



Estudio de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid



Coordinadores.

José Luis Ayuso Mateos (Universidad Autónoma de Madrid y Hospital Universitario de La Princesa)

Jerónimo Saiz Ruiz (Universidad de Alcalá y Hospital Universitario Ramón y Cajal)

Consuelo Morant (Oficina Regional de Salud Mental. Consejería de Sanidad).

Enrique Baca García (Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid y Universidad de Columbia)

Marta Miret (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM y Universidad Autónoma de Madrid)

Roberto Nuevo (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM y Universidad Autónoma de Madrid)

Oficina Regional de Salud Mental. Consejería de Sanidad.

Francisco Ferre Navarrete

María Dolores Crespo Hervás

Responsables en los hospitales participantes.

Miguel Ángel Jiménez-Arriero (Hospital Universitario 12 de Octubre)

Juan José López-Ibor (Hospital Clínico San Carlos)

Blanca Reneses (Hospital Clínico San Carlos)

Enrique Sainz-Cortón (Hospital General Universitario Gregorio Marañón)

Roberto Berrueco (Hospital General Universitario Gregorio Marañón)

Jerónimo Saiz-Ruiz (Hospital Universitario Ramón y Cajal)

Angela Ibáñez (Hospital Universitario Ramón y Cajal)

Estudio de campo.

María López (Universidad Autónoma de Madrid)

María Reneses (Universidad Autónoma de Madrid)

Mónica Jiménez (Universidad de Alcalá)

Marta Miret (Universidad Autónoma de Madrid)

El presente estudio ha sido financiado por el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid a través de un convenio con la Universidad Autónoma de Madrid y la Universidad de Alcalá

ÍNDICE

1. Introducción

- 1.1. Concepto y clasificación de la conducta suicida
- 1.2. **Estudio de la incidencia de la conducta suicida**
 - 1.2.1.1. Epidemiología de la ideación suicida
 - 1.2.1.2. Suicidio en Europa
 - 1.2.1.3. Suicidio en España
 - 1.2.1.4. Suicidio en la Comunidad de Madrid
 - 1.2.1.5. Estimación del número total de intentos de suicidio
 - 1.2.1.6. Conclusiones
- 1.3. **Estudio de las características de los intentos de suicidio**
 - 1.3.1. Factores de riesgo de la ideación suicida
 - 1.3.2. Factores de riesgo del suicidio
 - 1.3.3. La conducta suicida en función del género
 - 1.3.4. Grupos especiales
- 1.4. **Estudio de la calidad de la evaluación de la conducta suicida**
- 1.5. **Estudio de la respuesta del sistema sanitario**
 - 1.5.1. Programas existentes para la prevención del suicidio
 - 1.5.1.1. Marco general
 - 1.5.1.2. Iniciativas de prevención del suicidio a nivel mundial
 - 1.5.1.3. Iniciativas existentes a nivel europeo
 - 1.5.1.4. Programas existentes en España
 - 1.5.1.5. Evidencias sobre la efectividad de las intervenciones existente
 - 1.5.2. Aplicabilidad de los programas en la Comunidad de Madrid
 - 1.5.3. Propuesta de investigación

2. Objetivos

3. Método

3.1. Diseño

3.2. Ámbito de estudio

3.3. Muestra

3.3.1. Criterios de inclusión

3.3.2. Aspectos éticos

3.4. Procedimiento de recogida de información

3.5. Análisis estadístico

3.5.1. Estudio de la incidencia de la conducta suicida atendida

3.5.2. Estudio de las características de los intentos de suicidio atendidos

3.5.3. Estudio de la calidad de los informes de los pacientes con conducta suicida

3.5.4. Estudio de la respuesta del sistema sanitario

4. Resultados

4.1. Estudio de la incidencia de la conducta suicida atendida

4.1.1. Incidencia total y por hospital

4.1.2. Características demográficas: edad, género, estado civil, hijos, convivencia, nacionalidad y profesión

4.1.3. Apoyo social y familiar

4.1.4. Características clínicas: diagnóstico psiquiátrico previo.

4.1.5. Asistencia previa recibida: antecedentes de diagnóstico, tratamiento e ingresos psiquiátricos

4.2. Estudio de las características de los intentos de suicidio atendidos

4.2.1. Descripción de las diferentes tipologías de los intentos de suicidio atendidos: método, grado de daño autoinfligido, circunstancias intercurrentes, factores de rescate, ideación suicida, planificación, reacción frente al intento.

4.3. Estudio de la calidad de los informes de los pacientes con conducta suicida

4.4. Estudio de la respuesta del sistema sanitario

4.4.1. Análisis descriptivo de la respuesta del sistema sanitario en la asistencia al intento de suicidio: procedencia, juicio diagnóstico, derivación tras la primera atención.

4.4.2. Análisis descriptivo de las estrategias de intervención y derivación establecidas tras la asistencia al intento de suicidio: derivación al alta.

4.4.3. Análisis del seguimiento en la red pública de salud mental

5. **Discusión**

5.1. Limitaciones

5.2. Principales hallazgos

5.2.1. Estudio de la incidencia de la conducta suicida atendida

5.2.2. Estudio de las características de los intentos de suicidio atendidos

5.2.3. Estudio de la calidad de los informes de los pacientes con conducta suicida

5.2.4. Estudio de la respuesta del sistema sanitario

5.3. Recomendaciones

6. **Apéndice**

6.1. Protocolo de recogida de información

7. **Bibliografía**

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Concepto y Clasificación de la Conducta Suicida

Etimológicamente el término suicidio proviene del latín *sui (sí) caedes caedis* (muerte o asesinato), por lo que literalmente se puede traducir como muerte a sí mismo (García de Diego, 1950).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2003) define el suicidio como la muerte autoinfligida con evidencia (tanto explícita como implícita) de que la persona tenía la intención de morir. En cuanto a las conductas autolesivas, la APA (2003) diferencia entre: intento de suicidio: conducta autolesiva con un resultado no mortal acompañado de la evidencia (tanto explícita como implícita) de que la persona tenía la intención de morir; intento de suicidio abortado: conducta potencialmente autolesiva con la evidencia (tanto explícita como implícita) de que la persona tenía la intención de morir pero paró el intento antes de que el daño físico tuviese lugar; y autolesión deliberada: acto doloroso, destructivo o perjudicial intencionado y autoinfligido sin la intención de morir.

Kreitman (1977) han utilizado el término parasuicidio para denominar toda conducta autolesiva no mortal, análoga al suicidio, independientemente de la intencionalidad u orientación a la muerte.

Silverman *et al.* (2007) en la nomenclatura revisada para el estudio del suicidio y las conductas suicidas, definen las conductas relacionadas con el suicidio como “una conducta autoinfligida potencialmente dañina para la cual hay evidencia (explícita o implícita) de que: a) la persona deseaba aparentar que se iba a matar para conseguir otro objetivo o b) la persona intentaba en un indeterminado o determinado grado matarse”. En la siguiente figura se puede ver la representación esquemática de la clasificación que hacen dichos autores de las diversas conductas relacionadas con el suicidio, clasificadas en función del resultado de la conducta y la intencionalidad. La diferencia entre las conductas clasificadas como “I” y las clasificadas como “II” es que mientras las primeras no producen ninguna lesión las segundas producen algún tipo de lesión sin que la persona llegue a perder la vida.

esquizofrenia, trastornos de abuso de sustancias y trastornos de ansiedad, entre otros, y aproximadamente el 10% de las personas que intentan suicidarse o mueren por suicidio no tienen ningún trastorno psiquiátrico identificable (2003).

Por otra parte, la conducta suicida cumple los criterios de validez diagnóstica para ser una categoría independiente, ya que está bien descrita clínicamente, se han identificado marcadores de laboratorio *in vivo* y *postmortem*, puede estar sujeta a un diagnóstico diferencial estricto, los estudios de seguimiento confirman altas tasas de conducta suicida en aquellos con conducta suicida previa, y es familiar (Oquendo et al., 2008).

Por ello, diversos expertos están planteando actualmente la posibilidad de que en el DSM-V la conducta suicida sea considerada una categoría diagnóstica separada documentada en un sexto eje, lo que permitiría darle la prominencia que necesita en los informes clínicos y planes de tratamiento para pacientes vulnerables (Oquendo et al., 2008).

1.2 Estudio de la Incidencia de la Conducta Suicida

En este apartado se analizan los datos disponibles en la actualidad sobre epidemiología de la conducta suicida. En primer lugar se analizarán datos sobre epidemiología de la ideación suicida, pasando posteriormente a analizar datos sobre mortalidad por suicidio, estimaciones de años de vida perdidos (AVP), y los datos disponibles sobre intentos de suicidio; partiendo de datos europeos, para seguir con datos a nivel nacional y terminar con datos específicos de la Comunidad de Madrid.

1.1.1. Epidemiología de la ideación suicida.

La ideación suicida, o los pensamientos de acabar con la propia vida, pueden variar en severidad en función de la concreción de los planes de suicidio y de la voluntad de llevarlos a cabo. Así, la ideación suicida puede expresarse como pensamientos momentáneos respecto a la falta de sentido o al valor de la vida o breves pensamientos de muerte, o llegar a implicar planes concretos y permanentes para matarse y una preocupación obsesiva con la idea de suicidarse, de manera que puede oscilar entre presentaciones agudas y crónicas (Goldney et

al., 1989a; Diekstra & Garnefski, 1995). La ideación suicida puede ser parte de un estado de ánimo deprimido a la vez que un modo de enfrentarse activamente con ese estado de ánimo o de intentar escaparse del mismo.

La ideación suicida es más frecuente que los intentos de suicidio o que los suicidios consumados. Los datos sobre prevalencia de ideación suicida son muy variables. Entre los diferentes estudios realizados desde los años 70, se ha encontrado una prevalencia vital entre un 2% y un 18% (Weissman et al., 1999; Kessler et al., 1999b). Asimismo, dependiendo del entorno concreto del estudio, la prevalencia en 12 meses varía entre 2.3% y 8.7% (Schwab et al., 1972; Paykel et al., 1974b; Vandivort & Locke, 1979; Crosby et al., 1999; Goldney et al., 2000) y la prevalencia vital puede variar entre 2.6% (en Chennai, India) y 25.4% (en Durban, Sudáfrica; (Bertolote et al., 2005b). En los estudios epidemiológicos norteamericanos National Comorbidity Survey (NCS) y National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R), la prevalencia de 12 meses de la ideación suicida fue, respectivamente de 2.8% y 3.3% (Kessler et al., 1999a; Kessler et al., 2005a). Kessler *et al.* (2005b) estimaron una tasa de aproximadamente tres mil por cien mil personas con ideas de suicidio en Estados Unidos cada año, mientras que sólo 14 por cada cien mil personas completarían un suicidio. Un estudio realizado en Grecia (Madianos et al., 1993) aportó datos sobre la prevalencia de ideación suicida en función del género en dos momentos, 1978 y 1984. En 1978, 2.8% de los hombres y 6.8% de las mujeres señalaron haber tenido ideación suicida durante los últimos 12 meses; en el segundo estudio las tasas subieron hasta 5.9% y 14.9%, respectivamente.

La ideación suicida puede variar de manera importante en diferentes grupos de edad. Se ha sugerido que entre los adultos jóvenes puede presentarse en entre el 10% y 12% de las personas (Goldney et al., 1989b), mientras que en las personas mayores puede aparecer en aproximadamente el 4% de las personas (Skoog et al., 1996).

En un estudio realizado en Finlandia (Hintikka et al., 2001) se investigó con el Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961) en una amplia muestra nacional la incidencia de la ideación suicida en la línea base y en un seguimiento a los 12 meses. Se encontró una incidencia global del 3.8%, 3.1% para las mujeres y 4.6% para los hombres.

Los datos del estudio SUPRE-MISS (Bertolote et al., 2005a), sugieren que la continuidad cronológica y clínica entre la ideación suicida y los intentos de suicidio no es universal y varía mucho en función del lugar en el que se evalúe. Los datos de comparación de este estudio que compara ideación suicida, planes específicos, e intentos en 10 países diferentes se presentan de manera resumida en la tabla 12.

Tabla 1: Ideación suicida, planes e intentos en diversos entornos culturales. Estudio SUPRE-MISS (Bertolote et al., 2005d).

Países	Pensamientos de suicidio	Planes de suicidio	Intentos de suicidio	At. médica tras un primer intento
Brasil	18.6 %	5.2 %	3.1 %	38 %
India	2.6 %	2.0 %	1.6 %	88 %
Sri Lanka	7.3 %	1.5 %	2.1 %	56 %
Sudáfrica	25.4 %	15.6 %	3.4 %	47 %
Vietnam	8.9 %	1.1 %	0.4 %	22 %
Irán	14.1 %	6.7 %	4.2 %	48 %
Estonia	12.4 %	5.4 %	3.6 %	39 %
China	18.5 %	7.4 %	2.4 %	75 %
Australia	11.0 %	10.6 %	4.2 %	---
Suecia	---	15.5 %	4.0 %	55 %

En España, dos estudios recientes realizados simultáneamente en varios países europeos (Casey et al., 2006a; Bernal et al., 2006b) han aportado datos sobre la incidencia de ideación suicida y la existencia de diferentes factores de riesgo potencialmente vinculadas a su existencia y al paso entre ideas suicidas e intentos de suicidio. El primero de ellos (Bernal et al., 2006a), parte del *European Study on the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED), fue un estudio transversal realizado en seis países europeos sobre una muestra total de 21425 personas (2121 en la muestra española). Este estudio señaló una prevalencia vital de 4.4% para la ideación suicida y de 1.48% para los intentos de suicidio en España, mientras que la media europea para la ideación suicida fue del 7.8% y para los intentos de suicidio de 1.81%.

Como parte de la red de investigación en trastornos afectivos: *Outcome for Depression International Network* (ODIN) (Casey et al., 2006b) analizan las puntuaciones en el ítem 9 del BDI (Beck et al., 1961), que incluye cuatro categorías de respuesta desde “no tengo pensamientos de suicidio” a “me suicidaría si tuviera oportunidad de hacerlo”, relacionados con la ideación suicida en una muestra

aleatoria de 7710 personas de 5 países europeos. La muestra española estuvo compuesta por 1245 personas y las respuestas al cuestionario indicaron que el 2.3% tenían algún grado de ideación suicida, una tasa relativamente baja comparada con las del resto de países europeos incluidos en el estudio (7.4% en Noruega y Gales, 9.8% en Finlandia y 14.6% en Irlanda).

1.1.1.1. El suicidio en Europa.

Se estima que en la región Euro-A¹ de la OMS (a la que pertenece España) se produjeron 54280 muertes por suicidio en el año 2000, lo que supone el 1.33% de todas las muertes estimadas en la región para el año 2000. Los mayores porcentajes se produjeron en los grupos de edad 15-44 años y mayores de 60 en ambos sexos (World Health Organization, 2002c).

Tabla 2: Muertes y AVP por suicidio en la región Euro-A de la OMS. Año 2000.

