Martí-García, Valencia-Quintero, & García-Caro. (2019). Factors Associated with Suicide Attempts and Suicides in the



- General Population of Andalusia (Spain). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4496. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224496>
- Meltzer, H., Vostanis, P., Ford, T., Bebbington, P., & Dennis, M. S. (2011). Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. *European Psychiatry*, 26(8), 498–503. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.11.006>
- Mesones, J. E. (2014). El suicidio a lo largo de la Historia y las culturas. En A. Anseán, (Dir.). *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida* (35-60). Fundación Salud Mental España.
- Michal, M., Wiltink, J., Till, Y., Wild, P. S., Münzel, T., Blankenberg, S., & Beutel, M. E. (2010). Type-D personality and depersonalization are associated with suicidal ideation in the German general population aged 35-74: results from the Gutenberg Heart Study. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 227–233. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.108>
- Mingote, J. C., Jiménez, M. A., Osorio, R., & Palomo, T. (2004). *Suicidio. Asistencia Clínica. Guía de Práctica Médica*: Editorial Díaz Santos.
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: a systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146–172. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0131-5>
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, 64(2), 265–283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>

- Miret, M., Caballero, F. F., Huerta-Ramírez, R., Moneta, M. V., Olaya, B., Chatterji, S., Haro, J. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2014). Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *Journal of Affective Disorders*, *163*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2014.03.045>
- Moraga, C. (2016). Cuando un animal decide dejar de vivir: suicidio e indefensión aprendida. Eldiario.es. [https://www.eldiario.es/caballodenietzsche/animal-decide-suicidio-indefension-aprendida\\_6\\_589051101.html](https://www.eldiario.es/caballodenietzsche/animal-decide-suicidio-indefension-aprendida_6_589051101.html)
- Mok, P. L., Pedersen, C. B., Springate, D., Astrup, A., Kapur, N., Antonsen, S., Mors, O., & Webb, R. T. (2016). Parental Psychiatric Disease and Risks of Attempted Suicide and Violent Criminal Offending in Offspring: A Population-Based Cohort Study. *JAMA Psychiatry*, *73*(10), 1015–1022. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1728>
- Moreno-Küstner, B., Del Campo-Ávila, J., Ruíz-Ibáñez, A., Martínez-García, A. I., Castro-Zamudio, S., Ramos-Jiménez, G., & Guzmán-Parra, J. (2019). Epidemiology of Suicidal Behavior in Malaga (Spain): An Approach from the Prehospital Emergency Service. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 111. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00111>
- Moreno-Küstner, B., Guzman-Parra, J., Pardo, Y., Sanchidrián, Y., Díaz-Ruiz, S., & Mayoral-Cleries, F. (2021). Excess mortality in patients with schizophrenia spectrum disorders in Malaga (Spain): A cohort study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *30*, e11. <https://doi.org/10.1017/S2045796020001146>
- Morosini, P.L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*, 323-329.

- Morrison, R., & O'Connor, R. C. (2008). A Systematic Review of the Relationship Between Rumination and Suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 523–538. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.5.523>
- Mościcki, E. K., O'Carroll, P., Rae, D. S., Locke, B. Z., Roy, A., & Regier, D. A. (1988). Suicide attempts in the Epidemiologic Catchment Area Study. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 61(3), 259–268.
- Motrico, E., Moreno-Küstner, B., de Dios Luna, J., Torres-González, F., King, M., Nazareth, I., ...Bellón, J. Á. (2013a). Psychometric properties of the List of Threatening Experiences--LTE and its association with psychosocial factors and mental disorders according to different scoring methods. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 931-940. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.017>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Nam, S. K., Chu, H. J., Lee, M. K., Lee, J. H., Kim, N., & Lee, S. M. (2010). A meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of American College Health*, 59(2), 110–116. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.483714>
- Nam, Y. Y., Kim, C. H., & Roh, D. (2016). Comorbid panic disorder as an independent risk factor for suicide attempts in depressed outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 67, 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.02.011>
- Navarro-Atienzar, F., Zabala-Baños, C., & Ricarte-Trives, J. J. (2019). Childhood Trauma as a risk factor for suicidal behaviour in prisons. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 21(1), 42–51.

- Navío, M., Villoría, L. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida. En A. Ansean (Dir.). *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida*. (pp. 117-194). Fundación Salud Mental España.
- Nepon, J., Belik, S. L., Bolton, J., & Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and Anxiety*, 27(9), 791–798. <https://doi.org/10.1002/da.20674>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Wai, T. C., De Girolamo, G., Gluzman, S., De Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C. y Lee, S (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30,133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>.
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300–310. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
- Nordström, P., Schalling, D., & Asberg, M. (1995). Temperamental vulnerability in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(2), 155–160. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09560.x>

- Nuhu, F. T., Lasisi, M. D., Yusuf, A. J., & Aremu, S. B. (2013). Suicide risk among adults with epilepsy in Kaduna, Nigeria. *General Hospital Psychiatry, 35*(5), 517–520. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.04.012>
- Organization for Economic Cooperation and Development (2020), Suicide rates (indicator). [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/suicide-rates/indicator/english\\_a82f3459-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/suicide-rates/indicator/english_a82f3459-en)
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-threatening Behavior, 26*(3), 237–252.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry, 1*(1), 73–85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Oquendo, M. A., Currier, D., & Mann, J. J. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors?. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 114*(3), 151–158. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x>
- Oquendo, M. A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Burke, A., & Mann, J. J. (2004). Prospective Study of Clinical Predictors of Suicidal Acts After a Major Depressive Episode in Patients with Major Depressive Disorder or Bipolar Disorder. *American Journal of Psychiatry, 161*(8), 1433–1441. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1433>
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment, 8*(4), 443–454. <https://doi.org/10.1177/107319110100800409>

