

VARIABLES DEMOGRÁFICAS QUE PREDICEN EL INTENTO DE SUICIDIO EN POBLACIÓN LOCAL ESPAÑOLA

DAVID SÁNCHEZ-TERUEL¹, M^a AUXILIADORA ROBLES-BELLO²

Recibido para publicación: 10-09-2019 - Versión corregida: 06-10-2019 - Aprobado para publicación: 03-12-2019

Sánchez-Teruel D, Robles-Bello M^aA. **Variables demográficas que predicen el intento de suicidio en población local española.** *Arch Med (Manizales)* 2020; 20(1):107-5. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.20.1.3468.2020>

Resumen

Objetivo: esta investigación pretende estudiar las variables epidemiológicas relacionadas con la tentativa y el reintento de suicidio y si entre ellas los trastornos de ansiedad son importantes. En la conducta suicida existen fases previas menos investigadas que son altamente predictivas del suicidio consumado, como son los intentos o reintentos de suicidio. **Materiales y métodos:** consistió en recoger datos digitales en los servicios de urgencias hospitalarias durante 26 meses. **Resultados:** los resultados obtenidos por un proceso de regresión logística binaria muestran que el grupo de personas que han realizado más de una tentativa de suicidio son mujeres ($\beta = 0,36$; OR=2,70; I.C. 95%), entre 34 y 53 años de edad ($\beta = 0,31$; OR=6,99; I.C. 95%), desempleadas ($\beta = 0,43$; OR=4,98; I.C. 95%), con trastorno de ansiedad previo ($\beta = 0,83$; OR=3,95; I.C. 95%), que utilizan métodos únicos ($\beta = 0,23$; OR=4,72; I.C. 95%) y que suelen darle el alta en los servicios sanitarios de urgencias ($\beta = 0,42$; OR=6,89; I.C. 95%). **Conclusiones:** se discute la necesidad de realizar protocolos sanitarios específicos para la prevención de la tentativa de suicida adaptados a las características psicosociales y clínicas de este colectivo, mejorando a su vez las actuaciones sanitarias de urgencia existentes para los reintentos de suicidio como prevención del suicidio consumado.

Palabras clave: urgencias médicas, ansiedad, protocolos clínicos, suicidio.

Archivos de Medicina (Manizales) Volumen 20 N° 1, Enero-Junio 2020, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874, Sánchez-Teruel D., Robles-Bello M^aA.

- 1 Doctor en Psicología Clínica. Universidad de Córdoba-Facultad de Ciencias de la Educación-Departamento de Psicología- Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Alberto Magno s/n; Planta Alta-708 14071-Córdoba (ESPAÑA). Córdoba, España. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8996-0216> Correo e.: dsteruel@uco.es.
- 2 Doctora en Psicología Clínica y de la Salud. Universidad de Jaén- Facultad de Ciencias de la Educación-Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén (España). Paraje Las Lagunillas, s/n, C5-223, 23071- Jaén (ESPAÑA). Jaén, España. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4317-177X> Correo e.: marobles@ujaen.es. Autor para correspondencia

Demographic variables that predict suicide attempts in the local Spanish population

Summary

Objective: *this research intends to study the epidemiological variables related to the attempt and the suicide retry and if it enters them the anxiety disorders are important. In suicidal behavior there are less investigated previous phases that are highly predictive of completed suicide such as suicide attempts or retries.* **Materials and methods:** *consisted in the collection of digital data in the hospital emergency services for 26 months.* **Results:** *the results obtained by a binary logistic regression process show that the group of people who have made the most suicide attempt are women ($\beta = 0.36$, OR = 2.70, 95% CI), between 34 and 53 years of age ($\beta = 0.31$, OR = 6.99, 95% CI), unemployed ($\beta = 0.43$, OR = 4.98, 95% CI), with previous anxiety disorders ($\beta = 0.83$; OR = 3.95, 95% CI), who use unique methods ($\beta = 0.23$, OR = 4.72, 95% CI) and who usually discharge them in emergency healthcare services ($\beta = 0.42$; OR = 6.89, 95% CI).* **Conclusions:** *the need to carry out specific sanitary protocols for the prevention of attempted suicide adapted to the psychosocial and clinical characteristics of this group is discussed, improving in turn the existing emergency health actions for the suicide attempts as prevention of the consummated suicide.*

Keywords: *emergencies, anxiety, clinical protocols, suicide.*

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (WHO) (2018) [1], el suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte no accidental en el mundo entre personas de mediana edad, aunque no reporta datos respecto a las tentativas de suicidio.