Mortalidad	Suicidio (número de defunciones)			
	Hombres	% total sexo	Mujeres	Mujeres
0-4	0	0.0	0	0.0
5-14	111	0.3	51	0.4
15-44	17291	42.9	4616	33.0
45-59	10037	24.9	3564	25.5
60+	12846	31.9	5765	41.2
Total	40284	100	13995	100
AVP 2000 (r =0,03, k =1)	Suicidio (AVP por mil)			
	Hombres	% total sexo	Hombres	% total sexo
0-4	0	0.0	0	0.0
5-14	4	0.6	2	0.9
15-44	480	66.8	128	57.3
45-59	160	22.3	58	26.1
60+	75	10.4	35	15.7
Total	718	100	224	100

¹ Euro-A: Región de la OMS formada por los siguientes países de Europa: Alemania Andorra, Austria, Bélgica, Croacia, Dinamarca, Eslovenia, España Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Portugal, Reino Unido, República Checa, San Marino, Suecia y Suiza.

El suicidio es una causa importante de muerte en jóvenes, sobre todo entre los hombres, siendo la primera causa en el grupo de 30-44 años y la segunda, tras los accidentes de tráfico en el grupo de 15-29 años. En mujeres de 30-44 años, el suicidio es la segunda causa de muerte tras el cáncer de mama y también la segunda causa entre los 15-29 años tras los accidentes de tráfico.

Las muertes por suicidio causan en los hombres el 4.80% del total de Años de Vida Perdidos (AVP) en todas las edades (séptima causa de AVP) y en las mujeres causan el 2.17% del total de AVP (duodécima causa de AVP); los grupos de edad en los que el suicidio es una causa importante de AVP son los jóvenes en ambos sexos.

1.1.1.2. Suicidio en España

Para obtener datos de mortalidad y años de vida perdidos en España y en la Comunidad de Madrid se extrajeron los datos de mortalidad y población procedentes del Instituto Nacional de Estadística para los años 2000 y 2008. Se extrajeron aquellas muertes con código CIE-10 correspondientes a muerte por suicidio. Para el cálculo de los Años de Vida Perdidos (AVP) se utilizó la tabla de vida Oeste-26 modificada de Princeton y se aplicó la tasa de descuento ($r = 0.03$) y ponderación por edades ($k = 1$). Los cálculos se realizaron con el programa informático GesMor.

En España se produjeron 3416 muertes por suicidio en el año 2000; el 76% (2591) en hombres y el 24% (825) en mujeres. La tasa cruda de mortalidad por suicidio fue de 13 por 100mil en hombres y de 4 por 100mil en mujeres, lo que constituye respectivamente el 1.4% y el 0.5% de la tasa de mortalidad total. En ambos sexos, el mayor número de muertes se produjeron en los grupos de edad entre 15-44 años y en mayores de 60 años. Estas muertes produjeron 55414 AVP, que suponen el 2.5% del total de años de vida perdidos por todas las causas en la población española en 2000. En la tabla 3-4 se muestra la distribución de la mortalidad y AVP por sexo y grupo de edad.

Tabla 3: Muertes y AVP por suicidio en España. Año 2000.

Tasas Mort 2000 por 100.000	Todas las causas		Suicidio		Proporción (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	135	113	0	0	0	0
5-14	19	13	0	0	1.5	1.1
15-29	88	29	9	2	10.8	6.8
30-44	187	75	12	3	6.7	4.6
45-59	568	223	14	5	2.4	2.1
60-69	1691	678	19	7	1.1	1.0
70 y más	6515	5012	37	9	0.6	0.2
Total	956	827	13	4	1.4	0.5
AVP 2000 (r =0,03, k =1)	Todas las causas		Suicidio		Proporción (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	39595	31783	0	0	0	0
5-14	14944	9880	224	112	1.5	1.1
15-29	139132	44679	14906	3011	10.7	6.7
30-44	214598	85787	14616	4041	6.8	4.7
45-59	301012	125727	7559	2754	2.5	2.2
60-69	279612	135780	3147	1405	1.1	1.0
70 y más	397057	403077	2539	1100	0.6	0.3
Total	1385950	836713	42991	12424	3.1	1.5

El suicidio supone el 3.1% del total de AVP en hombres y el 1.5% en mujeres; por grupos de edad, el mayor porcentaje lo encontramos en el grupo de edad 15-29 años en ambos sexos, donde el suicidio es el 10.7% del total de AVP en hombres y el 6.7% del total en mujeres. En comparación con los datos de la región Euro-A, el suicidio causa una menor proporción de AVP en España que en el conjunto de la región de referencia. En la siguiente tabla vemos estos mismos datos para el año 2008 siendo mínimas las variaciones en las tasas.

Tabla 4: Mortalidad y AVP por suicidio en España. Año 2008.

Tasas Mort 2006 por 100.000	Todas las causas		Suicidio		Proporción (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	98	78	0	0	0	0
5-14	14	9	0.1	0.1	0.7	1.1
15-29	62	22	6.6	1.6	10.6	7.3
30-44	128	60	11.0	2.9	8.6	4.8
45-59	487	197	12.4	4.1	2.5	2.1
60-69	1352	533	15.3	4.5	1.1	0.8
70 y más	5644	4426	29.0	6.2	0.5	0.1
Total	850	761	11.0	3.1	1.3	0.4
AVP 2006 ($r=0,03, k=1$)*	Todas las causas		Suicidio		Proporción (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	39543	29713	0	0	0	0
5-14	11774	6962	75	112	0.6	1.6
15-29	94503	31134	9926	2359	10.5	7.6
30-44	188122	83545	16563	4244	8.8	5.1
45-59	322521	138278	8708	3003	2.7	2.2
60-69	242495	112166	2827	986	1.2	0.9
70 y más	413566	409280	2501	890	0.6	0.2
Total	1312524	811077	40599	11593	3.1	1.4

* Los datos de años de vida perdidos (AVP) corresponden al año 2006 ya que en el momento de elaboración de esta tesis no estaban disponibles los datos del 2008.

1.1.1.3. Suicidio en la Comunidad de Madrid

Tabla 5: Muertes y AVP por suicidio. Comunidad de Madrid. 2000

Tasas Mort 2000 por 100.000	Todas las causas		Suicidio		Proporción (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	124	107	0	0	0	0
5-14	14	8	0	1	2.7	10.0
15-29	62	25	6	1	9.8	4.5
30-44	168	73	8	1	4.9	1.7
45-59	493	206	8	2	1.6	1.2
60-69	1597	644	9	2	0.6	0.3
70 y más	6397	4580	14	5	0.2	0.1
Total	783	675	7	2	0.9	0.3
AVP 2000 (r =0,03, k =1)	Todas las causas		Suicidio		Proporción (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	5000	4089	0	0	0	0
5-14	1379	749	37	75	2.7	10.0
15-29	13052	5122	1276	230	9.8	4.5
30-44	25469	11366	1277	215	5.0	1.9
45-59	33883	16264	577	204	1.7	1.3
60-69	29962	15411	178	48	0.6	0.3
70 y más	40152	41306	102	56	0.3	0.1
Total	148897	94307	3446	827	2.3	0.9

La tasa de mortalidad por suicidio es, en Madrid, más baja que en el conjunto de España, disminuyendo la proporción de AVP por suicidio respecto al total. En los datos de mortalidad en la Comunidad de Madrid para 2008 se aprecia un ligero descenso de la tasa de mortalidad por suicidio al igual que en la mortalidad general, manteniéndose la proporción de AVP por suicidio respecto del total que había en 2000.

Tabla 6: Muertes y AVP por suicidio. Comunidad de Madrid. Año 2008.

Tasas mort 2006 por 100.000	Todas las causas		Suicidio		Proporción (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	85	66	0	0	0	0
5-14	10	5	0.3	0	3.0	0
15-29	43	17	3.4	1.6	7.9	9.4
30-44	92	50	4.0	1.4	4.3	2.8
45-59	422	215	6.0	0.9	1.4	0.4
60-69	1165	464	7.6	1.0	0.7	0.2
70 y más	5555	4208	10.9	2.4	0.2	0.1
Total	686	632	4.5	1.2	0.7	0.2
AVP 2006 ($r=0,03, k=1$)*	Todas las causas		Suicidio		Proporción (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	5256	3395	0	0	0	0
5-14	857	898	0	37	0.0	4.2
15-29	9511	2889	951	133	10.0	4.6
30-44	22867	10497	1435	336	6.3	3.2
45-59	37408	18081	658	158	1.8	0.9
60-69	26313	13080	109	70	0.4	0.5
70 y más	41813	43435	104	64	0.2	0.1
Total	144026	92275	3258	798	2.3	0.9

* Los datos de años de vida perdidos (AVP) corresponden al año 2006 ya que en el momento de elaboración de esta tesis no estaban disponibles los datos del 2008.

En cuanto al método utilizado para llevar a cabo el suicidio, según consta en el certificado de defunción, entre los hombres, el más frecuente es el ahorcamiento (40% del total de muertes) seguido de saltar desde altura (28% del total), mientras entre las mujeres saltar desde altura es el más utilizado (59% del total) seguido del ahorcamiento (14%) (datos de mortalidad de España en el año 2000).

Tabla 7: Proporción de muertes por suicidio en población extranjera. España. Año 2008.

Edad	Total		Española		Extranjera			
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	% del total	Mujeres	% del total
< 15	2	2	1	1	1	50%	1	50%
15-29	305	70	249	51	56	18.4%	19	27.1%
30-44	707	158	632	164	75	10.6%	21	13.3%
45- 59	657	183	594	174	63	9.6%	9	4.9%
60-69	325	120	307	113	18	5.5%	7	5.8%
70 +	653	212	642	210	11	1.7%	2	0.9%
Todas	2649	772	2425	713	224	8.5%	59	7.6%

Como se puede ver en la tabla siguiente, la tasa bruta de mortalidad por suicidio en población extranjera es menor que en la nacional.

Tabla 8: Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes

Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes. Españoles 2008	
Varones	Mujeres
12.10	3.42
Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes. Extranjeros 2008	
Varones	Mujeres
7.99	2.39

Altas por acto suicida en los hospitales de la Comunidad e Madrid. 2005.

Para obtener los datos de altas hospitalarias se utilizaron los datos anonimizados de altas por alguna causa psiquiátrica (CIE-9 MC) procedentes de CMBD 2005.

Existen 793 casos de intento de suicidio que requirieron ingreso registrados en el CMBD del 2005 en la Comunidad de Madrid, 40% (314) se dieron en hombres y 60% (479) en mujeres. La tasa bruta total fue de 13.3 casos por 100000 habitantes, 10.9/100000 en hombres y 15.6/100000 en mujeres. La media de edad fue de 42.3 (\pm 16.27) años en hombres y de 38.6 (\pm 18.34) en mujeres. En la siguiente tabla se muestra la distribución del número de intentos de suicidio por grupo de edad y sexo. Como vemos, el mayor porcentaje de intentos de suicidio se dio en adultos jóvenes, aunque habría que destacar el importante porcentaje en mujeres menores de 19 años (15.9%).

Tabla 9: Altas por acto suicida

Nº Altas por intento de suicidio 2005	Hombres	% total sexo	Mujeres	% total sexo
10-14	5	2	35	7
15-29	68	22	140	29
30-44	140	45	147	31
45-59	53	17	97	20
60-69	21	7	22	5
70 y más	27	9	38	8
Total	314	100	479	100

Del total de intentos de suicidio ingresados, sólo 2.4% resultaron en *exitus* y el mayor porcentaje (88%) fueron altas a domicilio. La mediana de estancia fue de 6 días.

Tabla 10: Circunstancias de alta

Circunstancia de alta	Casos	%
Domicilio	698	88
Traslado a otro hospital	44	5.5
Traslado a centro sociosanitario	11	1.4
Alta voluntaria	19	2.4
Fuga	2	0.3
<i>Exitus</i>	19	2.4
Total	793	100

En cuanto a antecedentes de patología mental, en 654 (82.5%) de los casos consta uno o más diagnósticos de patología mental, sea como diagnóstico principal (123 casos) o secundario. La distribución de grupos diagnósticos entre los que tienen como diagnóstico principal alguna patología mental, puede verse en la siguiente tabla:

Tabla 11: Diagnóstico principal

Diagnóstico principal (CIE-9-MC)		
	Casos	% del total
Psicosis (295-298)	40	32.5
Trastornos neuróticos (300)	15	12.2
Trastornos de la personalidad (301)	29	23.6
Abuso sustancias (303 y 305)	12	9.8
Tr. adaptativos y otros tr. depresivos (309 y 311)	26	21.1
Otros	1	0.8
Total	123	100

El 50% de los que presentaron algún diagnóstico de patología mental, tenían sólo uno sea principal o secundario; el otro 50% tenían dos o más diagnósticos. Entre los diagnósticos secundarios, los que aparecieron en mayor proporción fueron los relacionados con el abuso de sustancias (35%) seguidos de los trastornos adaptativos y otros trastornos depresivos (18%); le siguieron los trastornos de la personalidad con el 16.6%, y las psicosis con el 11.2%; por último los trastornos neuróticos se presentan en el 10% y los trastornos de la alimentación en el 4.3% (para la correcta interpretación de estas cifras, hay que tener en cuenta que una persona puede tener dos o más diagnósticos secundarios).

En la siguiente tabla podemos ver la frecuencia de los métodos empleados para el intento de suicidio y sus diferencias entre hombres y mujeres, siendo el método más frecuente la ingestión de medicamentos y otros tóxicos.

Tabla 12: Método

Métodos	Hombres	Mujeres	Total
Ingestión de tóxicos y medicamentos	212	378	590
Gas doméstico	4	0	4
Otro gas	3	5	8
Ahorcamiento	5	5	10
Arma de fuego	7	1	8
Instrumento Cortante	41	43	84
Saltar desde altura	21	25	46
Otros	19	16	35
Efectos tardíos de lesión autoinfligida	2	6	8
Total	314	479	793

1.1.1.4. Estimación del número total de intentos de suicidio.

En el estudio VEIA 2000 (Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda) (Caballero Vallés et al., 2004), se halló una proporción de ingresos del 4% sobre las intoxicaciones agudas voluntarias atendidas en urgencias. Tomando como referencia los intentos de suicidio de referencia por intoxicaciones tanto por medicamentos como por gases, en el año 2005 requirieron ingreso 602 casos en total, por tanto, la cifra de intentos global que sería atendida en urgencias sería de 15050 intentos de suicidio por intoxicación en toda la Comunidad de Madrid. Si se asume que el resto de intentos, por las características de la autoagresión, ingresaron en su mayoría, la cifra global sería de 15241, que supone una tasa bruta de 255 intentos de suicidio por 100000 habitantes. Son necesarios, sin embargo, estudios en otros hospitales para poder extraer conclusiones generalizables a toda la Comunidad de Madrid.

Conclusiones.

Los datos previamente presentados señalan que el suicidio es una causa importante de muerte y de AVP en jóvenes, dado que en ese grupo de edad la mortalidad en países desarrollados es muy baja. En algunos grupos, sólo se mantienen por delante los accidentes de tráfico. A medida que descende el número de muertes por tráfico, el suicidio cobrará mayor importancia relativa; sin embargo, si tenemos en cuenta la discapacidad, la carga de enfermedad que los accidentes causan, así como el abuso de alcohol y las drogas, estarían muy por delante del suicidio propiamente dicho. Por otra parte, las tasas más altas por suicidio se dan en edades avanzadas y es donde están aumentando, si bien su importancia relativa en ese grupo de edad es muy baja. Los datos expuestos confirman el patrón que se refleja en la bibliografía: mayor número de suicidios consumados en hombres pero mayor número de intentos entre las mujeres. Igual respecto a los métodos.