- Osvath, P.; Vörös, V. and Fekete, S. (2004). Life Events and Psychopathology in a Group of Suicide Attempters. *Psychopathology*, 37(1)
- Otsubo, T., Tanaka, K., Koda, R., Shinoda, J., Sano, N., Tanaka, S., Aoyama, H., Mimura, M., & Kamijima, K. (2005). Reliability and validity of Japanese version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(5), 517–526. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2005.01408.x>
- Package for the Social Sciences (SPSS), 2011. *Statistics For Windows, Version 20.0*. IBM Corp, Armonk, NY IBM Corp.
- Panagioti, M., Gooding, P. A., Triantafyllou, K., & Tarrier, N. (2015). Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(4), 525–537. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0978-x>
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 247–253. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.247>
- Parmentier, C., Etain, B., Yon, L., Misson, H., Mathieu, F., Lajnef, M., Cochet, B., Raust, A., Kahn, J. P., Wajsbrot-Elgrabli, O., Cohen, R., Henry, C., Leboyer, M., & Bellivier, F. (2012). Clinical and dimensional characteristics of euthymic bipolar patients with or without suicidal behavior. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 27(8), 570–576. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.05.005>
- Parra-Urbe, I., Blasco-Fontecilla, H., Garcia-Parés, G. et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry* 17, 163 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1317-z>

- Passos, S. M., Souza, L. D., & Spessato, B. C. (2014). High prevalence of suicide risk in people living with HIV: who is at higher risk?. *AIDS Care*, *26*(11), 1379–1382. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.913767>
- Perera, S., Eisen, R., Bawor, M., Dennis, B., de Souza, R., Thabane, L., & Samaan, Z. (2015). Association between body mass index and suicidal behaviors: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, *4*, 52. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0038-y>
- Phillips, M. R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H., & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *The Lancet*, *360*(9347), 1728–1736. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11681-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11681-3)
- Pickles, A., Aglan, A., Collishaw, S., Messer, J., Rutter, M., & Maughan, B. (2010). Predictors of suicidality across the life span: the Isle of Wight study. *Psychological Medicine*, *40*(9), 1453–1466. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991905>
- Placidi, G. P., Oquendo, M. A., Malone, K. M., Brodsky, B., Ellis, S. P., & Mann, J. J. (2000). Anxiety in major depression: relationship to suicide attempts. *The American Journal of Psychiatry*, *157*(10), 1614–1618. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1614>
- Polatöz, Ö., Kuğu, N., Doğan, O., & Akyüz, G. (2011). The prevalence of suicidal behaviour and its correlation with certain sociodemographic variables in Sivas province. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, *24*(1), 13–23. <https://doi.org/10.5350/dajpn2011240102>
- Pollock, L. R., & Williams, J. M. G. (2004). Problem-solving in suicide attempters. *Psychological Medicine*, *34*(1), 163–167. <https://doi.org/10.1017/S0033291703008092>
- Pompili M. (2010). Exploring the phenomenology of suicide. *Suicide & Life-threatening Behavior*, *40*(3), 234–244. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.3.234>
- Pompili, M., Forte, A., Palermo, M., Stefani, H., Lamis, D. A., Serafini, G., Amore, M., & Girardi, P. (2012). Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current

- literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(6), 411–417.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.011>
- Pompili, M., Gonda, X., Serafini, G., Innamorati, M., Sher, L., Amore, M., Rihmer, Z., & Girardi, P. (2013). Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar Disorders*, 15(5), 457–490. <https://doi.org/10.1111/bdi.12087>
- Poorolajal, J., & Darvishi, N. (2016). Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PloS one*, 11(7), e0156348. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156348>
- Popovic, D., Benabarre, A., Crespo, J. M., Goikolea, J. M., González-Pinto, A., Gutiérrez-Rojas, L., Montes, J. M., & Vieta, E. (2014). Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(6), 418–426. <https://doi.org/10.1111/acps.12332>
- Prado, G. (2011). *Futuro imperfecto: dimensión hermenéutico-simbólica del suicidio en la obra de Jorge Semprún*. (Tesis Doctoral inédita). Universidad Ibero-Americana.
- Preuss, U. W., Koller, G., Barnow, S., Eikmeier, M., & Soyka, M. (2006). Suicidal behavior in alcohol-dependent subjects: the role of personality disorders. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 30(5), 866–877. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00073.x>
- Pritchard, C., & Hansen, L. (2005). Comparison of suicide in people aged 65-74 and 75+ by gender in England and Wales and the major Western countries 1979-1999. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(1), 17–25. <https://doi.org/10.1002/gps.1213>
- Pulay, A. J., Stinson, F. S., Ruan, W. J., Smith, S. M., Pickering, R. P., Dawson, D. A., & Grant, B. F. (2010). The relationship of DSM-IV personality disorders to nicotine dependence—results from a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1-2), 141–145. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.12.004>



- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(4), 765–772. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.4.765>
- Qin, P. (2011). The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(11), 1445–1452. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.06.002>
- Qureshi, N., Bethea, J., Modell, B., Brennan, P., Papageorgiou, A., Raeburn, S., Hapgooda, R., y Modell, M. (2005). Collecting genetic information in primary care: evaluating a new family history tool. *Family Practice*, *22*, 663-669. <http://doi.org/10.1093/fampra/cmi073>
- Rancāns, E., Pulmanis, T., Taube, M., Sprinģe, L., Velika, B., Pudule, I., & Grīnberga, D. (2016). Prevalence and sociodemographic characteristics of self-reported suicidal behaviours in Latvia in 2010: A population-based study. *Nordic Journal of Psychiatry*, *70*(3), 195–201. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1077887>
- Razvodovsky, Y., & Stickley, A. (2009). Suicide in urban and rural regions of Belarus, 1990-2005. *Public Health*, *123*(1), 27–31. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.10.003>
- Renberg E. S. (2001). Self-reported life-weariness, death-wishes, suicidal ideation, suicidal plans and suicide attempts in general population surveys in the north of Sweden 1986 and 1996. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *36*(9), 429–436. <https://doi.org/10.1007/s001270170020>
- Riala, K., Taanila, A., Hakko, H., & Räsänen, P. (2009). Longitudinal smoking habits as risk factors for early-onset and repetitive suicide attempts: the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. *Annals of Epidemiology*, *19*(5), 329–335. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2008.12.004>

- Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., Walsh, C. G., & Linthicum, K. P. (2019). Predicting Imminent Suicidal Thoughts and Nonfatal Attempts: The Role of Complexity. *Clinical Psychological Science*, 7(5), 941–957. <https://doi.org/10.1177/2167702619838464>
- Rodríguez-Martos, A. (1986). Cuestionario CAGE. *Drogalcohol*, 11(4), 132-9
- Rossi, A., Alberio, R., Porta, A., Sandri, M., Tansella, M., & Amaddeo, F. (2004). The reliability of the Mini-International Neuropsychiatric Interview. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24(5), 561–563. <https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000139758.03834.ad>
- Roy, A., Carli, V., & Sarchiapone, M. (2011). Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 591–594. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2011.05.006>
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2(5), e141. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020141>
- Salman, D. G. (2011). *Futuro imperfecto: Dimensión hermenéutico-simbólico del suicidio en la obra de Jorge Semprúm*. (Tesis Doctoral inédita). Universidad Ibero-Americana.
- Sampaio, F., Sousa, D. F. De, Christina, D., Pereira, R., Vieira, N. B., Júnior, J. G., ... Neto, R. (2017). Bipolarity and suicidal ideation in children and adolescents: a systematic review with meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 1–8. <http://doi.org/10.1186/s12991-017-0143-5>
- Sampaio, M. S., Vieira, W. A., Bernardino, Í. M., Herval, Á. M., Flores-Mir, C., & Paranhos, L. R. (2019). Chronic obstructive pulmonary disease as a risk factor for suicide: A systematic review and meta-analysis. *Respiratory Medicine*, 151, 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2019.03.018>

- Sánchez-Teruel, D., Muela-Martínez, J.A. & García-León, A. (2015). An Analysis of Suicide Attempts in Jaén Province (Andalusia-Spain). *Psychology, Community & Health*, 4(1), 14–26, <http://dx.doi.org/10.5964/pch.v4i1.102>
- Sankaranarayanan, A., Mancuso, S., Wilding, H., Ghuloum, S., & Castle, D. (2015). Smoking, Suicidality and Psychosis: A Systematic Meta-Analysis. *PloS One*, 10(9), e0138147. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138147>
- Saraçlı, Ö., Atasoy, N., Şenormancı, Ö., Atik, L., Açıkgöz, H. O., Doğan, V., ...Örsel, S. (2016). Childhood trauma and suicide risk in the population living in Zonguldak Province. *Asia-Pacific Psychiatry*, 8(2), 136–144. <https://doi.org/10.1111/appy.12214>
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J., Ten Have, M., & Stein, M. B. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*, 62(11), 1249–1257. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.11.1249>
- Sarró, B & De la Cruz, C. (1991). Los suicidios. Ediciones Martínez Roca.
- Schaffer, A., Isometsä, E. T., Azorin, J. M., Cassidy, F., Goldstein, T., Rihmer, Z., Sinyor, M., Tondo, L., Moreno, D. H., Turecki, G., Reis, C., Kessing, L. V., Ha, K., Weizman, A., Beautrais, A., Chou, Y. H., Diazgranados, N., Levitt, A. J., Zarate, C. A., Jr, & Yatham, L. (2015). A review of factors associated with greater likelihood of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder: Part II of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(11), 1006–1020. <https://doi.org/10.1177/0004867415594428>
- Schaffer, A., Isometsä, E. T., Tondo, L., Moreno, D. H., Sinyor, M., Kessing, L. V., Turecki, G., Weizman, A., Azorin, J. M., Ha, K., Reis, C., Cassidy, F., Goldstein, T., Rihmer, Z., Beautrais, A., Chou, Y. H., Diazgranados, N., Levitt, A. J., Zarate, C. A., Jr, & Yatham,