Tras un intento de suicidio, algunos estudios (Jiménez-Pietropaolo et al. 2011) [2] han alertado que las variables de riesgo más frecuentes de carácter sociodemográfico o clínico no eran suficientemente valoradas en los servicios de urgencias hospitalarias. También, determinadas administraciones sanitarias enfatizan la necesidad de publicar guías a favor de la prevención de los intentos de suicidio (WHO, 2018) [1,3,4]. Sin embargo, actualmente dichas recomendaciones no han tenido suficiente calado en algunos profesionales de urgencias (Huisman et al, García-Nieto et al., 2012)

[5,6], debido a la intensa heterogeneidad de variables de riesgo según territorios y zonas de actuación sanitaria (WHO, 2018; Miret et al, 2010; European Union, 2008) [1,7,8].

Los trastornos de ansiedad no se han considerado como determinantes importantes del suicidio, pero últimamente aparecen trabajos que dicen lo contrario (Bentley et al., 2016) [9]. Hallazgos recientes comunican que los trastornos de ansiedad aumentan el riesgo de suicidio De la Vega et al. 2018 [10]. De manera similar el trastorno de ansiedad generalizada fue el trastorno de ansiedad más frecuente en los suicidios completos (presente en el 3% de las personas que se suicidaron) y también estaba claramente relacionado con la ideación del suicidio (INE, 2017) [11].

De ahí, que el objetivo del presente estudio sea describir las variables sociodemográficas que predicen el intento de suicidio en una

provincia de España y comprobar así cuáles son más predictivas para realizar una tentativa suicida, analizando si entre ellas se encuentran los trastornos de ansiedad.

Materiales y métodos

Población

La muestra fue seleccionada de entre el total de personas que acceden al servicio de urgencias de dos hospitales comarcales a lo largo de 26 meses (1 de noviembre de 2015 a 31 de diciembre de 2017), formando parte de un estudio más global. Los criterios de inclusión fueron: Entre 18 y 94 años y con diagnóstico principal de “*conducta autolítica*”, “*tentativa suicida*” o “*intento de suicidio*”. Durante el periodo de estudio 682 personas intentaron suicidarse, con una edad entre 18 y 77 años ($M = 32,5$; $DT = 13,01$) y donde 426 (62,4%) eran mujeres. Se ha respetado en todo momento la L.O.P.D. (Ley Orgánica de Protección de Datos) 15/1999 (13 de Diciembre de 1999), eliminando datos personales y sustituidos por un código para cada participantes. Se obtuvieron previamente los informes favorables de la Comisión de Ética de la Investigación de la Universidad y del Comité de Ética de la Investigación del Servicio Público de Salud de la Comunidad Autónoma de pertenencia (España) en función de Declaración de Helsinki.

Variables e instrumentos de evaluación

La variable dependiente (VD) es el reintento de suicidio (sí o no), y las variables independientes (VIs) son las variables sociodemográficas, clínicas (que incluyen los diferentes trastornos de ansiedad) y la actuación sanitaria llevada a cabo en el servicio de urgencias.

El personal sanitario de los servicios de urgencias fue imprescindible para realizar este estudio. Fue previamente entrenado, y su ayuda consistió en obtener los datos relativos a las

personas que habían realizado alguna tentativa suicida. Estos datos fueron recogidos de los registros telemáticos de salud adecuados según Miret et al. (2010) [7], utilizando un programa informático implementado en todos los servicios sanitarios del territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía, incluidos los servicios de urgencias de los dos centros hospitalarios analizados. En la tabla 1 se enumeran las variables cuantificadas y recolectadas de los registros clínicos.

Procedimiento

Se solicitó permiso para la realización del estudio al Comité de Bioética y gerentes de hospitales, cubriendo una media de 280.987 habitantes. Posteriormente, se solicitó la colaboración de personal sanitario de urgencias y se les entrenó para recopilar datos de las variables de interés. Durante aproximadamente seis meses en el año 2017 y según la disponibilidad del personal sanitario colaborador, se registraron los datos sociodemográficos y clínicos objeto de este estudio de las personas que fueron admitidas por el servicio de urgencias de ambos hospitales y que cumplían los criterios de inclusión mencionados. Para controlar los posibles sesgos y garantizar la confiabilidad de los datos recolectados se utilizó un riguroso procedimiento de registro de pacientes asignándole un número a cada registro para impedir que se pudiera revelar ningún dato sobre la identidad.