En la Comunidad de Madrid, tanto la tasa como la importancia relativa respecto al total de la mortalidad, es menor que en el conjunto de la población española. En el análisis de las altas hospitalarias, se confirma también la patología que hay detrás de los intentos de suicidio, en primer lugar las psicosis seguido de los trastornos de personalidad, generalmente con comorbilidad con abuso de

sustancias, lo cual refleja los pacientes de riesgo donde se debería de incidir en la prevención. Por tanto, son necesarios estudios sobre la población atendida en urgencias por intentos de suicidio para mejorar la información de la que se dispone.

1.3 Estudio de las Características de los Intentos de Suicidio

1.1.2. Factores de riesgo de la ideación suicida.

Los datos existentes sugieren que hay una amplia variedad de factores que pueden ser considerados como de riesgo para la presencia de ideación suicida. Los pensamientos de suicidio parecen estar vinculados al nivel educativo (Kinkel et al., 1988); y al sexo, apareciendo una mayor prevalencia entre las mujeres (Sorenson & Rutter, 1991). Asimismo, parecen ser más frecuentes en personas solteras y de menos edad (Kessler et al., 2005c); con baja autoestima y con baja capacidad de resolución de problemas (Dixon et al., 1994); con elevados niveles de desesperanza (Beck et al., 1979; Vilhjalmsson et al., 1998a); y que presentan baja satisfacción, pesimismo, elevada ansiedad (Sareen et al., 2005); o sufren un elevado nivel de estrés general (Kandel et al., 2008); también en personas con trastornos mentales, especialmente con trastorno depresivo mayor (Hintikka et al., 1998; Vilhjalmsson et al., 1998b); o abuso de sustancias (Pages et al., 1997); en personas con dolor crónico o con enfermedades crónicas (Ingersoll et al., 1993); que han sufrido acontecimientos vitales negativos (Paykel et al., 1974a); o tienen problemas familiares (Kandel et al., 2008), o económicos (Kessler et al., 2005d), y poco apoyo social (de Man et al., 1992).

Comparando la ideación suicida entre varios países europeos, entre los que se incluía una muestra española, el estudio ESEMED (Bernal et al., 2007) encontró que las variables relacionadas a un mayor riesgo de intentar suicidarse entre las personas con ideación suicida fueron: ser mujer, padecer un trastorno depresivo o de abuso de alcohol, y no estar trabajando (ver la siguiente tabla). Este trabajo también indica que el inicio de la ideación suicida puede ocurrir en cualquier edad, aunque es más frecuente en la adolescencia y las personas jóvenes; y que el número de años transcurridos entre las primeras ideas de suicidio y el primer intento suele no ser muy elevado.

Tabla 13: Factores de riesgo de intentar suicidarse en personas con ideas de suicidio (Bernal et al., 2007)

Factor de Riesgo	Odds Ratio (OR)
Abuso o dependencia del alcohol	2.11
Mujer	1.89
Desempleado	1.82
Depresión	1.63

Los datos del estudio ODIN (Casey et al., 2006c), por otra parte, reflejan que el riesgo de ideación suicida se incrementa por la presencia de depresión, con una razón de ventaja u odds ratio (OR) de 16.32, y es más reducido en las personas de menos de 30 años (OR = 0.58), las que están casadas (OR = 0.66) y que tienen personas que se preocupan por ellas (OR = 0.34) y personas con las que pueden contar (OR = 0.64). El estudio también señala los factores asociados con la ideación suicida severa (puntuaciones de 2 ó 3 en el ítem 9 del BDI), indicando que la presencia de depresión está vinculada a un aumento de la probabilidad de su ocurrencia (OR = 3.78), mientras que el grado de preocupación mostrado por otras personas se asociaba a una probabilidad reducida (OR = 0.31). Es interesante observar que tanto los factores asociados a la presencia de ideación suicida como a la ideación suicida severa son independientes del país en que se realizó el estudio, pese a las diferentes prevalencias de los pensamientos de suicidio. Así, los factores de riesgo que se acaban de indicar para el estudio total, serían similares para la muestra obtenida en España.

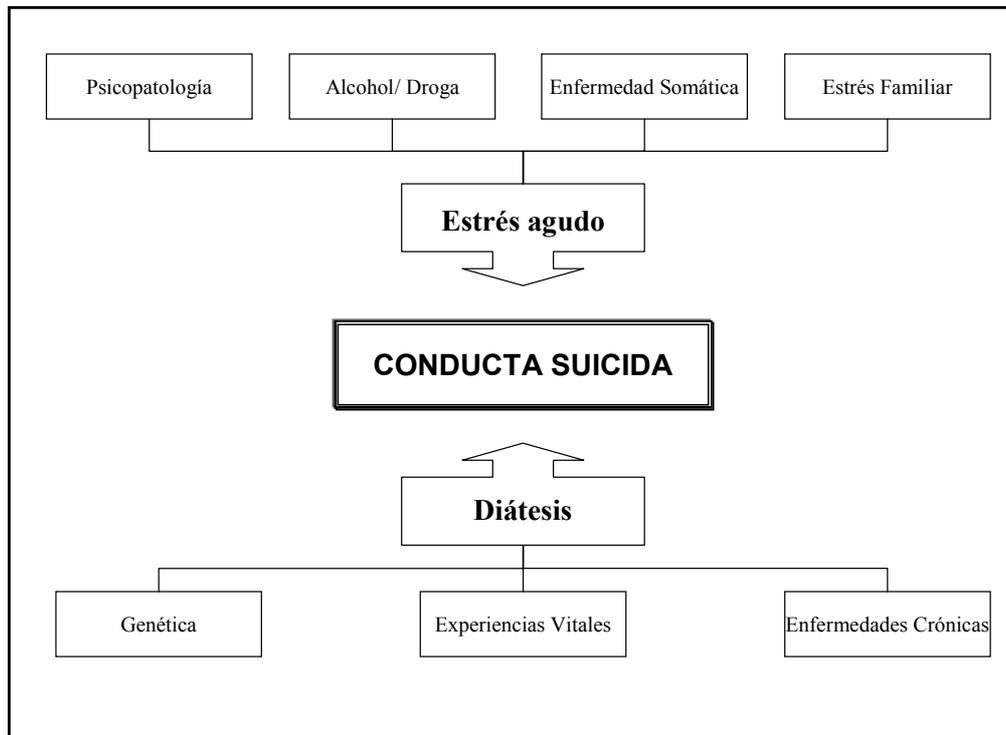
1.1.3. Factores de riesgo del suicidio.

Aunque más del 90% de las personas que consuman un suicidio y un porcentaje elevado de las personas que realizan un intento y de las que tienen pensamientos de suicidio tienen algún tipo de trastorno psicopatológico (Henriksson et al., 1993; Zimmerman et al., 1995; Beautrais et al., 1996; Mann, 2005), se acepta generalmente la idea de que la conducta suicida es un trastorno independiente de otros problemas psicopatológicos. La presencia de otro trastorno es un fuerte predictor del suicidio, pero incluso entre los grupos de trastornos con riesgo más elevado sólo una minoría de las personas con ese diagnóstico tendrá

conductas suicidas. Esto subraya la importancia de los factores de diátesis o factores que predisponen al suicidio (Turecki, 2005). Estos modelos de diátesis-estrés, o vulnerabilidad-estrés, subrayan la presencia de dos grupos de factores que influirían en la presencia de conductas suicidas: factores de predisposición de tipo genético, ambiental, educativo, psicológico, o una interacción entre ellos; y factores que al presentarse, interaccionando con los factores de vulnerabilidad, podrían determinar que la persona desarrollara una conducta suicida. Uno de los modelos más aceptados e influyentes que resume el efecto de ambos tipos de factores en el suicidio sería el de Mann (Mann, 1998b; Mann, 1999), que se presenta en la figura 1. La conducta suicida, según este modelo, puede entenderse como el resultado entre un umbral individual y la presencia de estresores o desencadenantes de la conducta suicida. La distinción entre los factores de riesgo que afectan al umbral y los que actúan como desencadenantes puede contribuir a clarificar los mecanismos de interacción entre ellos y aportar estrategias de prevención de la conducta suicida.

Entre los factores de estrés o precipitantes de la conducta suicida, pueden incluirse factores de tipo psicobiológico, como el desarrollo o agravamiento de un trastorno psiquiátrico, la intoxicación aguda por sustancias, y factores de tipo ambiental, como la aparición de crisis personales, familiares, financieras o sociales, o la imitación de conductas de suicidio. Asimismo, entre los factores de vulnerabilidad para la conducta suicida, parecen particularmente relevantes factores genéticos que pueden determinar la presencia de patrones de funcionamiento biológico (por ejemplo, una disminución de la función serotoninérgica) o de patrones estables de personalidad (p. ej., impulsividad); factores psicobiológicos, como el abuso de sustancias, las enfermedades físicas crónicas, o soportar un nivel elevado de estrés, particularmente en situaciones en las que no es posible tener una percepción de control personal (lo que facilitará el desarrollo de indefensión y desesperanza; (Chorpita & Barlow, 1998), como el abuso infantil; y factores ambientales, como la red de apoyo social, tener creencias religiosas u otro tipo de anclajes vitales.

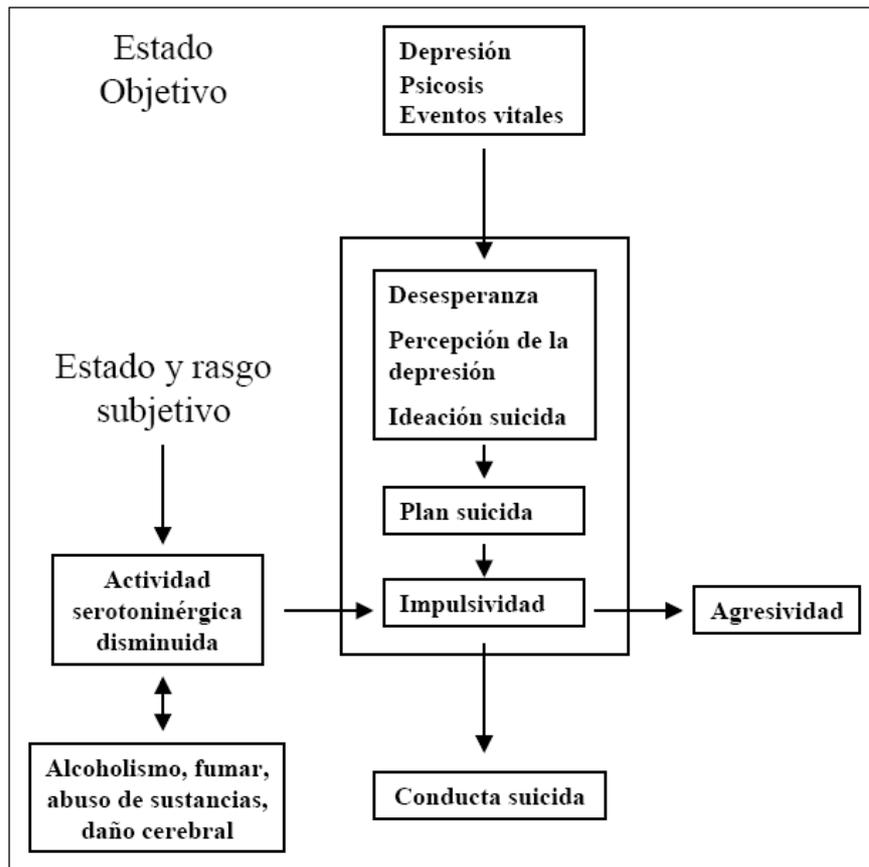
Figura 1: Modelo de diátesis-estrés del suicidio. Adaptado de Mann, (1998a).



En un intento de especificar más los factores implicados en la aparición de la conducta suicida, Mann *et al.* (1999c) propusieron el modelo de diátesis-estrés que se presenta en la figura. Este modelo pretende determinar qué personas son vulnerables a volver a intentar suicidarse pese a que parezcan estar recuperadas y establecer cómo la vulnerabilidad se relaciona con la aparición de la conducta suicida. La diátesis se puede reflejar en tendencias a tener más ideación suicida y a ser más impulsivo, de manera que es más probable que la persona realice conductas suicidas o desee hacerlo. Mann *et al.* (1999b) encontraron en su estudio que un factor de personalidad, la agresividad / impulsividad, diferenciaba de manera estadísticamente significativa las personas que habían tenido algún intento de suicidio en el pasado de las que no. El modelo muestra que el estado de ánimo deprimido, la desesperanza y la ideación suicida eran mayores entre las personas que habían intentado suicidarse, pese a que el grado de severidad objetiva de depresión o psicosis eran similares. La diátesis para la conducta suicida incluye una combinación de factores como el género, la religión, componentes genéticos y familiares, experiencias tempranas, redes de apoyo social, capacidad de

afrontamiento y solución de problemas, disponibilidad de acceso a métodos de suicidio altamente letales, etc. (Mann, 2002a). Entre los estresores, el inicio de un trastorno psiquiátrico o el empeoramiento relevante de un trastorno previamente existente, serían algunos de los factores más claros. Otros tipos de estresores, como una crisis psicosocial, también pueden contribuir.

Figura 2: Modelo de la conducta suicida (Mann et al., 1999d)



La conducta suicida en función del género

La mayoría de los estudios en Occidente han encontrado que las mujeres cometen más intentos de suicidio (Gmitrowicz et al., 2003; Aghanwa, 2004) aunque más hombres se quitan la vida (Beautrais, 2002). Estas tasas son diferentes sin embargo en las regiones rurales de China, donde más mujeres que hombres se suicidan (World Health Organization, 2001; World Health Organization, 2008) y en países como India y Kuwait donde las tasas de suicidio para hombres y mujeres son similares (World Health Organization, 2008).

En comparación con los hombres, las mujeres que cometen intentos de suicidio son más jóvenes (Aghanwa, 2004; Nordentoft & Branner, 2008) y con mayor frecuencia han sido víctimas de maltrato (Stefanello et al., 2008). En cuanto a la psicopatología, mientras que las mujeres que intentan suicidarse tienen con más frecuencia depresión (Fekete et al., 2005; Nordentoft & Branner, 2008; Stefanello et al., 2008), los hombres presentan más abuso o dependencia de alcohol (Fekete et al., 2005; Sudhir Kumar et al., 2006; Stefanello et al., 2008) y drogas (Gmitrowicz et al., 2003; Stefanello et al., 2008).

Los hombres planifican más sus intentos (Nordentoft & Branner, 2008) y tienen mayor intencionalidad que las mujeres (Aghanwa, 2004; Sudhir Kumar et al., 2006; Nordentoft & Branner, 2008). Asimismo, los hombres tienden más a consumir alcohol en el momento del intento (Stefanello et al., 2008). Sin embargo, el método utilizado (Nordentoft & Branner, 2008) y la letalidad del intento no parecen variar en función del género (Sudhir Kumar et al., 2006; Nordentoft & Branner, 2008).