- L. (2015). Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(9), 785–802. <https://doi.org/10.1177/0004867415594427>
- Schmidtke, A. (1997). Perspective: Suicide in Europe. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 27(1), 127–136. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1997.tb00509.x>
- Scocco, P., & De Leo, D. (2002). One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation and behaviours in an elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 842–846. <https://doi.org/10.1002/gps.691>
- Scocco, P., de Girolamo, G., Vilagut, G., & Alonso, J. (2008). 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*, 49(1), 13–21. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.08.004>
- Serafini, G., Muzio, C., Piccinini, G., & Flouri, E. (2015). Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(12), 1423–1446. <http://doi.org/10.100/s00787-015-0760-y>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22–57.
- Sher L. (2016). Narcissistic personality disorder and suicide. *Psychiatria Danubina*, 28(3), 307.
- Silva, A. C., de Oliveira Ribeiro, N. P., de Mello Schier, A. R., Pereira, V. M., Vilarim, M. M., Pessoa, T. M., Arias-Carrión, O., Machado, S., & Nardi, A. E. (2014). Caffeine and

- suicide: a systematic review. *CNS & Neurological Disorders Drug Targets*, 13(6), 937–944. <https://doi.org/10.2174/1871527313666140612123656>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 37(3), 264–277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>.
- Silverman, M. M., & Felner, R. D. (1995). The place of suicide prevention in the spectrum of intervention: definitions of critical terms and constructs. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 25(1), 70–81.
- Simon, M., Chang, E. S., Zeng, P., & Dong, X. (2013). Prevalence of suicidal ideation, attempts, and completed suicide rate in Chinese aging populations: a systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(3), 250–256. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.05.006>
- Sisask, M., Värnik, A., Kotildelves, K., Bertolote, J. M., Bolhari, J., Botega, N. J., ... Wasserman, D. (2010). Is Religiosity a Protective Factor Against Attempted Suicide: A Cross-Cultural Case-Control Study. *Archives of uicide Research*, 14(1), 44–55. <https://doi.org/10.1080/13811110903479052>
- Soole, R., Kõlves, K., & De Leo, D. (2015). Suicide in Children: A Systematic Review. *Archives of uicide reRsearch: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 19(3), 285–304. <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.996694>
- Shooshtari, M.H., Malakouti, S. K., Panaghi, L., Mohseni, S., Mansouri, N., & Rahimi Movaghar, A. (2016). Factors Associated with Suicidal Attempts in Iran: A Systematic Review. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 10(1), e948. <https://doi.org/10.17795/ijpbs-948>

- Spiegel, B., Schoenfeld, P., & Naliboff, B. (2007). Systematic review: the prevalence of suicidal behaviour in patients with chronic abdominal pain and irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 26(2), 183–193. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2007.03357.x>
- Spijker, J., de Graaf, R., Ten Have, M., Nolen, W. A., & Speckens, A. (2010). Predictors of suicidality in depressive spectrum disorders in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(5), 513–521. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0093-6>
- Statacorp, 2012. *Stata Statistical Software. Release 13*. College Station, Texas.
- Szasz, T.S. (2002). *Libertad fatal. Ética y política del suicidio*. Paidós.
- Tarrier, N., Gooding, P., Pratt, D., Kelly, J., Awenat, Y., & Maxwell, J. (2013). Cognitive Behavioural Prevention of Suicide in Psychosis. *Routledge*. <https://doi.org/10.4324/9780203066881>
- Taylor, P. J., Hutton, P., & Wood, L. (2015). Are people at risk of psychosis also at risk of suicide and self-harm? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45(5), 911–926. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002074>
- Ten Have, M., van Dorsselaer, S., & de Graaf, R. (2013). Prevalence and risk factors for first onset of suicidal behaviors in the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.005>
- Thibodeau, M. A., Welch, P. G., Sareen, J., & Asmundson, G. J. (2013). Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: propensity score matching in two epidemiological samples. *Depression and Anxiety*, 30(10), 947–954. <https://doi.org/10.1002/da.22203>

- Thomas, B. H., Ciliska, D., Dobbins, M., & Micucci, S (2004). A process for systematically reviewing the literature: Providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews on evidence-based Nursing*, 1, 176–184.
- Turecki G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 30(6), 398–408.
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Turner, C.F., Ku, L., Rogers, S.M., Lindberg, L.D., Pleck, J.H., Sonenstein, F.L., (1998). Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: increased reporting with computer survey technology. *Science* 280, 867–873. <https://doi.org/10.1126/science.280.5365.867>.
- Turvey, C. L., Conwell, Y., Jones, M. P., Phillips, C., Simonsick, E., Pearson, J. L., & Wallace, R. (2002). 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*, 10(4), 398–406.
- Truant, G. S., O'Reilly, R., & Donaldson, L. (1991). How psychiatrists weigh risk factors when assessing suicide risk. *Suicide & life-threatening Behavior*, 21(2), 106–114.
- Uwakwe, R., & Gureje, O. (2011). The relationship of comorbidity of mental and substance use disorders with suicidal behaviors in the Nigerian Survey of Mental Health and Wellbeing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(3), 173–180. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0178-2>
- Valmisa Gómez de Lara, E. Alen, M., Amo, M., del Pino, R., Diaz, D., Fernández, Y., García-Cubillana, P., Rodriguez, M., Ruiz, A., Sanchez, L. (2008). *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012*. (PISMA II). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.