Análisis estadísticos

Para detectar la existencia de relaciones entre variables sociodemográficas medidas en escala nominal se calculó chi cuadrado para la edad, variable medida en escala numérica, ANOVA. Posteriormente, se realizó un análisis de regresión logística binaria con método intro para las diferentes variables, donde el nivel de significación requerido fue de $p < 0,05$. El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante el paquete estadístico IBM SPSS versión 22.0 (IBM Corp.).

Resultados

La descripción de los resultados referidos a variables sociodemográficas y clínicas (Tabla 1) muestra que la mayoría de personas que han realizado una tentativa de suicidio son mujeres (426-62,4%), existiendo diferencias en el sexo en la muestra ($\chi^2 = 12,14$; $p < 0,05$). Respecto a la edad de las personas que han intentado suicidarse, casi el 49,8% (340 personas) está comprendido entre los 18 y los 47 años. Si se incluye a las personas entre 48 y 57 años, se puede llegar al 68,9% (470 personas), no existiendo diferencias en edad en esta muestra ($F = 4,78$; $p > 0,05$). Tampoco existen diferencias en la muestra en personas que han realizado una tentativa suicida según el estado civil ($\chi^2 = 2,98$; $p > 0,05$).

Existe una importante cantidad de personas que han realizado una tentativa de suicidio que no presentaban diagnóstico previo de salud mental (125-18,3%) o que presentaban previamente un trastorno de ansiedad generalizada (233-34,1), con diferencias en esta variable en la muestra ($\chi^2 = 17,22$; $p < 0,05$). También existe una importante cantidad de personas en situación de desempleo (430-63,1%), con diferencias en este aspecto ($\chi^2 = 14,01$; $p < 0,05$).

Respecto a los métodos empleados para la tentativa suicida, los resultados muestran que los métodos únicos (642-73,4%) fueron más frecuentes que los métodos combinados (233-26,6%) (Tabla 2). Se detecta una relación significativa entre el método utilizado para el intento y el sexo ($RV_{(3)} = 14,731$; $p = 0,02$). La ingesta de tóxicos (fármacos, líquidos no aptos para la ingesta o pesticidas) se convierte en el método de suicidio más frecuentemente elegido por las mujeres (60,25%), frente a la precipitación y golpes, utilizado por una gran mayoría de hombres (75%).

Respecto al número de tentativas suicidas repetidas (reintentos), es decir, personas que han presentado más de un intento de suicidio, los datos recogidos reportan 322 tentativas de

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

	n(%)	Estadístico contraste	p
Sexo			
Mujeres	426(62,4)	12.14**	.02***
Hombres	256(37,6)		
Edad			
De 18 a 27 años	86(12,6)	4.78*	.54
De 28 a 37 años	96(14,1)		
De 38 a 47 años	158(23,1)		
De 48 a 57 años	130(19,1)		
De 58 a 67 años	117(17,2)		
De 68 a 77 años	95(13,9)		
Estado civil			
Soltero	216(31,6)	2.98**	.97
Casado	185(27,1)		
Separado/divorciado	151(22,2)		
Pareja de hecho	91(13,4)		
Viudo	39(5,7)		
Ansiedad previa			
Trastorno de Ansiedad Generalizada	233(34,1)	17.22**	.001****
Ansiedad Social	64(7,7)		
Trastornos de Pánico	53(13,4)		
Trastornos Dismórficos	106(15,5)		
Trastorno Obsesivocompulsivo	75(11,0)		
Sin diagnóstico previo	125(18,3)		
Situación laboral			
Desempleado	430(63,1)	14.1**	.001****
Ocupado	252(36,9)		
TOTAL	682		

*Estadístico ANOVA (F); **Estadístico χ^2 ; *** $p < .05$; **** $p < .01$

Fuente: Elaboración propia.

suicidio repetidas durante el periodo de estudio, realizadas por 128 personas diferentes (19% sobre el total) (Tabla 3). En cuanto al tipo de actuación sanitaria (Figura 1) sobre el paciente que realiza una tentativa suicida, del total de las tentativas suicidas (876 tentativas) a un 47,42% (415) se les da el alta en el servicio de urgencias. Un 22,1% (193) sobre el total de tentativas suicidas fueron valorados como más graves de lo habitual y se derivaron, según su lugar de nacimiento al hospital con servicio

especializados de Salud Mental más cercano de su lugar de residencia, para su ingreso. Se observa una relación significativa entre el tipo de actuación sanitaria que se realiza tras el intento y el método utilizado para el suicidio ($RV_{(12)} = 20,603$; $p = 0,05$). Así, a más de la mitad de las personas que han intentado suicidarse