Existen diversas razones que pueden explicar las diferencias en la conducta suicida entre hombres y mujeres. Las diferencias en psicopatología previamente mencionadas pueden ser una de ellas. Mientras que las mujeres padecen más trastornos de internalización (depresión, ansiedad), los hombres sufren más trastornos de externalización (abuso de sustancias, conductas antisociales); estas diferencias pueden explicar las mayores tasas de suicidio consumado en hombres ya que éstos realizan más conductas agresivas, antisociales y externalizadoras, por lo que pueden realizar conductas suicidas más impulsivas, letales y determinantes que las mujeres (Beautrais, 2002). Por otra parte, las mujeres pueden estar más protegidas del suicidio ya que tienden más a buscar ayuda y a hablar de sus problemas emocionales: tienden más a acudir al médico, llaman más a los teléfonos de ayuda en situaciones de crisis (Beautrais, 2002; Stefanello et al., 2008)... Asimismo, ellas suelen ser los cuidadores principales de los niños, y esta responsabilidad sobre los hijos puede actuar como un factor de protección (Beautrais, 2002).

Por otra parte, Houle *et al.* (2008) encontraron una mayor presencia del rol tradicional masculino (importancia del éxito, restricción emocional y restricción de expresiones de afecto entre hombres) en los hombres que tenían intentos de

suicidio que en los que no. El rol tradicional masculino puede ser un factor de riesgo para quitarse la vida en los hombres ya que inhibe factores de protección como la búsqueda de ayuda y el apoyo social. Por otra parte, debido al estatus subordinado y el rol social desventajoso de las mujeres, sus intentos de suicidio pueden entenderse en ocasiones como una estrategia desadaptativa utilizada por las mujeres que experimentan situaciones sociales difíciles para comunicar su malestar o manipular su ambiente social (Aghanwa, 2004).

Grupos especiales.

La conducta suicida en población inmigrante.

El fenómeno migratorio está siendo un factor clave en los cambios demográficos en la población europea en la última década. Las tasas de suicidio en población inmigrante con respecto a la población nacional varían en función de diversos factores, como la situación en el país de origen (Hjern & Allebeck, 2002; Malenfant, 2004; Nasserri & Moulton, 2009) el marco social y legal en el país de acogida (Lindert et al., 2008), el tiempo transcurrido desde el momento de la migración (Nasserri & Moulton, 2009), el estatus socioeconómico de la persona que emigra (Hjern & Allebeck, 2002)...

Nasserri y Moulton (2009) hallaron que en Estados Unidos el suicidio es menos frecuente en los inmigrantes de primera generación provenientes de Oriente Medio que en personas que llevan residiendo en Estados Unidos durante varias generaciones; y encontraron asimismo una relación directa entre las tasas de suicidio de los inmigrantes y la duración de la estancia (relacionada con el grado de aculturación), incrementando hasta converger con las de la población nativa, lo que puede ser en parte explicado porque mientras que los inmigrantes de primera generación son un segmento especialmente sano de la población, fenómeno conocido como “la hipótesis del inmigrante sano” esta selección ya no se produce entre los inmigrantes de segunda generación. Datos de Suecia también encontraron que los inmigrantes de segunda generación tienen mayor riesgo de suicidio que la generación de sus padres (Hjern & Allebeck, 2002).

Estudios en Canadá encontraron asimismo que el suicidio en la población nacida en Canadá era el doble que en la población inmigrante (Malenfant, 2004), y las características del suicidio en ambos grupos también eran diferentes: en los

inmigrantes las tasas aumentaban con la edad, mientras que entre los canadienses el suicidio era un fenómeno más común entre los jóvenes, y aunque las tasas de suicidio eran mayores en hombres que en mujeres en ambos grupos, la diferencia era menor entre la población inmigrante. En Birmingham también se encontró que la tasa de intentos de suicidio era menor en población inmigrante proveniente de países de la Commonwealth que en población nativa. Asimismo, se vio que las repeticiones eran menos comunes y el abuso de alcohol o drogas menos prevalente (Burke, 1978).

Sin embargo, otros estudios han encontrado que las tasas de suicidio en mujeres jóvenes de origen indio que residen en el Reino Unido son mayores que las de mujeres jóvenes nativas, siendo un precipitante de muchos de estos suicidios los conflictos familiares; pudiendo influir también el infradiagnóstico de los trastornos mentales en dicha población (Carta et al., 2005). Asimismo, en Holanda, las tasas de suicidio en inmigrantes de segunda generación, es mayor que en la población nacional, siendo las tasas de desempleo el triple en los primeros que en los segundos (Carta et al., 2005).

Uno de los factores que puede explicar las menores tasas de suicidio en la población inmigrante con respecto al grupo de acogida encontradas en algunos estudios es el efecto de selección que produce el proceso migratorio mencionado previamente, ya que normalmente migran personas con buena salud física y mental (Malenfant, 2004). Existe asimismo otro efecto conocido como “sesgo del salmón” (*salmon bias*), que sugiere la vuelta de los inmigrantes a su país de origen tras el diagnóstico de una enfermedad severa (Nasseri & Moulton, 2009), lo que disminuiría la probabilidad de realizar conductas suicidas en el país de acogida. Por otra parte, la inmigración puede ser un evento estresante que supone la pérdida de apoyo social, el entorno familiar, trabajo, decepción ante las expectativas no cubiertas, afrontamiento de nuevas normas, nuevo idioma, diferencias culturales, situaciones desconocidas, discriminación (Sher, 1999; Borges et al., 2009)... lo que puede producir un aumento del malestar emocional o un agravamiento de una inestabilidad emocional previa, aumentando la posibilidad de padecer depresión y en ocasiones, de realizar conductas suicidas. Este fenómeno puede ayudar a explicar el hecho de que en algunos casos, las tasas de suicidio de la población inmigrante sean mayores que las de la población del

país de origen (Sher, 1999; Borges et al., 2009) y las del país de acogida (Sher, 1999).

Por otra parte, el acceso a los servicios de salud mental por parte de la población inmigrante es en ocasiones menor que en la población nativa, incluso existiendo sanidad pública universal. Esto puede ser causado en parte por las barreras de acceso lingüísticas y culturales. A esto se suma el hecho de que en muchos países, los refugiados e inmigrantes sin papeles no pueden acceder a los servicios de salud (Lindert et al., 2008). Esto puede explicar la mayor vulnerabilidad de la población inmigrante y las incongruencias en los datos sobre conducta suicida.

En España, el fenómeno migratorio es más reciente que en el resto de Europa y la proporción de inmigrantes provenientes de países fuera de Europa es mayor que en países del centro y este de Europa y países escandinavos (Carta et al., 2005; Lindert et al., 2008). En la actualidad hay pocos datos sobre suicidio en población inmigrante residente en España, aunque como ya se ha señalado previamente, las estadísticas señalan que en España la tasa de mortalidad por suicidio en población inmigrante es menor que en la nacional (Instituto Nacional de Estadística, 2006b).

La conducta suicida en función de la edad.

El suicidio puede ocurrir a cualquier edad, pero los factores del desarrollo modifican la presentación clínica y los factores precipitantes de la conducta suicida en función de la edad (Steele & Doey, 2007).

Niños y adolescentes.

La prevalencia de conducta suicida antes de la pubertad es baja, debido en parte a la inmadurez cognitiva de los niños, sin embargo, aumenta con la edad, y en la adolescencia los intentos de suicidio son muy elevados (Steele & Doey, 2007), siendo el suicidio consumado la tercera causa de muerte en adolescentes de entre 15 y 19 años de edad en Estados Unidos (Shain, 2007).

En menores de 15 años, la conducta suicida es más frecuente en niñas que en niños (Steele & Doey, 2007), siendo esta diferencia mayor que en otros grupos de edad (Perez-Olmos et al., 2007; Parellada et al., 2008). Al igual que en los

adultos, la intoxicación es en muchos países el método con más frecuencia utilizado para intentar suicidarse en niños y adolescentes (Perez-Olmos et al., 2007; Shain, 2007), aunque a diferencia de los primeros, los más jóvenes usan con mayor frecuencia fármacos genéricos no narcóticos y también se realizan cortes con más frecuencia (Parellada et al., 2008).

Los precipitantes de la conducta suicida también varían con la edad, siendo las relaciones familiares problemáticas un precipitante importante antes de la pubertad y los conflictos con los compañeros un precipitante más común en los adolescentes (Steele & Doey, 2007), otro factor precipitante común en niños y adolescentes son los problemas escolares (Perez-Olmos et al., 2007). La exposición al suicidio en los medios de comunicación es asimismo un factor de riesgo mucho más importante para los jóvenes que para los adultos (Shain, 2007). Asimismo, los jóvenes que viven en barrios empobrecidos tienen un riesgo aumentando de cometer intentos de suicidio, debido posiblemente a que están expuestos diariamente a un ambiente estresante donde es más difícil obtener fuentes de apoyo emocional, social o institucional para afrontar las crisis (Dupere et al., 2009).

La conducta suicida en niños y adolescentes es a menudo impulsiva y sin intención de morir (Steele & Doey, 2007; Parellada et al., 2008), y parece estar relacionada con problemas conductuales (Steele & Doey, 2007; Resch et al., 2008), y emocionales (Resch et al., 2008), utilización de estrategias de afrontamiento poco eficaces (Kim & Kim, 2008), haber sido víctima de maltrato (Perez-Olmos et al., 2007; Steele & Doey, 2007) y tener antecedentes familiares de suicidio (Steele & Doey, 2007; Kim & Kim, 2008). Comparados con los adultos que comenten intentos de suicidio, una mayor proporción de adolescentes con conductas suicidas no tienen ningún trastorno psiquiátrico (Parellada et al., 2008); cuando lo tienen, los trastornos más comunes son depresión (Perez-Olmos et al., 2007; Shain, 2007; Steele & Doey, 2007; Waldrop et al., 2007; Resch et al., 2008), ansiedad (Parellada et al., 2008; Resch et al., 2008), trastornos adaptativos (Parellada et al., 2008), trastornos del sueño (Steele & Doey, 2007), hiperactividad (Resch et al., 2008), y trastornos relacionados con sustancias (Waldrop et al., 2007; Schilling et al., 2009). Concretamente, el consumo de alcohol es un factor de riesgo especialmente importante cuando comienza antes de la adolescencia (Swahn & Bossarte, 2007).

Personas mayores.

Los estudios de los intentos de suicidio en personas de edad avanzada han encontrado que las características de las personas mayores que intentan suicidarse son: alta incidencia en hombres (Frierson, 1991); personas que viven solas (Frierson, 1991; Dennis et al., 2007); o que tienen un estilo de vida solitario (Dennis et al., 2007); salud física pobre (Hawton & Harriss, 2006; Dennis et al., 2007); y presencia de historia psiquiátrica (Frierson, 1991) especialmente depresión mayor (Frierson, 1991; Dennis et al., 2007).

Los factores precipitantes de los intentos de suicidio en las personas mayores son normalmente la falta de salud (Frierson, 1991; Hawton & Harriss, 2006; Haw & Hawton, 2008), los problemas psiquiátricos (Schmidtke et al., 2004; Haw & Hawton, 2008), el aislamiento social o la pérdida social (Schmidtke et al., 2004; Hawton & Harriss, 2006; Haw & Hawton, 2008), el dolor (Frierson, 1991), y la pérdida de independencia (Frierson, 1991; Schmidtke et al., 2004; Hawton & Harriss, 2006). En cuanto a las características del intento, los intentos de las personas de mayor edad se caracterizan por: un menor uso del alcohol antes o durante el intento (Frierson, 1991); utilización de métodos más letales (Kalb & Lungershausen, 1990; Frierson, 1991; Schmidtke et al., 2008); mayor nivel de premeditación del intento (Frierson, 1991; Conwell et al., 1998), y menos avisos de intencionalidad suicida (Conwell et al., 1998). Estas características muestran una alta intencionalidad suicida (Frierson, 1991; Hawton & Harriss, 2006; Dennis et al., 2007).

Con la edad, los predictores y precipitantes de los intentos de suicidio cambian (Haw & Hawton, 2008), al igual que cambia la intencionalidad de los intentos (Hamdi et al., 1991) y la incidencia de los intentos y los suicidios consumados (Schmidtke et al., 2004). Esto puede ser en parte explicado debido al cambio de motivaciones y horizontes temporales a lo largo del ciclo vital. La teoría de la selectividad socioemocional mantiene que las limitaciones en los horizontes temporales cambian las prioridades motivacionales de un modo que la regulación de los estados emocionales se hace más importante que otros objetivos, como los objetivos instrumentales o relacionados con el conocimiento (Lang & Carstensen, 2002; Carstensen, 2006). Como la edad cronológica está relacionada con el tiempo

que queda de vida, las personas mayores dan mayor importancia a encontrar significado emocional y satisfacción con la vida, y aunque con el envejecimiento las redes sociales se hacen más pequeñas, también se hacen más satisfactorias (Carstensen, 2006).

Conducta suicida en personas con múltiples intentos.

Numerosos autores plantean que las personas que cometen intentos de suicidio repetidos son una población específica, diferente de las personas que cometen un único intento (Rudd et al., 1996; Forman et al., 2004; Bryan et al., 2008; Gibb et al., 2009), ya que tienen persistentes y severos problemas psicosociales (Forman et al., 2004), un cuadro clínico más severo (Rudd et al., 1996; Bryan et al., 2008) y un mayor riesgo de suicidio (Rudd et al., 1996).

Las personas con intentos repetidos tienden más a utilizar métodos más letales (Hulten et al., 2001; Christiansen & Jensen, 2007), y a estar bajo influencia del alcohol durante el intento (Wang & Mortensen, 2006). En comparación con los pacientes que tienen un único intento, en los pacientes con intentos repetidos la intencionalidad en el intento de referencia es menor (De Leo et al., 2002b; Michaelis et al., 2003). Sin embargo, cuando son evaluados al seguimiento, las personas con intentos múltiples muestran mayor ideación suicida (Forman et al., 2004; Gibb et al., 2009), mayor deseo de repetir el intento (De Leo et al., 2002b) y critican menos sus intentos previos (Forman et al., 2004).

Diversos estudios han encontrado que en comparación con personas que sólo han cometido un intento de suicidio, los repetidores tienden con mayor frecuencia a: estar divorciados (Osvath et al., 2003), no tener un trabajo remunerado (Osvath et al., 2003; Forman et al., 2004; da Silva Cais et al., 2009), tener un funcionamiento interpersonal peor (Forman et al., 2004) y menos habilidades de resolución de problemas (Forman et al., 2004), haber sufrido maltrato en la infancia (Forman et al., 2004), tener antecedentes familiares de suicidio (Forman et al., 2004), y mayores niveles de desesperanza (Forman et al., 2004).