- Van Geel, M., Vedder, P., & Tanilon, J. (2014). Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, *168*(5), 435–442. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4143>
- Verona, E., Sachs-Ericsson, N., & Joiner, T. E., Jr (2004). Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *The American Journal of Psychiatry*, *161*(3), 444–451. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.444>
- Vickers, K., & McNally, R. J. (2004). Panic disorder and suicide attempt in the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, *113*(4), 582–591. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.4.582>
- Vijayakumar, L., John, S., Pirkis, J., & Whiteford, H. (2005). Suicide in Developing Countries (2). *Crisis*, *26*(3), 112–119. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.26.3.112>
- Vijayakumar, L., & Rajkumar, S. (1999). Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *99*(6), 407–411. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb00985.x>
- Voss, C., Ollmann, T. M., Miché, M., Venz, J., Hoyer, J., Pieper, L., Höfler, M., & Beesdo-Baum, K. (2019). Prevalence, Onset, and Course of Suicidal Behavior Among Adolescents and Young Adults in Germany. *JAMA Network Open*, *2*(10), e1914386. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14386>
- Wang, B., An, X., Shi, X., & Zhang, J. A. (2017). Management of endocrine disease: Suicide risk in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Endocrinology*, *177*(4), R169–R181. <https://doi.org/10.1530/EJE-16-0952>
- Wang, Y. H., Shi, Z. T., & Luo, Q. Y. (2017). Association of depressive symptoms and suicidal ideation among university students in China: A systematic Review and meta-analysis. *Medicine*, *96*(13), e6476. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000006476>



- Warshaw, M. G., Dolan, R. T., & Keller, M. B. (2000). 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*, *157*(11), 1876–1878. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1876>
- Weiss, J. M. A. (1954). Suicide: An epidemiologic analysis. *The Psychiatric Quarterly*, *28*(1–4), 225–252. <https://doi.org/10.1007/BF01567048>
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Joyce, P. R., Karam, E. G., Lee, C. K., Lellouch, J., Lepine, J. P., Newman, S. C., Rubio-Stipec, M., Wells, J. E., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H. U., & Yeh, E. K. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, *29*(1), 9–17. <https://doi.org/10.1017/S0033291798007867>
- Williams, J. M., Crane, C., Barnhofer, T., Van der Does, A. J., & Segal, Z. V. (2006). Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, *91*(2-3), 189–194. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.01.002>
- Wolford-clevenger, C., Frantell, K., Smith, P. N., Flores, L. Y., & Stuart, G. L. (2018). Correlates of suicide ideation and behaviors among transgender people: A systematic review guided by ideation-to-action theory. *Clinical Psychology Review*, *63*, 93–105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.009>
- World Health Organization. (1992). CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>
- World Health Organization (2012). World suicide prevention. [http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world\\_suicide\\_prevention\\_day/en/](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/)
- World Health Organization. (2013). Comprehensive mental health action plan 2013-2020-2030. [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/)

- World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/)
- World Health Organization (2018). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics Classification of Diseases 11th revision. <https://icd.who.int/en>
- World Health Organization. (2019). Suicide. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- World Health Organization. (2021). Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- World Health Organization (s.f.). World Mental Health Survey Initiative, WMH Survey Initiative. <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>
- Yaseen, Z. S., Chartrand, H., Mojtabai, R., Bolton, J., & Galynker, I. I. (2013). Fear of dying in panic attacks predicts suicide attempt in comorbid depressive illness: prospective evidence from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and anxiety*, 30(10), 930–939. <https://doi.org/10.1002/da.22039>
- Yaworski, D., Robinson, J., Sareen, J., & Bolton, J. M. (2011). The relation between nicotine dependence and suicide attempts in the general population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(3), 161–170. <https://doi.org/10.1177/070674371105600306>
- Yip, P. S. F., Yousuf, S., Chan, C. H., Yung, T., & Wu, K. C. C. (2015). The roles of culture and gender in the relationship between divorce and suicide risk: A meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 128, 87–94. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.034>
- You, S., Van Orden, K. A., & Conner, K. R. (2011). Social connections and suicidal thoughts and behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(1), 180–184. <https://doi.org/10.1037/a0020936>

- Zalpuri, I., & Rothschild, A. J. (2016). Does psychosis increase the risk of suicide in patients with major depression? A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 198*, 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.035>
- Zhang, Jie. (2019). The strain theory of suicide. *Journal of Pacific Rim Psychology, 13*. <https://doi.org/10.1017/prp.2019.19>
- Zhang, J., Li, N., Tu, X. M., Xiao, S., & Jia, C. (2011). Risk factors for rural young suicide in China: a case-control study. *Journal of Affective Disorders, 129*(1-3), 244–251. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.008>
- Zhang, J., Yan, F., Li, Y., & McKeown, R. E. (2013). Body mass index and suicidal behaviors: a critical review of epidemiological evidence. *Journal of Affective Disorders, 148*(2-3), 147–160. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.048>
- Zuckerman, M. (2002). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): an alternative five factorial model. *Big five Assessment, 377-396*.



## **GLOSARIO**



**ACE Group:** Assessment, Classification and Epidemiology Group/ Grupo de Evaluación, Clasificación y Epidemiología.

**APA:** American Psychiatric Association.

**CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades.

**CIDI:** Composite International Diagnostic Interview/ Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta.

**CDC:** National Center for Injury Prevention and Control / Centro Nacional de Prevención y Control de Lesiones

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

**ECA:** Epidemiological Catchment Area Program.

**ESEMED:** European Study on the Epidemiology of Mental Disorders/ Estudio Europeo de Epidemiología de los Trastornos Mentales.