Tabla 2. Datos específicos sobre método (único/combinado) de intento de suicidio (período 26 meses)

Método único	Número de intentos (%)
Ingesta de medicamentos (IM)	373 (58,1)
Corte de venas en muñecas (CVM)	97 (15,1)
Autolesiones en antebrazo	30 (4,7)
Ahorcamiento	29 (4,5)
Precipitación	24 (3,7)
Corte con un cuchillo	21 (3,3)
Corte en cuello y brazo	13 (2)
Golpe en la cabeza	12 (1,9)
Sobredosis de insulina	10 (1,5)
Ingesta de lejía	9 (1,4)
Herida punzante en tórax	7 (1,1)
Ingesta de champú	2 (0,3)
Otros métodos	15 (2,3)
Total métodos únicos	642
Método combinado	Número de intentos (%)
Ingesta de medicamentos y alcohol (IM+A)	98 (42,1)
Ingesta medicamentos, alcohol y drogas (IM+A+D)	31 (13,3)
Ingesta de medicamentos y corte de venas	24 (10,3)
Corte de venas y precipitación	22 (9,4)
Precipitación e ingesta de medicamentos y alcohol	21 (9)
Corte de venas e ingesta de alcohol	19 (8,2)
Ingesta de medicamentos y lesiones en antebrazo	18 (7,7)
Total métodos combinados	233

Fuente: Elaboración propia.

utilizando la ingesta de tóxicos (fármacos, líquidos no aptos para la ingesta o pesticidas) o la autolesión, se les da el alta (57,10%). Sin embargo, cuando el método de intento es la precipitación y golpes o la combinación de varios métodos, las personas suelen ser derivadas al centro hospitalario con servicio especializado en salud mental (41,66% precipitación y golpes y 60% combinación de varios).

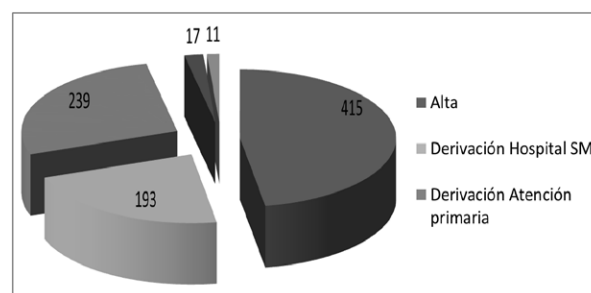


Figura 1: Tipo de actuación sanitaria sobre el paciente que ha sufrido una tentativa suicida (26 meses).

Fuente: Elaboración propia.

Del análisis de la predicción de las variables independientes sobre la variable dependiente dicotómica (intento y reintento de suicidio), los resultados muestran (Tabla 4) un coeficiente beta (β) con carácter positivo en variables como el sexo y la edad y por otra parte las variables clínicas como la ansiedad previa, situación laboral, método de intento y actuación sanitaria) (desde 0,23 a 0,83). Esto se puede interpretar en el sentido de que todas esas variables están informando que son un factor de riesgo siendo un buen predictor del reintento de suicidio, lo cual se observa en $H_0: \beta = 0$ porque p está entre 0,00 y 0,02. En concreto, los valores beta y las odds ratio (IC 95%) indican que las variables ser mujer, edad (entre 34 y 53 años), con

Tabla 3. Número de personas y número de intentos repetidos (reintentos)

Nº personas con intentos repetidos y género	Total (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)
Nº personas lo intentaron 2 veces	108 (84,4)	71 (65,7)	37 (34,3)
Nº personas lo intentaron entre 3 y 5 veces	14 (10,9)	11 (78,6)	3 (21,4)
Nº personas lo intentaron 6 veces o más	6 (4,7)	5 (83,3)	1 (16,7)
Total personas con intentos repetidos	128		

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Valores de la ecuación de regresión para las variables sociodemográficas, clínicas, método y actuación en personas con 2 o más reintentos de suicidio (N= 128)