Sin embargo, los trastornos mentales parecen ser el mayor factor de riesgo de la repetición de intentos de suicidio (Osvath et al., 2003). Los repetidores suelen tener una psicopatología más severa (Forman et al., 2004; Laget et al., 2006),

obteniendo mayores puntuaciones en depresión (Forman et al., 2004; Laget et al., 2006; da Silva Cais et al., 2009; Gibb et al., 2009), asimismo tienen con mayor frecuencia trastornos de abuso de sustancias (Rudd et al., 1996; Osvath et al., 2003; Forman et al., 2004; Wang & Mortensen, 2006), trastornos psicóticos (Osvath et al., 2003; Forman et al., 2004), trastorno bipolar (Bryan et al., 2008) y trastorno límite de la personalidad (Forman et al., 2004). Asimismo, las personas con intentos repetidos presentan mayor comorbilidad psiquiátrica (Rudd et al., 1996; Forman et al., 2004), inicios más tempranos de la enfermedad mental (Gibb et al., 2009) y mayor cronicidad (Rudd et al., 1996).

Estudio de la Calidad de la Evaluación de la Conducta Suicida

Para evitar la repetición de los intentos de suicidio, es importante realizar una adecuada evaluación de las personas que han cometido una tentativa de suicidio (Kapur et al., 2002; European Commission, 2008), lo que asimismo contribuirá a establecer el tratamiento más adecuado. Sin embargo, los hospitales no siempre utilizan los servicios de psiquiatría para realizar una evaluación psicosocial en los pacientes que se han autolesionado deliberadamente (Slinn et al., 2001), y en ocasiones no hay profesionales de salud mental disponibles para la evaluación de los pacientes suicidas (Baraff et al., 2006). Como consecuencia, los pacientes que acuden al hospital tras haberse autolesionado deliberadamente a menudo abandonan el hospital sin que se les haya realizado una evaluación psicosocial (Barr et al., 2005; Baraff et al., 2006). Sin embargo, otros estudios han encontrado altos porcentajes de pacientes evaluados tras un intento de suicidio. Nordentoft y Sogaard (2005), informaron que el 95% de los pacientes que pasaron por los servicios de urgencias o la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tras un intento de suicidio recibieron una evaluación psiquiátrica, y los casos en que los pacientes no fueron evaluados fue debido a que el paciente falleció o fue transferido a otra unidad para un ulterior tratamiento.

Existen numerosas guías clínicas para el tratamiento hospitalario de pacientes con daño autoinfligido (Suicide Risk Advisory Committee of the Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions, 1996; World Health Organization, 2000b; New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of

Health, 2003; American Psychiatric Association Steering Committee on Practice Guidelines, 2003; National Institute for Clinical Excellence, 2004; Canadian Coalition for Senior's Mental Health, 2006; Magellan Health Services, 2008), pero ninguna de ellas está universalmente aceptada. Tras un intento de suicidio, es crucial determinar si el paciente debe o no ser ingresado. La mayoría de las guías clínicas recomiendan que el alta directa desde el servicio de urgencias sólo debería considerarse si una evaluación psicosocial y un plan de tratamiento han sido concertados antes de que el paciente abandone el hospital, mientras que la hospitalización se recomienda si hay un riesgo inminente de suicidio (Baca-Garcia et al., 2006).

El predictor más robusto de la conducta suicida futura es la historia de intentos de suicidio (Goldstein et al., 1991; Sinclair et al., 2005). El tratamiento psiquiátrico previo (Cooper et al., 2005) o diagnósticos (Harris & Barraclough, 1997; Johansson et al., 1997; Abe et al., 2007) como la depresión mayor (Schneider et al., 2006), el trastorno bipolar (Goldstein et al., 1991; Tondo et al., 2007), el abuso de alcohol (Beck & Steer, 1989; Cooper et al., 2005; Schneider et al., 2006), la esquizofrenia (Harris & Barraclough, 1997), y los trastornos de personalidad (Schneider et al., 2006) también aumentan el riesgo de suicidio. Asimismo, hay evidencias que demuestran el valor predictivo de diversas variables sociodemográficas: como el género, siendo los hombres los que presentan, en la mayoría de los países, mayores tasas de suicidio consumado, mientras que las mujeres presentan mayores tasas de tentativas (Nicholas & Golden, 2001; Schmidtke et al., 2004); la edad, presentando un mayor riesgo las personas de edad avanzada (Nicholas & Golden, 2001); la convivencia, como el hecho de no vivir con un familiar cercano (Cooper et al., 2005) o vivir solo (Johansson et al., 1997; Sinclair et al., 2005). La falta de apoyo social también aparece con frecuencia en la literatura sobre riesgo de suicidio (Mann, 2002b). Otros factores de riesgo incluyen la ideación suicida (Goldstein et al., 1991), la planificación suicida (Joiner, Jr. et al., 2003), y entre los pacientes que han cometido un intento recientemente, la reacción frente a dicho intento (Henriques et al., 2005). La gravedad del intento es también un factor de riesgo para la repetición del intento (Nicholas & Golden, 2001), así como tener problemas de salud física (Johansson et al., 1997; Cooper et

al., 2005), y la evitación de ser descubierto en el momento del intento (Cooper et al., 2005).

Malone *et al.* (1995) evaluaron la precisión de la documentación sobre la historia de conductas suicidas en los informes clínicos rutinarios de paciente ingresados. Encontraron que una parte significativa de la conducta suicida pasada no se registraba en la evaluación clínica rutinaria: los médicos no documentaban actos suicidas previos en un 24% de los pacientes. Peores evaluaciones fueron encontradas por Head *et al.* (1999) tras el análisis de los informes de 338 pacientes que se habían autolesionado deliberadamente. Sólo en el 11% de los pacientes que se encontraban conscientes quedaba reflejada una evaluación psicosocial adecuada. Más recientemente, analizando los datos registrados sobre 70 pacientes que se habían autolesionado deliberadamente, MacCauley *et al.* (2001) encontraron que las circunstancias del intento, los estresores recientes, el diagnóstico psiquiátrico, el riesgo inmediato, y el plan de seguimiento fueron documentados en la mayoría de los casos. Sin embargo, la historia psiquiátrica familiar, la conducta suicida pasada, la historia de abuso de alcohol y otras drogas, y la violencia previa con frecuencia no se documentaban.

Estudio de la Respuesta del Sistema Sanitario

1.2. Programas existentes para la prevención del suicidio.

1.2.1. Marco general.

La Comisión de Enfermedades Crónicas (1957) propuso una clasificación de las medidas preventivas en tres categorías que tuvieron una creciente e importante influencia en todo el mundo y han llegado a estar presentes en la mayoría de las políticas de salud pública: prevención primaria, secundaria y terciaria.

- La *Prevención Primaria* se centraría en actuaciones previas al origen de la enfermedad, buscando por tanto reducir el número de nuevos casos de una enfermedad determinada (incidencia).

- La *Prevención Secundaria* centraría su actuación en el momento en el que la presencia de la enfermedad puede ser identificada, pero antes de que haya

causado problemas o discapacidad, de manera que se dirige a reducir la tasa de casos establecidos de la enfermedad en la población (prevalencia).

- La *Prevención Terciaria* se produciría en el momento en el que ya se ha experimentado sufrimiento o discapacidad debido a la enfermedad con el objetivo de evitar un mayor deterioro o discapacidad futura.

Sin embargo, como discute detalladamente Gordon (1983a), este sistema de clasificación, aunque tiene una apariencia atractiva y es fácil de comprender y aplicar, empezó a quedarse obsoleto cuando se fueron incorporando datos y conceptos de carácter no mecanicista en la investigación biomédica. En concreto, el sistema no sirve para distinguir entre intervenciones preventivas que tienen justificaciones epidemiológicas diferentes y requieren estrategias aplicadas diferentes; y su utilidad es limitada cuando se enfrenta a las enfermedades de tipo crónico, sin un origen biológico claramente identificable, que son actualmente las más habituales. Así, Gordon (1983b) propuso completar la clasificación previa con una aproximación centrada en una valoración entre riesgos y beneficios para diferentes grupos de población, que distinguía entre prevención *universal*, *selectiva* e *indicada*. Esta aproximación ha sido recogida para proponer un marco general de intervención preventiva específico para los trastornos mentales (Mrazek & Haggerty, 1994; Munoz et al., 1995). Concretamente, los tres tipos de prevención se definen del siguiente modo:

- *Prevención Universal*: Intervenciones dirigidas al público en general o a un grupo completo de población que no ha sido previamente identificado mediante un análisis de los factores de riesgo.

- *Prevención Selectiva*: Intervenciones dirigidas a individuos o subgrupos de población que presentan un riesgo de desarrollar un trastorno mental significativamente superior a la media, de acuerdo a evidencias empíricas sobre factores de riesgo de tipo social, psicológico o biológico.

- *Prevención Indicada*: Intervenciones dirigidas a personas de alto riesgo en las que se han identificado signos o síntomas reducidos pero relevantes y detectables que anticipan el desarrollo de un trastorno mental, o marcadores biológicos o psicológicos que indican una predisposición a desarrollar una

enfermedad mental, pero que actualmente no cumplen los criterios diagnósticos del trastorno.

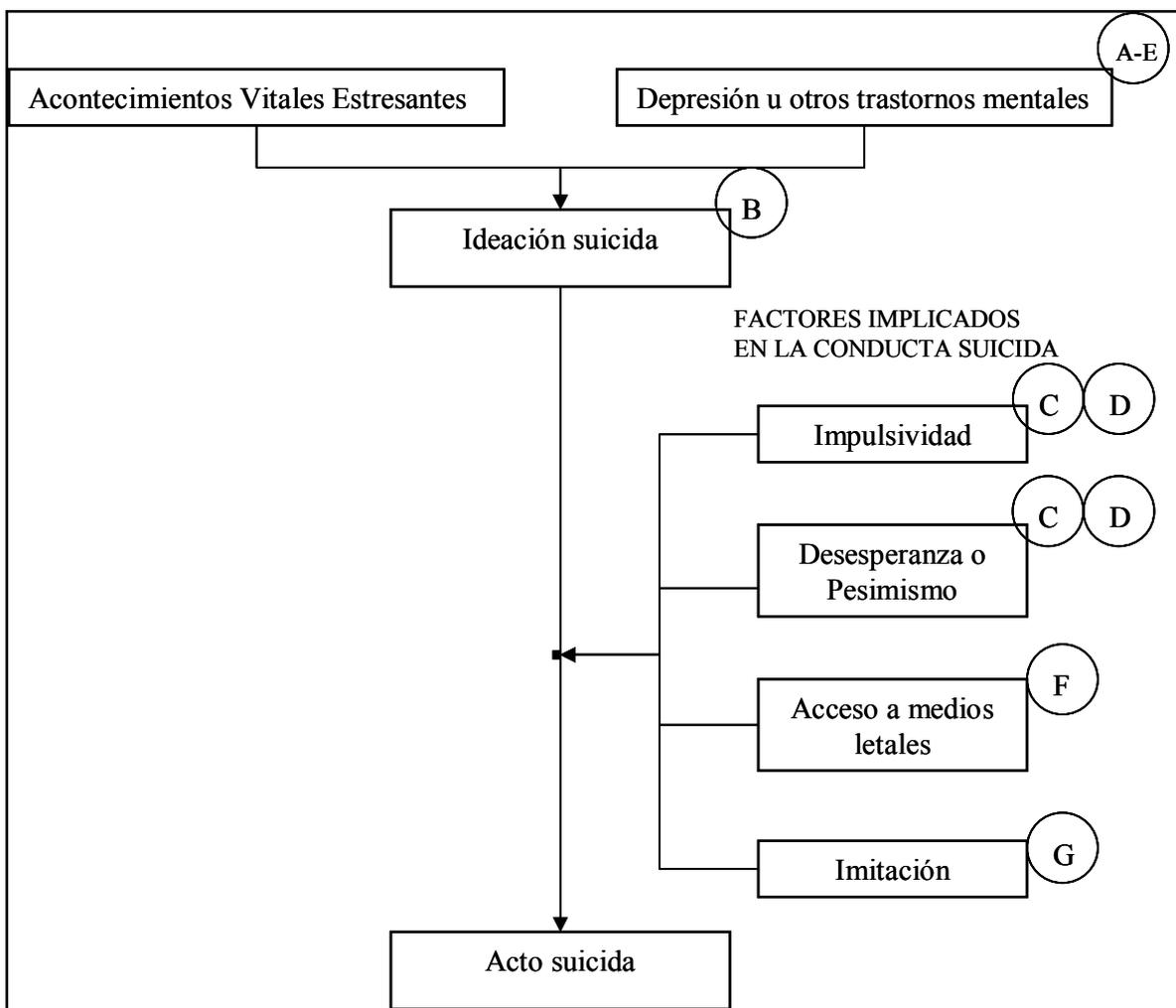
El nivel en el que debería situarse cada tipo de intervención concreta depende de los resultados empíricos obtenidos por las investigaciones y del análisis de costes / beneficios realizado para cada problema y población específicos. A su vez estos tres tipos de prevención pueden aplicarse en tres niveles diferentes de especificidad respecto al contexto concreto de aplicación: intervenciones biopsicosociales, intervenciones ambientales, e intervenciones socioculturales (Plutchik & Van Praag, 1994). Los diferentes programas de prevención del suicidio serán agrupados en cada una de estas dos dimensiones de tres categorías, ofreciendo 9 tipos de estrategias preventivas diferentes, que se refleja en la tabla 14.

Finalmente, en la Figura 3 se representa un modelo que incluye los principales factores de riesgo de la conducta suicida y el tipo de intervenciones que han demostrado ser más eficaces y efectivas en cada una de esos factores vinculados al suicidio, según la exhaustiva revisión realizada por un grupo de expertos internacionales (Mann et al., 2005a). Este modelo de intervención se basa en el modelo de diátesis-estrés de la conducta de suicidio (Mann et al., 1999a) presentado previamente. Las intervenciones específicas propuestas en el modelo para cada uno de los factores de riesgo de la conducta suicida se pueden integrar con el marco general propuesto en la Tabla 14. Es decir, estas intervenciones podrían a su vez clasificarse como universales, selectivas o indicadas dependiendo de su alcance y objetivo específico, o del momento y lugar en el que la acción preventiva vaya a tener lugar.

Tabla 14: Esquema de intervenciones para prevención del suicidio

	BIOPSIICOSOCIAL	AMBIENTAL	SOCIOCULTURAL
UNIVERSAL Intervención destinada a todos los miembros en una determinada población	Ej.: Incorporación de detección de depresión en atención primaria	Ej.: Restricción del acceso a armas de fuego y municiones;	Ej.: Enseñanza de habilidades de solución de conflictos a alumnos de escuelas elementales; Programas que mejoren las relaciones paterno-filiales
SELECTIVA Intervención destinada a ciertos grupos que presentan particular riesgo de suicidio	Ej.: Perfeccionamiento de detección y tratamiento de depresión en atención primaria en la tercera edad	Ej.: Reducción del acceso a medios de autolesión en prisiones	Ej.: Desarrollo de programas para reducir desesperanza y que provean oportunidades (incrementen factores protectores) en poblaciones de alto riesgo: desempleados, adictos, personas mayores, etc.
INDICADA Intervención destinada a individuos que al ser examinados tienen factores de riesgo o condiciones que los colocan en muy alto riesgo	Ej.: Implementación de psicoterapia inmediatamente después de que los pacientes hayan sido evaluados en Urgencias por un intento de suicidio.	Ej.: Medidas para controlar acceso a medios suicidas antes de dar el alta a un paciente que ha intentado suicidarse	Ej.: Desarrollo y promoción de medios para recibir tratamiento por trastornos mentales y por abuso de sustancias; Teléfonos de ayuda; Asociaciones de supervivientes

Figura 3: Objetivos de la prevención del suicidio (Mann et al., 2005b)



TIPOS DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA

- A.** Programas de atención y concienciación para los médicos de Atención Primaria, el público en general o los agentes comunitarios, sociales u organizacionales.
- B.** Detección de individuos con un riesgo elevado.