**INE:** Instituto Nacional de Estadística.

**MINI:** Mini-International Neuropsychiatric Interview / Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

**NCS:** National Comorbidity Survey.

**NCS-R:** National Comorbidity Survey Replication.

**NEMESIS:** Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study.

**NIMH:** The National Institute of Mental Health of United States/ Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos.

**OECD:** Organization for Economic Cooperation and Development/ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

**OCDS:** Operational Criteria for the Determination of Suicide/ Criterios Operativos de Determinación del Suicidio.

**PISMA:** Plan Integral de Salud Mental

**PISMA-ep:** Estudio Epidemiológico para el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.

**SCID-P:** Structured Clinical Interview for DSM-IV/ Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud/ World Health Organization.

**WMH Surveys Initiative:** World Mental Health Survey Initiative/ Iniciativa Encuestas Mundiales de Salud Mental



## **ANEXOS**



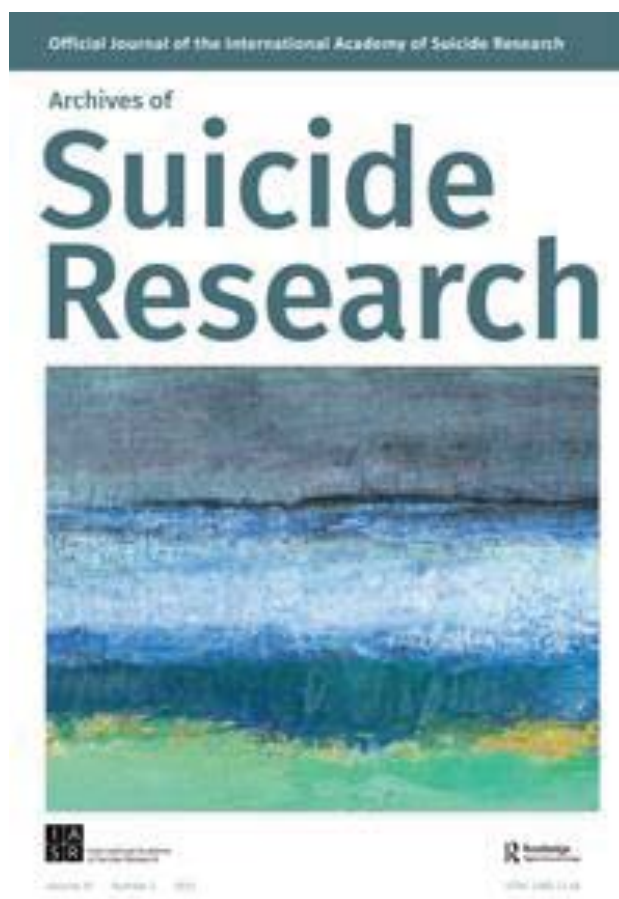
## 7. ANEXO 1

### 7.1. Estudio 1. Artículo “Prevalence of suicidality in the European general population: a systematic review and meta-analysis”

Artículo sobre Prevalencia de la conducta suicida no letal en la población general europea publicado en la revista *Archives of Suicide Research*:

Factor de impacto: 3,033

Cuartil (Psychology, Multidisciplinary): 2º





## Archives of Suicide Research



ISSN: 1381-1118 (Print) 1543-6136 (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/usui20>

# Prevalence of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis

Ma Carmen Castillejos, Paloma Huertas, Paloma Martín & Berta Moreno Küstner


**To cite this article:** Ma Carmen Castillejos, Paloma Huertas, Paloma Martín & Berta Moreno Küstner (2020): Prevalence of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis, Archives of Suicide Research, DOI: [10.1080/13811118.2020.1765928](https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1765928)



**To link to this article:** <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1765928>



 [View supplementary material](#) 

 [Published online: 03 Jul 2020.](#)

 [Submit your article to this journal](#) 

 [Article views: 72](#)


 [View related articles](#) 

 [View Crossmark data](#) 





# Prevalence of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis

Ma Carmen Castillejos , Paloma Huertas, Paloma Martín, and Berta Moreno Küstner

## ABSTRACT

**Objective:** To conduct a systematic review and meta-analysis of the prevalence and variability in suicidality in the general adult population of Europe between 2008 and 2017.

**Methods:** Studies containing original data on suicidality were identified in five electronic databases. Point, 12-month and lifetime prevalences were calculated for various types of suicidality. Pooled prevalence rates were calculated using a random effects model. Subgroup analysis and multivariate meta-regression were also performed.

**Results:** We identified 24 papers containing original data, which provided 97 prevalence rates for suicidality. The pooled point prevalence rate was 3.96% (2.37–5.56), pooled 12-month prevalence 2.9% (1.49–4.32), and pooled lifetime prevalence 5.55% (4.31–6.79). The subgroup analysis showed that lifetime prevalence figures for wishing to be dead and suicidal ideation were higher in areas with a population of less than 3,849 inhabitants and in Eastern Europe. Finally, the multivariate meta-regression showed differences with respect to the period and type of suicidality, lower and upper age thresholds, population size, and study area.

**Conclusion:** Our data showed that approximately 21% of European individuals have wished to be dead at some point during their lifetime. Studies like this are necessary to highlight the need for efforts to prevent and intervene in suicidality.


## KEYWORDS

Epidemiology; prevalence; suicidality

## INTRODUCTION

Suicide is one of the main global causes of death. Globally there were an estimated 793,000 deaths by suicide in 2016, amounting to a global annual, age-standardized suicide rate of 10.5 per 100,000 population (World Health Organization [WHO], 2018a). The WHO has reported that mortality rates in Europe ranged from 2.5 to 31.9 per 100,000 population in 2016.