	β	SE	Wald	p	g.l.	O.R.	I.C. (95%) para O.R	
							L.I.	L.S.
Sexo (mujer)	0,36	0,17	4,41*	.0031	1	2,70	2,23	3,11
Edad (34-53 años)	0,31	0,03	6,73**	0.001	1	6,99	5,45	8,01
Ansiedad previa	0,83	0,07	3,34**	0.001	1	3,95	2,40	4,01
situación laboral (desempleada)	0,43	0,11	7,28*	.0027	1	4,98	1,62	2,45
Método único (IM)	0,23	0,01	4,78*	.0101	1	4,72	3,22	4,98
Actuación urgencias (alta)	0,42	0,29	6,45*	.002	1	6,89	1,29	8,11

β = coeficiente beta; SE = error Estándar; Wald = estadístico de potencia de contraste; p = Nivel de significación; *p<0,05 ** p<0,01; ns = no significativo; O.R. = Odds Ratio o resultado de la ecuación de regresión-Exp.(β).

Fuente: Elaboración propia.

ansiedad previa, encontrarse en situación de desempleo, utilizar un método único de suicidio (ingesta de medicamentos) serían los factores sociodemográficos y clínicos que promueven, con una mayor probabilidad, realizar un reintento de suicidio en la población valorada. Pero, además, los resultados obtenidos reflejan que la actuación sanitaria de urgencias en este colectivo suele ser dar el alta.

Discusión

Este estudio muestra que los factores de riesgo sociodemográficos y clínicos en tentativas de suicidio ofrecen un perfil claro. Así, los tramos de edad de mayor vulnerabilidad respecto a la tentativa, vienen a corroborar lo que algunos autores (Baca-García *et al.*, 2010; Patton *et al.*, 2009) [12,13] y organizaciones nacionales e internacionales (WHO, 2018; MSPSI, 2011; European Union, 2008) [1,3,8] plantean que las etapas vitales de mayor peligrosidad se encuentran entre la juventud y mediana edad (en ambos sexos), lo cual se explicaría por considerar ese tramo de edad como un factor vulnerable, donde la persona se expone a algunas situaciones adversas como problemas académicos o laborales, problemas de pareja o problemas con los iguales que elevan las tasas de estrés y generan la aparición de trastornos emocionales o psicológicos o agrave los existentes.

Por otro lado, este estudio va en la línea del trabajo de la WHO (2018) [1] según el cual es

más frecuente que entre las mujeres existan más intentos de suicidio que entre los hombres y que los métodos de intento son diferenciales según género. Una de las principales razones utilizadas para explicar esta diferencia es que los hombres, como pauta general, no busquen ayuda, o lo hagan menos frecuentemente ante las situaciones de sufrimiento o problemáticas ante algún trastorno psicológico y también que los hombres suelen utilizar métodos altamente letales, fundamentalmente ahorcamiento, armas de fuego y envenenamiento con pesticidas, casi siempre muy relacionados con la disponibilidad del medio a utilizar, mientras que las mujeres utilizan otros medios como el envenenamiento con pastillas y la precipitación desde las alturas. Todas estas diferencias entre sexos, en el método utilizado para la tentativa, podría justificar el que medidas preventivas con diferenciación sexual del tipo: en mujeres, restricción de medicamentos y tóxicos, y en hombres, dificultad de acceso a métodos letales (protección en edificios altos, puentes, restricción en armas de fuego o pesticidas) y programas de educación emocional, sobre todo modificar la asociación entre expresión emocional o pedir ayuda ante problemas de cualquier índole y sintomatología de debilidad, podrían todos ellos, ser instrumentos terapéuticos eficaces que evitarían, a corto plazo, tentativas suicidas, y a largo plazo, podrían salvar vidas. Por lo tanto, hay que tener presente los resultados en cuanto a los datos

sociodemográficos ya que algunos de ellos son de gran interés y nos avisan del alto riesgo de suicidio tras una tentativa suicida, el tener en cuenta el sexo, la edad y método de intento utilizado y las situaciones adversas sufridas. Esto ayudaría a revelar cuales son los factores sociodemográficos de especial riesgo suicida en contextos geográficos concretos (Pillai *et al.*, 2009; Hawton *et al.*, 2002) [14,15], para poner en marcha acciones de prevención de la tentativa suicida de una forma más certera.