Tratamiento

- C.** Farmacoterapia: Antidepresivos, incluidos los ISRSs; Antipsicóticos.
- D.** Psicoterapia: Programas de prevención del alcoholismo; Terapia Cognitivo Conductual.
- E.** Seguimiento preventivo de intentos suicidas.
- F.** Restricción del acceso a medios letales.
- G.** Información a los medios de comunicación de las pautas a seguir en los casos de suicidio.

1.2.2. Iniciativas de prevención del suicidio a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud inició en 1999 una iniciativa a escala mundial dirigida a reducir la mortalidad asociada al suicidio, el estudio SUPRE-MISS, consistente en una evaluación detallada en 18 lugares diferentes de los factores asociados a la conducta suicida y en la aplicación de una breve intervención psicoeducativa para los pacientes que hubieran tenido un intento de suicidio. Aunque algunos de los resultados del estudio SUPRE-MISS (World Health Organization, 2002a) han sido recientemente publicados (Bertolote et al., 2005c), no se han informado aún los datos específicos sobre la efectividad de la intervención socioeducativa en las personas que han realizado un intento de suicidio, ni sobre la efectividad general del estudio y la política de la OMS para afectar a los diferentes agentes sociales potencialmente implicados en la reducción del suicidio.

La iniciativa de la OMS en la prevención del suicidio le ha llevado también a realizar y difundir una serie de documentos que ofrecen información, recomendaciones, pautas y guías de acción específicas para diferentes agentes sociales potencialmente implicados en la detección, prevención y tratamiento de la conducta suicida: profesionales médicos, responsables de instituciones penitenciarias, profesores, medios de comunicación, etc. (World Health Organization, 2000a; World Health Organization, 2000b).

Las políticas de la OMS entroncan con otros esfuerzos que diferentes países han realizado en los últimos años, dentro de sus sistemas nacionales de salud, para conocer la situación del suicidio y analizar la efectividad y eficiencia de diferentes intervenciones, con el fin explícito de instaurar protocolos de actuación y políticas específicas de acción. Por ejemplo, en Australia y Nueva Zelanda tienen políticas activas de prevención del suicidio, reflejadas tanto en acciones y planes nacionales desarrollados por organismos públicos, como en la existencia de redes de investigación financiadas con fondos públicos y privados, organizaciones y asociaciones dedicadas al asesoramiento, apoyo y ayuda de familiares y víctimas, varias páginas web muy completas con información detallada y de fácil acceso, etc. (New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health, 2003). Asimismo, en Estados Unidos, en 1999 se subrayó el suicidio como un problema de salud

pública de primera magnitud y en 2001 se desarrollaron las pautas generales de la National Strategy for Suicide Prevention que se han concretado en diferentes líneas de acción específica dirigidas a distintos grupos de riesgo.

1.2.3. Iniciativas existentes a nivel europeo.

El informe sobre suicidio de la región europea de la Organización Mundial de la Salud del año 2002 refleja los países con políticas activas en ese momento para la prevención del suicidio o con previsiones de desarrollarlas. Estos datos se reproducen en la tabla 15.

Tabla 15: Nivel de acciones nacionales en la prevención del suicidio en Europa (World Health Organization, 2002b)

País	Documentos oficiales	Aprobado por el parlamento
<i>Con Acciones Nacionales Preventivas</i>		
Bielorrusia	-	-
Bulgaria	+	-
Dinamarca	-	-
Eslovenia	+	+
Estonia	-	-
Finlandia	+	-
Francia	-	-
Georgia	-	+
Hungría	-	-
Irlanda	+	+
Letonia	-	-
Lituania	+	+
Noruega	+	+
Reino Unido	-	-
República Checa	-	-
Rumanía	+	+
Suecia	+	-
Turquía	+	-
<i>Sin Plan de Acción nacional</i>		
Alemania	+	-
Andorra	-	-
Austria	-	-
Azerbaiyán	-	-
Bélgica	+	-
Croacia	-	-
Eslovaquia	-	-
España	-	-
Grecia	-	-

País	Documentos oficiales	Aprobado por el parlamento
Holanda	-	-
Islandia	-	-
Israel	-	-
Italia	-	-
Kirguizistán	-	-
Moldavia	-	-
Polonia	-	-
Rusia	+	-
Suiza	-	-
Yugoslavia	-	-

Las diferentes áreas en las que se han centrado las políticas de prevención del suicidio en los países europeos que tienen planes nacionales de acción específicos quedan reflejadas en la siguiente tabla. El ámbito escolar es en el que se han producido mayor cantidad de intervenciones.

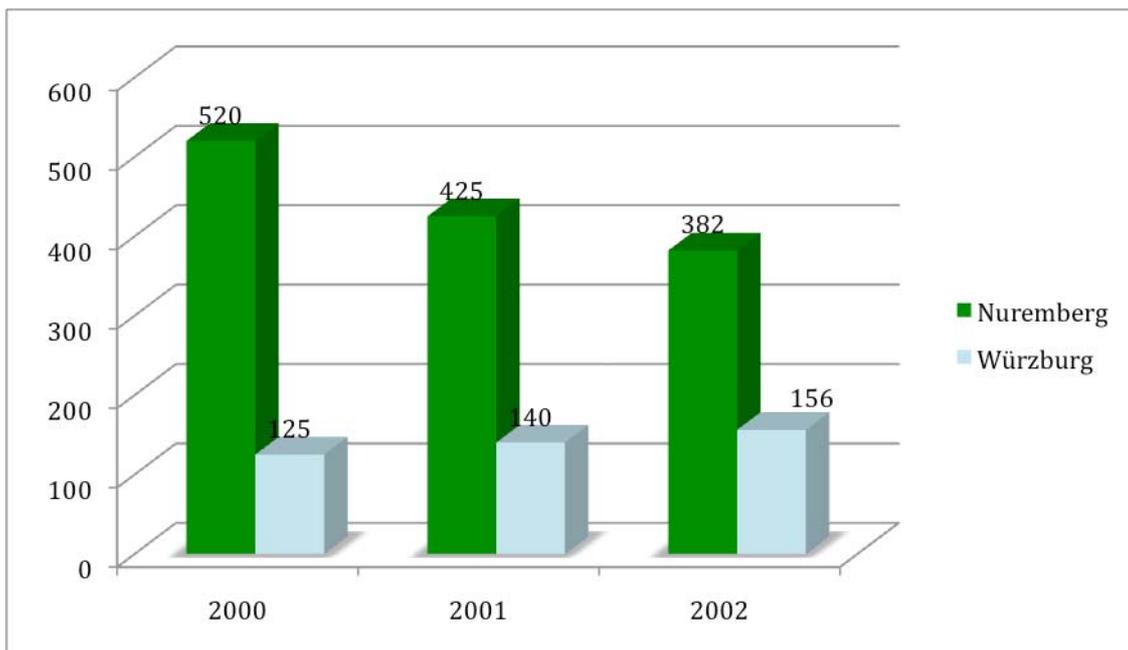
Tabla 16: Ámbitos de intervención en la prevención del suicidio en Europa en los países con planes de acción específicos (World Health Organization, 2002b)

País	Educativo	Laboral	Doméstico	Militar
Bielorrusia	+	-	-	+
Bulgaria	+	-	-	+
Rep. Checa	+	-	-	-
Dinamarca	+	+	-	+
Estonia	+
Finlandia	+	+	+	+
Francia	+	...	+	-
Hungría	+	-	-	+
Irlanda	+	-	-	-
Letonia	+	+	+	+
Lituania	+	-	+	+
Noruega	+	+	-	+
Rumanía	+	+	-	-
Eslovenia	+	-	-	-
Suecia	+	-	-	-
Turquía	+	-	-	+
Reino Unido	+

Una de las acciones más interesantes en Europa respecto a la prevención del suicidio la ha desarrollado la asociación conocida como European Alliance Against Depression (EAAD) (Hegerl & Wittenburg, 2009). En uno de los pocos

estudios empíricos que se han realizado sobre la eficacia de intervenciones preventivas sobre el suicidio, se compararon dos áreas urbanas de Alemania, una de las cuales, Wurzburg, se utilizó como zona de control, mientras que en la otra, Nuremberg, se llevó a cabo una serie de políticas dirigidas a la prevención del suicidio. La efectividad del programa tras dos años de intervención queda reflejada en la figura 4. La intervención se centró en las siguientes fases: 1) Entrenamiento de médicos de familia; 2) Campaña de información sobre la depresión a través de los medios de comunicación; 3) Cooperación con agentes sociales de la comunidad con un papel potencialmente relacionado con las conductas de suicidio (profesores, sacerdotes, etc.); y 4) Apoyo para la realización de actividades de autoayuda dirigidas a grupos de riesgo (Hegerl & Schafer, 2007).

Figura 4: Resultados de la intervención preventiva sobre el suicidio de la EAAD en Alemania (Hegerl & Schafer, 2007)



1.2.4. Programas existentes en España.

Como se señaló previamente, el informe de la OMS del año 2002 refleja que España es uno de los países europeos que en ese momento carecía de un plan de acción a nivel nacional centrado en la prevención del suicidio. Para paliar esa carencia, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio

de Sanidad y Consumo, 2007), estableció 3 objetivos generales, uno de los cuales contempla específicamente la prevención del suicidio, concretamente el 2: “Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general”, así como en el objetivo específico 2.3: “Realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo”. Asimismo, establece la siguiente recomendación: “Desarrollar intervenciones preventivas, preferentemente talleres específicos y entrenamiento en habilidades para la prevención de la depresión y del suicidio, en cada uno de los siguientes entornos: 1) centros docentes, 2) instituciones penitenciarias, y 3) residencias geriátricas”. Además, dentro de los indicadores propuestos en la Estrategia para evaluar la eficacia de la estrategia preventiva, se incluyen dos directamente relacionados con el suicidio, la tasa de altas por autolesiones y la tasa de mortalidad por suicidio.

Sin embargo, hay que destacar la ausencia aparente de datos sobre las características del suicidio y la ideación suicida en España. Como consecuencia de la carencia hasta el momento de un plan nacional de prevención, no existe prácticamente información sobre los factores de riesgo y protectores del suicidio en España en diferentes ámbitos y no se conoce qué intervenciones podrían ser más eficaces, efectivas o eficientes.

Una de las pocas excepciones se encuentra en Cataluña, como integrantes del trabajo de la European Alliance Against Depression descrito anteriormente; donde sobre una población objetivo superior a las cien mil personas en la zona de Dreta L'Eixample, se realizó la campaña de prevención de la depresión descrita previamente enfocada en cuatro ámbitos: campañas de publicidad, información a los médicos de familia, cooperación con agentes sociales, e intervención con grupos de riesgo. Sobre este último aspecto se ha realizado un proyecto para la prevención del suicidio consistente en cuatro fases: 1) Exploración y recogida de datos; 2) Sensibilización; 3) Cribado y tratamiento; y 4) Evaluación del programa. No se dispone aún de los resultados de este programa, pero los objetivos que se planteaba a los tres meses de inicio de la respuesta asistencial son:

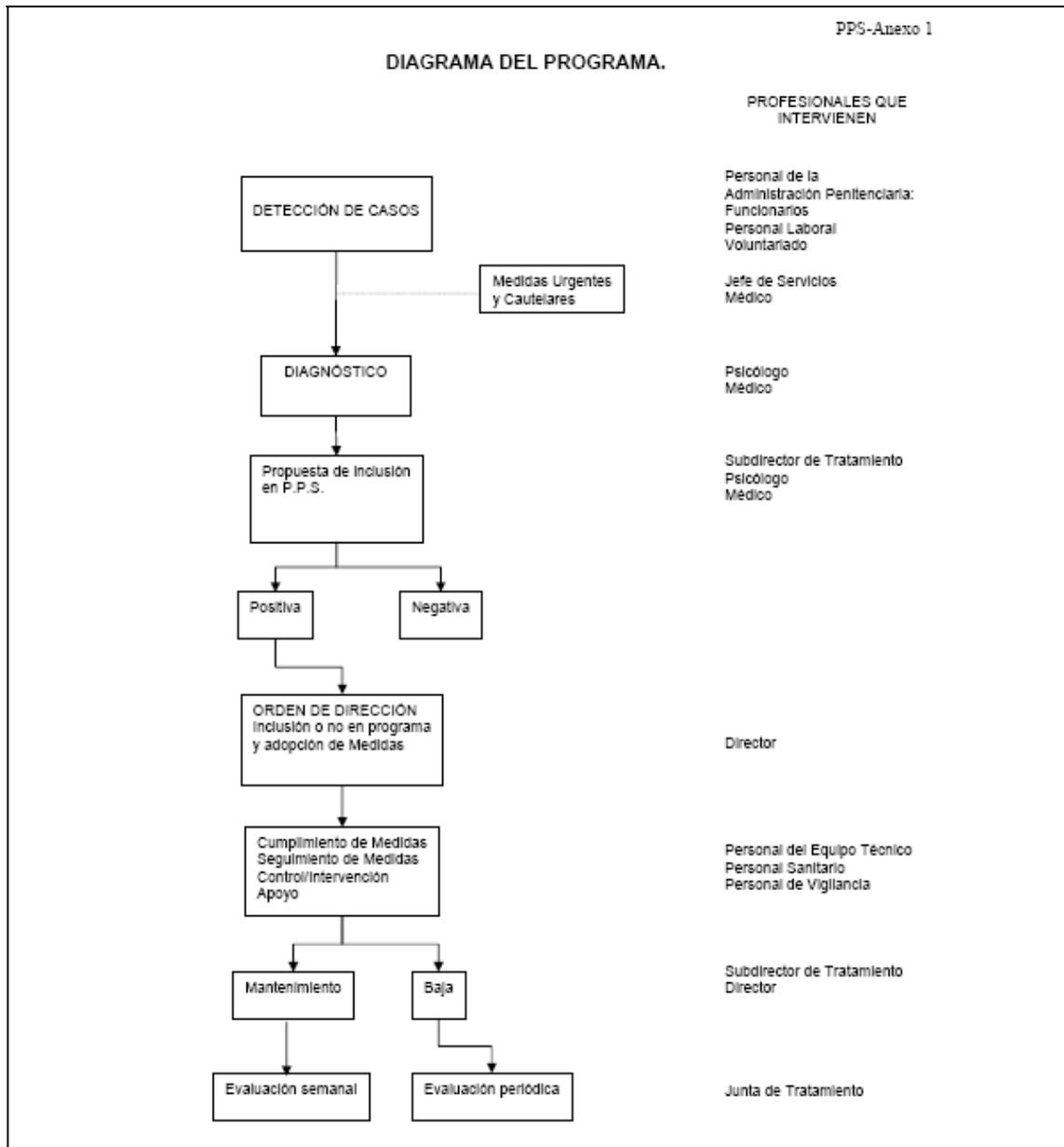
- Mayor detección precoz del riesgo suicida, evidenciada por el aumento de consultas por ideación suicida.