There are indications that for every adult who dies by suicide there may be more than 20 others who attempt suicide (WHO, 2018b). Suicidal ideation, suicide planning and attempted suicide are usually a prodrome of subsequent completed suicide (Cao et al., 2015). Suicidality (wishing to be dead, suicidal ideation, suicide planning and attempted suicide) is a serious public health and social problem that, unfortunately,

 Supplemental data for this article is available online at at publisher's website.

© 2020 International Academy for Suicide Research

## 8. ANEXO 2

### 8.1. Estudio 2. Artículo “Determinants of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis”

Artículo sobre determinantes de la conducta suicida no letal en la población general europea publicado en la revista *International Journal of Environmental Research and Public Health*:

Factor de impacto: 3,39

Cuartil (Public, Environmental & Occupational Health): 1º





Review

# Determinants of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis

María Teresa Carrasco-Barrios <sup>1</sup>, Paloma Huertas <sup>1,\*</sup>, Paloma Martín <sup>1</sup>, Carlos Martín <sup>2</sup>,  
M<sup>a</sup> Carmen Castillejos <sup>1</sup>, Eleni Petkari <sup>3</sup> and Berta Moreno-Küstner <sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Department of Personality, Assessment and Psychological Treatment, University of Malaga, 29010 Malaga, Spain; maria.teresa.carrasco.barrios@gmail.com (M.T.C.-B.); palomamg1175@gmail.com (P.M.); mccasang@gmail.com (M.C.C.); bertamk@uma.es (B.M.-K.)

<sup>2</sup> Primary Care Center of Marquesado, Área Nordeste de Granada, 18512 Granada, Spain; med000261@hotmail.com

<sup>3</sup> Social and Behavioural Sciences, European University Cyprus 6th Diogenous st., Nicosia 2063, Cyprus; E.Petkari@euc.ac.cy

<sup>4</sup> Biomedical Research Institute of Malaga (IBIMA), 29010 Málaga, Spain

\* Correspondence: palomahuertas@uma.es

Received: 25 April 2020; Accepted: 3 June 2020; Published: 9 June 2020



**Abstract:** Close to one million people commit suicide each year, with suicidal attempts being the main risk factor for suicide. The aim of this systematic review and meta-analysis is to achieve a greater understanding of suicidality in the general population of Europe by studying associated factors and their statistical significance with suicidality, as well as the effect of the temporal moment in which suicidality is observed in a relationship. A search strategy was carried out in electronic databases: Proquest's Psychology Database, Scopus, PsycINFO, Medline and Embase. Odds ratios (ORs), publication bias, influential studies on heterogeneity and analysis moderators were calculated. Twenty-six studies were included after meeting the inclusion criteria. Factors statistically associated with suicidality are female gender, age over 65 years, unemployment, low social support, adulthood adversity, childhood adversity, family history of mental disorder, any affective disorder, major depression, anxiety/stress/somatoform disorders, tobacco and substance use, any mental disorder and body mass index. As a limitation, a high heterogeneity between studies was found. Factors associated with suicidality in the general population are relevant for understanding the suicidal phenomenon. Systematic review registration: PROSPERO (CRD42017075190).

**Keywords:** suicidality; death wishes; suicidal ideation; suicidal plans; suicidal attempts; general population; risk factors

## 1. Introduction

Every year, close to one million people commit suicide, affecting the contexts they belonged to and survivors [1]. According to the same source, there are ten to twenty more suicide attempts than suicides committed. In addition, suicide attempts are the main risk factor for suicide. For this reason, the study of suicidality is especially relevant, as their prevention decreases the risk of a completed suicide.

Suicidality has been conceptualized as a continuum that can progress from death wishes and tiredness of life to suicidal ideation, then to planning and attempts [2]. To understand the differences between the behaviors included in suicidality, the distinction established by Nock and Favazza [3] is useful. These authors define suicidal ideation as "thoughts of engaging in behaviors intended to end one's own life". In this way, they differ from death wishes, which are characterized by being passive. They consider suicide plans as "the [cognitive] formulation of a specific method through which one

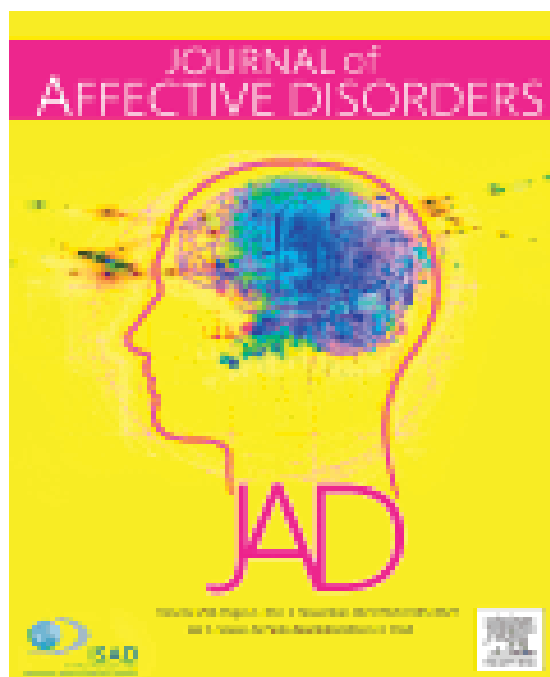
## 9. ANEXO 3

### 9.1. Estudio 3. Artículo “Prevalence and correlates of suicidality in Andalusia (Spain): Results of the epidemiological study PISMA-ep”.