La literatura científica plantea que las tentativas suicidas podrían representar un período transitorio de petición de socorro y ser, en algunos casos, un importante indicador de problemas de salud mental y riesgo real de muerte por suicidio (Beghi *et al.*, 2010; Urnes, 2009) [16,17]. De hecho, muchas personas que han conseguido matarse a sí mismas habían acudido a un médico el mes anterior a su muerte (Cañón -Buitrago *et al.*, 2016; Zhang *et al.*, 2019) [18,19]. Los resultados de este estudio revelan que a la mayoría de personas admitidas en servicios de urgencias por tentativa suicida se les da el alta. Estos resultados podrían explicarse porque no existe personal especializado (psiquiatra o psicólogo) en los servicios de urgencias, por lo que no se ponen en marcha procesos de cribado (científicamente validados) que valoren el impacto de las características sociodemográficas y clínicas de la persona que ha intentado suicidarse. Además, parecen priorizarse de forma inmediata las actuaciones sanitarias para el tratamiento de las secuelas físicas producidas por el intento, según el método de suicidio empleado. Así, este trabajo demuestra que se da el alta más frecuentemente cuando el método de intento de suicidio presenta un menor grado de letalidad (ingesta de tóxicos), que cuando el método de suicidio puede producir mayor número y gravedad de secuelas (precipitación y golpes o combinación de varios métodos), produciéndose en estos últimos casos el ingreso inmediato en el hospital. De ahí que, teniendo en cuenta el método preferido de

suicidio según el sexo, a más del 65% de las mujeres que han intentado suicidarse durante el periodo de estudio se les ha dado el alta, en contrapartida con el 35% de los hombres. En definitiva, estos datos informan de que es urgente y necesaria la puesta en práctica de protocolos o actuaciones sanitarias específicas en los servicios de urgencias para diagnosticar el nivel de gravedad de las tentativas suicidas realizadas por las personas que acuden tras un intento fallido; sin duda, esta medida podría disminuir el número de tentativas que se producen y prevenir el suicidio consumado sobre todo en mujeres.

Según diversos estudios (MacMillan *et al.*, 2010; Beghi *et al.*, 2017) [4,16] cuando se produce más de una tentativa por parte de una persona existe un alto riesgo de muerte por suicidio durante por lo menos los dos años siguientes al primer intento. Si además se suman otras variables de riesgo (Zhang *et al.*, 2019) [19], puede afirmarse que aproximadamente, entre los 6 y 12 meses próximos tras el primer intento esta persona intentará quitarse de nuevo la vida, siendo este intento probablemente letal (WHO, 2018) [1]. Esta investigación muestra que las variables sociodemográficas o clínicas más predictivas de un reintento de suicidio próximo son ser mujer, tener entre 34 y 53 años, encontrarse en situación de desempleo, tener un diagnóstico previo de trastorno de ansiedad, utilizar el corte de venas como método de intento y darle el alta en servicio de urgencias. Con respecto a la ansiedad, los resultados están de acuerdo con estudios previos de meta-análisis en los que se descubre que la ansiedad es un predictor estadísticamente significativo tanto para la ideación suicida como los intentos de suicidio, aunque a diferencia de este trabajo no para las muertes (INE, 2017) [11].

Es apremiante la necesidad de implementar protocolos de intervención específicos en los servicios de urgencias hospitalarios para aquellas personas que hayan realizado alguna

tentativa de suicidio, porque parecen presentar un perfil sociodemográfico y clínico concreto. Uno de estos protocolos podría consistir en ofrecer a estas personas con alto riesgo ayuda psicológica especializada, junto con algún mecanismo telemático (internet, móvil, etc...) o de carácter electrónico (de aviso inmediato a familiares o personal de emergencias sanitarias) en fases iniciales de la ideación suicida, para prevenir reintentos de suicidio con peor pronóstico.

Una de las limitaciones de esta investigación consiste en que no existe la posibilidad de crear grupos de comparación apropiados por la naturaleza de los sujetos registrados. Otra limitación es que la recolección de información sólo se ha realizado sobre dos distritos clínicos de la provincia de Jaén, existiendo cuatro diferentes. Por lo tanto, los resultados obtenidos pueden ser menos generales para los intentos de suicidio en otras áreas geográficas autónomas o nacionales. Sin embargo, este estudio también establece algunos puntos de vista futuros que podrían ser interesantes para otros investigadores. La primera sería la posibilidad de crear

grupos para comparar personas de diferentes distritos clínicos, provincias o comunidades autónomas de España. Esto ofrecería una visión epidemiológica sobre los intentos de suicidio para que se implementen posibles medidas públicas de prevención sobre este comportamiento. Además, sería interesante investigar la posibilidad de implementar sistemas de registro digitalizados en tiempo real que muestren de forma específica y detallada los intentos de suicidio a nivel autonómico, provincial y nacional al igual que los suicidios consumados, ofreciendo una visión global pero a la vez contextualizada para dar la posibilidad de extrapolar medidas preventivas adecuadas y prácticas positivas en áreas y colectivos concretos.