- Reducción del número de pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital para control del riesgo suicida.
- No aumento de la demanda de asistencia por intentos de suicidio en el Servicio de Urgencias de Psiquiatría. (No impacto del “efecto contagio social” posible con la campaña psicoeducativa).
- Remisión del riesgo de suicidio en el 30% de los pacientes incluidos en el programa, pudiendo darles de alta en los 3 meses.

En otras regiones de España, incluyendo a Madrid, no parece haber hasta el momento políticas específicas de prevención del suicidio. En el ámbito sanitario la Sociedad Española de Médicos de Familia y Comunitaria (SEMFYC) propone algunas pautas de actuación, que no vienen acompañadas de un protocolo específico ni se concretan en regulaciones específicas sobre los pasos a seguir.

En las instituciones penitenciarias se ha seguido tradicionalmente una política preventiva centrada en la restricción del acceso a medios dañinos o letales en personas en las que se apreciaba riesgo de autolesiones o de suicidio. El 10 de agosto de 2005 se publicó el programa marco de prevención del suicidio en instituciones penitenciarias (Dirección general de instituciones penitenciarias, 2005), centrado en varios pasos que se ilustran en la siguiente gráfica. No hay de momento datos disponibles sobre la efectividad de este plan de acción en el control del suicidio en las instituciones penitenciarias, aunque el elevado control que el entorno permite en este contexto lleva a pensar que la efectividad, dado un plan de acción altamente especificado, debe ser adecuada, aunque las acciones realizadas son difícilmente generalizables al control y prevención del suicidio en la comunidad, tanto por las diferentes características de la población como del entorno de actuación. Así, la gráfica siguiente ilustra el algoritmo de decisión que guiaría el proceso, con intervenciones preferentemente de tipo selectivo o indicadas y centradas sobre todo en los aspectos ambientales, aunque el programa marco pretende dar cabida también a medidas sociales y biopsicológicas cuando sea oportuno.

Figura 5: Diagrama del programa (Dirección general de instituciones penitenciarias, 2005)



1.2.5. Evidencias sobre la efectividad de las intervenciones existentes.

A pesar de que la historia de esfuerzos planificados para reducir el índice de suicidios en la comunidad abarca varias décadas, la disponibilidad de evidencia sobre sus resultados es aún escasa. Muchos estudios son sólo de naturaleza descriptiva y la oportunidad de encontrar efectos significativos en los estudios controlados se ve obstaculizada por la baja incidencia de suicidios y las barreras

éticas para la utilización de los ensayos clínicos aleatorios con grupo control. Según el informe compendiado sobre la prevención de los trastornos mentales (World Health Organization, 2004), las estrategias más efectivas para prevenir suicidios incluyen la prescripción de medicamentos antidepresivos a pacientes que padecen depresión y la reducción del acceso a las formas de cometer suicidio. Para la prevención del suicidio entre los jóvenes, se recomienda un enfoque de componentes múltiples con base en la escuela.

Las líneas telefónicas de atención y los centros de crisis representan una de las estrategias sistemáticas más tempranas para prevenir el suicidio. Sin embargo, los estudios sobre resultados finales durante las últimas décadas no han proporcionado evidencia convincente que indique que dichas líneas y centros tengan algún impacto en los índices de suicidio. Sin embargo, algunos resultados sugieren un efecto positivo. Por ejemplo, en Italia se combinó una línea telefónica de ayuda para ancianos con un servicio de visitas al hogar. En un estudio cuasi-experimental durante un período de 11 años, se observó un descenso de 71% en los suicidios entre los 18641 usuarios del servicio para ancianos en comparación con un grupo de población de iguales características (De Leo et al., 2002a).

Por otra parte, la evidencia indica que la educación sobre el suicidio en los entornos escolares no ha mostrado ningún impacto sobre las conductas suicidas. Hay incluso indicaciones que apuntan a que dicha educación puede aumentar la cifra de estudiantes que consideran el suicidio como una posible solución a sus problemas. Sin embargo, la detección sistemática directa de adolescentes, utilizando factores de predicción de suicidio basados en evidencia, es considerada una estrategia de salud pública efectiva para hacer frente al suicidio entre los adolescentes. Un ejemplo positivo es un programa que se aplicó en un distrito escolar público en Miami, Estados Unidos, que abarcaba alrededor de 330000 niños y adolescentes de escuela primaria, media y secundaria, incluyó una política escolar de prevención de suicidio, capacitación y consulta de los maestros, educación a los padres, plan de estudios para el manejo del estrés y habilidades de supervivencia y el establecimiento de un grupo de crisis en cada escuela. En un estudio longitudinal de cinco años, se observó una reducción de 63% en la cifra anual de suicidios entre estudiantes y una reducción de 64% en los intentos de suicidio (Zenere, III & Lazarus, 1997).

El tipo de prevención de suicidio que ha demostrado resultados más definitivos y dramáticos está relacionado con la reducción del acceso a los medios para cometer suicidio (Leenars, 2001). Las estrategias incluyen desintoxicación de gas doméstico y sistema de escape de los automóviles, medidas de seguridad en los edificios altos y puentes, control de la disponibilidad de sedantes y analgésicos y acceso restringido a los pesticidas. La OMS (2005) ha propuesto la reducción del acceso a los medios de cometer suicidio como un componente estratégico esencial de su modelo humano – ecológico para la prevención del suicidio.

La siguiente tabla resume los resultados de la exhaustiva y sistemática revisión de la eficacia de las estrategias existentes para la prevención del suicidio, realizada por un amplio grupo de expertos mundiales en este ámbito (Mann et al., 2005c). Aparte de los datos específicos sobre la efectividad de cada tipo de intervención, lo que resulta llamativo del trabajo resumido en la tabla es, por un lado, la variabilidad sobre la efectividad en algunas estrategias (p.ej., un rango entre el 22% y el 73% en la educación dirigida a médicos de atención primaria) y, sobre todo, la escasez de datos existentes sobre la efectividad de la mayoría de intervenciones. Y donde los hay, son siempre limitados por el diseño del trabajo, por las dificultades de generalización, y por las escasas replicaciones de los datos. En general hay pocas evidencias, por lo que las intervenciones preventivas normalmente usan una estrategia de amplio espectro, al estilo de la propuesta de la EEAD descrita previamente, combinando intervenciones universales, selectivas e indicadas y en distintos ámbitos y contextos. Además, la recomendación general sería que las intervenciones se basaran en las características específicas de la población en la que se pretende prevenir la conducta suicida, por lo que si esos datos no están disponibles, el primer paso sería realizar estudios exploratorios en cuyos resultados puedan basarse posteriormente las indicaciones.

Tabla 17: Reducción post-intervención en la tasa total de suicidios por año (Mann et al., 2005b)

Tipo de intervención	% de reducción en suicidios por año
<i>Educación dirigida a:</i>	
Población general	No disponible
Médicos de atención primaria	22-73%
Militares (Estados Unidos)	40%
<i>Incremento en prescripciones de antidepresivos</i>	3.2%
<i>Red de atención</i>	No disponible
<i>Restricción de acceso a medios letales</i>	
Armas de fuego	1.5- 9.5%
Gas doméstico	19-33%
Barbitúricos	23%
Emisiones de los vehículos	No disponible
Analgésicos	No disponible
<i>Control de información en medios de comunicación</i>	No disponible

1.3. Aplicabilidad de los programas en la Comunidad de Madrid.

Uno de los pocos antecedentes de análisis sistemático de la conducta suicida en Madrid se ha realizado en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. Concretamente, se recogió información durante los años 1996, 1997 y 1998, en los que se registraron 563 intentos de suicidio de pacientes. Los datos de este análisis de la conducta suicida reflejan que un tercio de los pacientes había acudido a su médico de atención primaria en el mes previo al intento de suicidio y dos tercios de los pacientes que previamente habían sido diagnosticados de alguna psicopatología habían acudido a su psiquiatra en el mes anterior. El perfil de pacientes que acudía al psiquiatra y al médico de atención primaria era diferente. Los autores de este estudio (Madoz-Gúrpide et al., 1999) sugieren que “las estrategias preventivas de la conducta suicida en la atención primaria deben ser objeto de estudio para averiguar qué marcadores pueden ser útiles en la identificación de pacientes con riesgo suicida en atención primaria”. En concreto, proponen el factor "aumento en la frecuencia de visitas al médico" como posible marcador. Los análisis de los intentos de suicidio identificados en el hospital en ese

periodo, también permitieron sugerir algunas características demográficas que podrían tener relación con la conducta suicida en la Comunidad de Madrid. Así, el 64% eran mujeres, el 52% estaban solteros y el 89% tenían algún trastorno mental de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Además, se sugiere que la existencia de planes específicos de suicidio y la intención de repetir están fuertemente asociados a los intentos de suicidio, y que los protocolos de evaluación hospitalaria deberían incluir preguntas específicas sobre ideación y planes (Baca-Garcia et al., 2004).

Un elevado porcentaje de las personas que han cometido un intento de suicidio volverán a intentarlo en un futuro próximo. Por tanto, las personas que han cometido un intento son un grupo de riesgo que se puede detectar en un número elevado de casos dado que es habitual que tras el intento muchas personas acudan a urgencias o al médico de atención primaria. De este modo, parece fundamental que los servicios de urgencia, de enfermería, de psiquiatría y de atención primaria tengan preparados protocolos de actuación específica para la identificación de un posible caso de suicidio y para dirigir la actuación a realizar cuando se identifique un caso. Por ejemplo, el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid, cuenta con un “Protocolo de actuación de enfermería para los pacientes que presentan riesgo suicida” que ofrece al personal información sobre las características de la conducta suicida y factores de riesgo, rebate algunas ideas erróneas comunes sobre el suicidio, ofrece preguntas específicas para valorar el riesgo suicida (la existencia de ideas de suicidio, conductas suicidas previas, intensidad, planes específicos) y presenta una serie de medidas de actuación para los casos en los que se identifique riesgo de suicidio. Las medidas que se presentan son de dos tipos: 1) Medidas Generales, como cambios ambientales (ubicar al paciente cerca del control, bloqueo de ventanas, evitar que acumule medicación, controlar el acceso a objetos punzocortantes, etc.) o control de aspectos afectivos o conductuales (no reforzar ideas o conductas inadecuadas como sentimientos de culpa, registrar la conducta del paciente y observar patrones, animarle a expresar sus sentimientos, observar y registrar sus relaciones con otros pacientes); 2) Medidas Especiales, en casos de riesgo mayor o inminente, como contactos programados con el paciente, cerrar el cuarto de baño, contención mecánica si es precisa, revisión periódica de pertenencias, habitación y

taquilla. También fija que debe prestarse especial atención en ciertos momentos puntuales como los cambios de turno o durante el reparto de la medicación. Sin embargo, no se ha evaluado de manera sistemática la efectividad y eficacia de estas medidas por lo que se carece actualmente de evidencia empírica sobre su grado de adecuación.

2. OBJETIVOS

El objetivo de la presente investigación fue realizar un estudio de campo epidemiológico que nos permitiera conocer la incidencia y las características de los intentos de suicidio en la población madrileña (mortalidad, métodos, antecedentes psicopatológicos, tratamiento que recibe el paciente), con el fin de identificar los factores de riesgo y los puntos de actuación para la intervención preventiva, fundamentalmente entre la población que acude a urgencias. Dicho estudio se llevó a cabo en el ámbito hospitalario y ambulatorio de 4 áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid sobre la base de una recogida de información de manera sistemática de las urgencias atendidas por intento de suicidio en 4 centros hospitalarios.

Más concretamente podemos definir varios objetivos específicos:

- Obtener información epidemiológica sobre la incidencia de los intentos de suicidio en los servicios sanitarios de urgencias de la Comunidad de Madrid a partir de una muestra representativa que cubre 4 áreas sanitarias.
- Describir las características clínicas de las personas atendidas por intento de suicidio en los servicios de urgencias.
- Describir los contactos sanitarios previos al intento de suicidio.
- Analizar la calidad de los informes clínicos de los pacientes vistos tras un intento de suicidio.
- Describir la respuesta del sistema sanitario tras la intervención en urgencias.

- Analizar del cumplimiento de las recomendaciones de seguimiento al alta en la red de Salud Mental.

3. MÉTODO

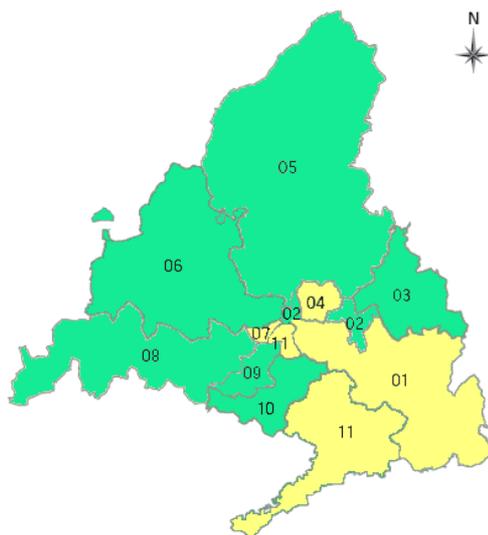
3.1 Diseño

El diseño empleado en esta investigación fue observacional descriptivo transversal.

3.2. Ámbito de Estudio

El estudio se realizó en 4 áreas sanitarias de la Comunidad Autónoma de Madrid intentando representar los diferentes entornos donde se realiza la asistencia sanitaria. Se seleccionaron cuatro hospitales públicos, que son los hospitales de referencia para una población de 2792747 personas:

- Hospital General Universitario Gregorio Marañón (área 1): con una población de 754390 personas.
- Hospital Universitario Ramón y Cajal (área 4): con una población de 597300 personas.
- Hospital Clínico San Carlos (área 7): con una población de 562894 personas.
- Hospital Universitario 12 de Octubre (área 11): con una población de 878163 personas.



2

² Mapa de la Comunidad Autónoma de Madrid con las áreas sanitarias en las que se realizó el estudio resaltadas en amarillo.

3.3. Muestra

3.3.1. Criterios de inclusión.

Se incluyeron todos los pacientes que entre el 9 de Noviembre de 2007 y el 8 de Marzo de 2008, ambos incluidos, acudieron a los hospitales seleccionados por un intento de suicidio y las personas que estando ingresadas en dichos hospitales en ese periodo realizaron un intento de suicidio. Se incluyó tanto población adulta como población en edad pediátrica, pues los centros sanitarios escogidos disponen de dispositivos sanitarios de urgencia para la población infanto-juvenil.

Los intentos de suicidio fueron definidos siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud comentada en la introducción: “Aquellas situaciones en las que la persona ha cometido un acto que amenaza su vida con la intención de poner su vida en peligro o dando la apariencia de tal intención. Incluye actos interrumpidos por otros antes de que el daño real ocurra” (World Health Organization, 2002). Se incluyeron por tanto casos como sobreingestas medicamentosas voluntarias con la finalidad de llamar la atención. Asimismo, también se incluyeron los episodios en los que no había ocurrido ningún daño físico, como cuando un individuo era rescatado justo antes de saltar por la ventana.