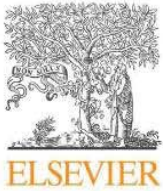
Artículo sobre Prevalencia de la conducta suicida no letal y factores asociados al riesgo suicida en la población general andaluza publicado en la revista *Journal of Affective Disorders*:

Factor de impacto: 4,839

Cuartil (Psychiatry): 1º

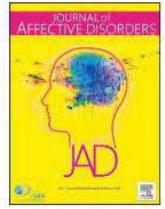






Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/jad](http://www.elsevier.com/locate/jad)

Research paper

## Prevalence and correlates of suicidality in Andalusia (Spain): Results of the epidemiological study PISMA-ep



Paloma Huertas<sup>a</sup>, Berta Moreno-Küstner<sup>b,\*</sup>, Blanca Gutiérrez<sup>c</sup>, Jorge A. Cervilla<sup>c,d</sup>

<sup>a</sup> Department of Personality, Assessment and Psychological Treatment, University of Málaga, Group GAP, Málaga, Spain

<sup>b</sup> Department of Personality, Assessment and Psychological Treatment, University of Málaga, IBIMA, Group GAP, Málaga, Spain

<sup>c</sup> Department of Psychiatry, University of Granada, Granada, Spain

<sup>d</sup> San Cecilio University Hospital, Granada, Spain

### ABSTRACT

**Background:** Suicidality is an important public health problem. Hence, the aims of this study are to report prevalence rates and correlates of suicidality in Andalusia (Southern Spain).

**Methods:** This is a cross-sectional household survey conducted on a representative sample of adults living in Andalusia. 4507 subjects were interviewed using the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) to assess suicidality and standardized instruments were employed to evaluate associated variables. A multivariate logistic regression analysis was used to explore independent associations with suicidality.

**Results:** Current prevalence of suicidality was 6.4%, 4.4% showed death wish, 1.4% had ideas of self-harm, 2.4% had suicidal thoughts, 1.1% had a suicidal plan, 0.6% had attempted suicide during the month prior to the interview, and, lastly, 2.6% reported to have had any sort of suicide attempt during his/her previous life. Independent factors associated with suicidality were being female, older age, not having a stable couple, lower levels of social support, having had physical childhood abuse experience, having experienced an increasing number of stressful life events, higher neuroticism scores, having a family history of mental disorder and nicotine or drugs dependence.

**Limitations:** The instrument employed to measure suicidality is a screening tool rather than a more in-depth diagnostic measure. We have not included all potential correlates of suicidality. This is a cross-sectional study which cannot establish causal relationships between exposures and outcomes.

**Conclusions:** This is the first epidemiological study in Andalusia on suicidality offering important results of clinical interest for suicide prevention.

### 1. Background

Suicide is a very important public health problem. According to the World Health Organization (WHO) over 800,000 people die due to suicide every year. For each person who dies by suicide, more than 20 others attempt suicide. In fact, suicide attempts are an important risk factor for subsequent suicide (WHO, 2019). If relatives, friends and the community of the person who attempts suicide or commit suicide are taken into account, millions of people are affected worldwide by this phenomenon every year (Pitman et al., 2014; Cerel et al., 2019; WHO, 2019). A worldwide systematic review (Nock et al., 2008b) showed that for adults, the lifetime prevalence of suicidal ideation ranged from 3.1–56%; suicide planning ranged between 0.9–19.5% and suicide attempts ranged between 0.4–5.1%. A recent meta-analysis of epidemiological studies about suicidal behavior of the general population in Europe developed by our research group concluded that for point prevalence, the rate for all suicidal behavior was 3.96% (2.37 – 5.56), for death wishes 1.8% (0.95 – 2.12), for suicidal ideation 5.28% (3.5 – 7.06), and for suicidal attempt 0.63% (–0.09 – 1.36) (Castillejos

et al., 2020). The Table 1 details prevalence of suicidality and its different components in European studies.

Concerning risks factors for suicidality, data collected in epidemiological studies round the world indicate that suicidal behavior is associated with a variety of demographic, psychosocial and clinical factors (Nock et al., 2008b; Simon, 2010). A well-established correlated factor for suicidal risk is the presence of mental disorders (Mann et al., 2005; Bebbington et al., 2009; Nock, 2009; Koyanagi et al., 2015; Lara et al., 2015). Substance abuse as a risk factor has been examined additionally in many studies (Miret et al., 2013; Hardt et al., 2015; Hiswals et al., 2015). Other factors, like age (Rancans et al., 2016), gender (Gisle and Van Oyen, 2013), marital status (Forkman et al., 2012), employment status (Economou et al., 2013), adverse childhood experience (ten Have et al., 2013; Yip et al., 2015), stressful life event (Osvath et al., 2004; Nock et al., 2008a), poor physical health (Hawton and van Heeringen, 2009) or family psychiatric history (Saracli et al., 2016) among others, also constitute risk factors for suicidality.

Spain has participated in the European Study of the Epidemiology of

\* Corresponding author.

E-mail address: [bertamk@uma.es](mailto:bertamk@uma.es) (B. Moreno-Küstner).

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.115>

Received 23 September 2019; Received in revised form 6 December 2019; Accepted 20 January 2020

Available online 22 January 2020

0165-0327/ © 2020 Published by Elsevier B.V.