Agradecimientos

Por su colaboración y apoyo se agradece a los Hospitales Neurotraumatológico de Jaén y de San Agustín de Linares (Jaén-España).

Conflictos de interés: sin conflictos de interés.

Fuentes de financiación: sin fuentes de financiación.

Literatura citada

1. World Health Organization-WHO. **Preventing suicide: A community engagement toolkit**. Washington, DC: World Health Organization; 2018.
2. Jiménez-Pietropaolo J, Martín S, Pacheco T, Pérez-Iñigo JL, Robles JI, Santiago P, et al.. **Guía para la detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental**. Madrid: Comunidad de Madrid; 2011.
3. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad-MSPSI. **Guía de Práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida: Evaluación y Tratamiento**. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2011.
4. McMillan KA, Asmundson GJG, Sareen J. **Comorbid PTSD and social anxiety disorder: associations with quality of life and suicide attempts**. *J Nerv Ment Dis* 2017; 205(9):732-7. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000704
5. Huisman, A, Kerhorf, AJ, Robben, PB. **Suicides in users of mental health care services: treatment characteristics and hindsight reflections**. *Suicide Life Threat Behav* 2011;41-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278X.2010.00015.x>
6. García-Nieto R, Parra Uribe I, Palao D, López-Castroman J, Sáiz PA, et al **Protocolo breve de evaluación de suicidio: fiabilidad interexaminadores**. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2012; 5:24-36.
7. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Corton E, Jimenez-Arriero MA, et al. **Differences between younger and older adults in the structure of suicidal intent and its correlates**. *The Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18(9):839-47. DOI: 10.1097/JGP.0b013e3181d145b0
8. European Union. **European Pact for Mental Health and Well-being. European Union high-level conference**. Brussels: European Union; 2008.

9. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, et al. **Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review.** *Clin Psychol Rev* 2016; 43:30–46. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.11.008
10. De-La-Vega D, Giner L, Courtet, P. **Suicidality in Subjects With Anxiety or Obsessive-Compulsive and Related Disorders: Recent Advances.** *Curr Psychiatry Rep* 2018; 20(4):26. DOI: 0.1007/s11920-018-0885-z
11. Instituto Nacional de Estadística-I.N.E. **Padrón municipal de habitantes en España.** Madrid: INE; 2017.
12. Baca-García E, Perez-Rodriguez MM, Keyes KM, Oquendo MA, Hasin DS, et al.. **Suicidal ideation and suicide attempts in the United States: 1991–1992 and 2001–2002.** *Mol Psychiatry* 2010;250-259. DOI: 10.1038/mp.2008.98
13. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, et al. **Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data.** *The Lancet* 2009; 374(9693):881-92. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60741-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60741-8)
14. Pillai A, Andrews T, Patel V. Violence. **Psychological distress and the risk of suicidal behaviour in young people in India.** *Int J Epidemiol* 2009; 38(2):459–469. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyn166>
<http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyn166>
15. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. **Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England.** *BMJ* 2002; 325:1207–1211. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1207>
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1207>
16. Beghi M, Rosenbaum JF. **Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: a critical appraisal.** *Curr Opin Psychiatry* 2010; 23(4):349–355. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32833ad783
17. Urnes O. **[Self-harm and personality disorders].** *Tidsskr Nor Laegeforen* 2009; 129(9):872–876.
18. Cañón-Buitrago, SC, Garcés-Palacios S, Echeverri-Díaz J, Bustos-González E, Pérez-Urbe V, Aristizábal-López MA. **Autopsia psicológica: una herramienta útil en la caracterización del suicidio.** *Arch Med (Manizales)* 2016; 16(2):410-21. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.16.2.1067.2016>
19. Zhang, J, Xinxiac, L, Led, F. **Cined effects of depression and anxiety on suicide: A case-control psychological autopsy study in rural China.** *Psychiatry Research* 2019; 271: 370–373. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.11.010