3.3.2. Aspectos éticos

Antes del estudio, se obtuvo aprobación por el comité ético de cada uno de los hospitales para la realización del mismo.

Al tratarse de un estudio observacional, no se realizó ninguna intervención directa sobre las personas ni se alteró el proceso asistencial, por lo que no fue necesario solicitar consentimiento informado a las personas implicadas, dado que los datos recogidos fueron los estrictamente necesarios para la investigación y se trataron de forma anónima.

El acceso a la historia clínica del paciente se realizó exclusivamente con fines de investigación y garantizando la confidencialidad. A cada caso se le asignó un código identificativo formado por las iniciales de su nombre y apellidos y su fecha de nacimiento. En ningún caso se recogió dirección ni teléfono de los pacientes ni ningún dato que sirviera para ser identificado al margen de los fines propios de la investigación (enlazar datos de urgencias con datos ambulatorios).

3.4. Procedimiento de Recogida de Información

Durante los 4 meses del estudio, el personal de investigación participante recogió cada día por la mañana la información relativa a las personas atendidas por intentos de suicidio o conductas autolesivas en las 24 horas previas (72 horas los lunes) a través del contacto con los médicos del servicio de urgencias. Se siguió la historia de los pacientes por los diferentes servicios del hospital hasta su alta en el mismo y se anotó la derivación recibida. En los casos en los que los pacientes eran derivados a otro hospital de la misma área sanitaria (Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Hospital Dr. Rodríguez Lafora, Fundación Jiménez Díaz y Complejo Asistencial Benito Menni) o de alguna de las otras áreas en las que se realizó el estudio, los casos se siguieron hasta el alta. Sin embargo, no se hizo seguimiento cuando la persona era derivada a un centro privado o a un centro público de un área sanitaria diferente de las 4 áreas donde se realizó el estudio.

A partir de los datos administrativos accesibles a la Oficina Regional de Salud Mental se cruzaron los datos de las personas atendidas con los datos de actividad asistencial en la red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. El cruce de los datos registrados a partir de las iniciales y fecha de nacimiento, permitió conocer si tras ser atendidos en el servicio de urgencias las personas eran vistas dentro de la red pública de Salud Mental.

Los investigadores que recogieron los datos eran independientes del personal médico y sólo los jefes del servicio de cada hospital conocían los propósitos específicos del estudio.

Antes del comienzo del estudio se realizó un estudio piloto. Durante el mismo, los investigadores encargados de la recogida de datos fueron diariamente a sus correspondientes hospitales para conocer cómo obtener toda la información necesaria en el caso concreto de cada hospital y ver los problemas que surgían con el protocolo de recogida de información. Asimismo, se realizaron reuniones semanales para analizar las dificultades que iban surgiendo en la recogida de datos, mejorar el protocolo de recogida de información y para garantizar la homogeneidad de la recogida de datos en los cuatro hospitales. Los datos recogidos en el estudio piloto fueron posteriormente destruidos y no se han utilizado para ninguno de los análisis. Posteriormente, se realizó el protocolo definitivo de recogida de datos y se comenzó el estudio. Se mantuvieron las

reuniones semanales o quincenales para garantizar la homogeneidad en la recogida de información y resolver pequeñas dudas o problemas que surgieron durante la misma.

A partir de los datos recogidos en las historias clínicas se completó un protocolo de investigación (ver apéndice) en las siguientes áreas de interés para los objetivos del estudio:

- Datos sociodemográficos
- Fecha de atención en urgencias y fecha de alta
- Características y gravedad del intento y lesiones consecuentes: Lethality

Rating Scale and Method attempt coding, (Beck et al., 1975). Esta escala establece la letalidad (el daño físico producido por el intento) para ocho posibles métodos comunes en los intentos de suicidio. La puntuación de letalidad en cada ítem tiene un rango que va desde cero (ningún daño o mínimo) a ocho (muerte). Se obtiene también una puntuación total con un rango 0-8, reseñando la letalidad del método que mayor daño ha producido, en el caso de que se haya empleado más de un método de manera simultánea.

- Factores de rescate: sub-escala de rescate de Weisman y Worden (1972). Dicha sub-escala está compuesta de cinco ítems que puntúan de 1 a 3. La puntuación total se calcula sumando las puntuaciones de los cinco ítems:

- Muy rescatable (puntuación total: 14-15)
- Moderada-altamente rescatable (puntuación total: 12-13)
- Moderadamente rescatable (puntuación total: 10-11)
- Moderadamente-poco rescatable (puntuación total: 8-9)
- Poco rescatable (puntuación total: 5-7)

- Primera evaluación psiquiátrica realizada: quién, cuándo y dónde la realiza.

- Factores de riesgo (ideación suicida, planificación del intento y reacción frente al mismo).

- Circunstancias vitales desencadenantes
- Diagnóstico psiquiátrico actual
- Antecedentes de patología psiquiátrica y de intentos de suicidio

- Asistencia previa recibida
- Presencia de apoyo social
- Comorbilidad médica
- Pautas de tratamiento y manejo indicadas en urgencias
- Derivación al alta.
- Datos sobre las características y la calidad de la valoración del intento de suicidio y la adecuación de las intervenciones llevadas a cabo

Para la recogida de datos se rellenó un protocolo en papel para cada paciente a partir de las historias clínicas del hospital. Posteriormente dicho protocolo fue introducido en una base de datos del programa Microsoft Office Access 2003 en la que las categorías de codificación estaban predefinidas y delimitadas de antemano. Esta base de datos fue posteriormente volcada a diferentes paquetes estadísticos para realizar los análisis: Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versión 17.0) y Stata 10.0 (StataCorp, 2007).

3.5. Análisis Estadístico

Estudio de la incidencia de la conducta suicida.

Para el análisis de la incidencia de la conducta suicida atendida se obtuvo la incidencia estandarizada por edad de acuerdo al estándar poblacional de la Organización Mundial de la Salud (Ahmad et al., 2000). Las diferencias en las tasas de incidencia entre grupos fueron comparadas mediante el procedimiento de contraste de hipótesis definido en el paquete estadístico Stata 10.0 (StataCorp, 2007) mediante el comando *iri*.

Para hallar el ratio de suicidios consumados por cada 100 intentos de suicidio, se calculó la incidencia cruda de suicidios consumados en el año 2008 en la CAM con los datos del INE. A partir de dichos datos y de la estimación de la incidencia cruda de intentos en un año en la CAM obtenida a partir de los datos de este estudio se calculó el ratio con la fórmula:

$$\text{Ratio} = [\text{consumados} / (\text{intentos} + \text{consumados})] * 100$$

Estudio de las características de los intentos de suicidio.

Para analizar las características sociodemográficas de las personas atendidas tras un intento de suicidio y las características de los mismos se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de diversas variables para el total de la muestra y para el grupo de mujeres y hombres por separado. Posteriormente se hicieron comparaciones estadísticas entre hombres y mujeres de las diferencias en las medias o en las proporciones para los distintos niveles de cada variable (pruebas *t* de Student para muestras independientes o análisis de varianza univariados, para los contrastes de diferencias de medias; pruebas *chi*-cuadrado (χ^2) de Pearson para los contrastes en variables categóricas).

Para los análisis de datos se consideraron asimismo algunas poblaciones especiales, para las cuales se obtuvieron los estadísticos descriptivos separados por grupos y se compararon las puntuaciones en ambos grupos. Dichos grupos se realizaron en función de las siguientes características:

- Nacionalidad: se dicotomizó la muestra de personas con algún intento de suicidio entre: españoles *versus* no españoles.
- Edad: se hicieron tres grupos en función de la edad: niños-adolescentes (menores de 18 años), adultos (18-64 años) y personas mayores (mayores de 65 años).
- Repetición de los intentos: se compararon las personas que cometían su primer intento con aquellas con intentos previos, teniendo en cuenta los intentos realizados previamente al comienzo del estudio (según la información de los informes clínicos) y los intentos realizados a lo largo de los 4 meses del estudio.

Para analizar las características sociodemográficas de las personas con intentos de suicidio se utilizó la muestra de personas que habían cometido algún intento de suicidio, de modo que los datos de las personas que cometieron más de un intento durante el periodo del estudio sólo se cogieron una vez.

Para los análisis de las características de los intentos, en cambio, se utilizó la muestra de intentos totales de la que se eliminaron aquellos casos en los que no se pudo acceder al informe en el hospital debido a que éste se había perdido o a que no se llegó a realizar porque el paciente se fugó antes de ser evaluado. De dichos casos sólo constaba la información sociodemográfica y el hecho de que cometieron un intento de suicidio, pero no había ningún tipo de información referente a las

características del intento. Por tanto, estos análisis se realizaron sobre una muestra de 996 intentos de suicidio.

Estudio de la calidad de la evaluación de la conducta suicida.

Para el propósito de estos análisis, se eliminaron 16 casos en los que la evaluación no se pudo llevar a cabo porque el paciente se escapó o falleció, por lo que el tamaño muestral final consta de 993 informes clínicos.

Basados en la evidencia científica disponible en la actualidad, y en las recomendaciones de las guías clínicas de prevención del suicidio, y asumiendo que hay determinadas variables demográficas como el género y la edad que se evalúan sistemáticamente en todos los informes, se seleccionaron siete indicadores para analizar la calidad de la información presente en los informes clínicos, considerando que son la información mínima necesaria para evaluar el nivel de riesgo de un paciente que ha intentado suicidarse. Estos indicadores son:

- Antecedentes de atención psiquiátrica
- Intentos de suicidio previos
- Apoyo social o familiar
- Ideación suicida
- Planificación suicida
- Reacción frente al intento
- Grado de daño médico como resultado del intento actual.

Para cada informe, se codificó si cada uno de los indicadores estaba o no presente. Posteriormente, la distribución de frecuencias de cada indicador se analizó para obtener la información que indica en qué grado los informes clínicos cubren dicha información. La suma de cada uno de estos indicadores dicotómicos (asignando 0 cuando la información no estaba recogida y 1 cuando estaba recogida), ofrece una puntuación total de la calidad de la evaluación que oscila entre 0 y 7. Debido a que las puntuaciones de calidad no tenían una distribución normal, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar las puntuaciones de calidad entre hombres y mujeres; pacientes dados de alta directamente desde urgencias y pacientes ingresados; pacientes que cometían su primer intento con pacientes que tenían intentos previos; y pacientes españoles e inmigrantes. Para

comparar las puntuaciones de calidad en los tres grupos de edad se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis.

Para hacer estos grupos se eliminaron algunos casos. Los grupos de ingresados *versus* dados de alta se formaron usando 958 casos, eliminando los pacientes que se escaparon tras la evaluación pero antes de que se realizase la derivación y aquellos en los que en los informes no constaba si el paciente había sido ingresado o dado de alta. El grupo de recurrentes *versus* no recurrentes se formó con 558 casos en los que se mencionaba si el paciente tenía o no intentos previos. Debido a que éste era además uno de los indicadores de calidad, este indicador se eliminó para realizar los análisis, quedando un rango de puntuaciones de 0 a 6. La prueba *chi*-cuadrado se llevó a cabo para comparar la frecuencia de la documentación de cada indicador en cada uno de los grupos.

Estudio de la respuesta del sistema sanitario.

Con el objetivo de analizar si las personas que al alta fueron derivadas al centro de salud mental, acudieron a dicho seguimiento, se cruzaron los datos recogidos en los cuatro hospitales con los datos administrativos de actividad asistencial en la red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. El cruce de los datos registrados a partir de las iniciales y fecha de nacimiento, permitió conocer si en los tres meses siguientes a ser atendidos en el servicio de urgencias las personas fueron vistas dentro de la red pública de Salud Mental.

Estos análisis se realizaron con los 1009 intentos, ya que aunque de algunos casos no hubiese información detallada sobre el intento en todos ellos se disponía de la información mínima para poder comprobar si la persona fue registrada en algún Centro de Salud Mental (iniciales y fecha de nacimiento).

4. RESULTADOS

4.1. Estudio de la incidencia de la conducta suicida atendida

4.1.1. Incidencia total y por hospital.

Durante los 4 meses del estudio se recogieron un total de 1009 intentos realizados por 921 personas entre las 4 áreas sanitarias. 57 personas (6.2%) cometieron más de un intento (rango entre 2 y 10 intentos, media = 2.5, desviación típica = 1.3). Teniendo en cuenta que la población total de las cuatro áreas sanitarias es de 2792747 habitantes, esto supone una incidencia de 34.024 personas por 100000 habitantes en 4 meses, tras estandarizar la incidencia por edad de acuerdo al estándar poblacional de edad de la OMS (Ahmad et al., 2000). Extrapolando al resto del año, asumiendo que no hay diferencias significativas entre los distintos meses del año, en cuanto al número de intentos de suicidio atendidos (Caballero Valles et al., 2008), la incidencia anual estimada es de 102.07 por cien mil habitantes. Para cada una de las áreas sanitarias consideradas, los resultados se presentan desglosados para hombres y mujeres en la tabla 1, junto con la probabilidad de los contrastes estadísticos para las diferencias en incidencia entre hombres y mujeres. El gráfico 1, a su vez, presenta la incidencia directa (cruda) separada por grupos de edad. Los grupos están separados en intervalos de cinco años, aunque dado que no es esperable que aparecieran muchos intentos en las edades más bajas o más altas, el grupo de menos edad se aglutinó en menos de 9 años y el de más edad en más de 85 años.

Tabla 18: Incidencia total y por hospital (en 4 meses). Tasas crudas (no estandarizadas por edad)

Hospital	Hombres Incidencia por 100000 hab.	Mujeres Incidencia por 100000 hab.	Total Incidencia por 100000 hab.	<i>p</i>
Gregorio Marañón	29.921	57.674	44.241	<0.001
12 de Octubre	20.105	37.597	29.145	<0.001
Ramón y Cajal	23.776	42.637	33.684	<0.001
Clínico San Carlos	22.848	33.870	28.710	0.018

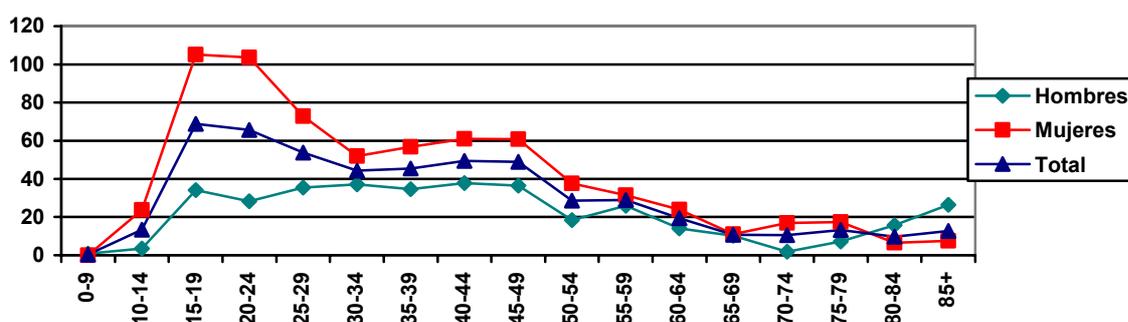
Total	24.201	43.502	32.978	<0.001
--------------	---------------	---------------	---------------	------------------

La incidencia cruda de suicidios consumados en el año 2008 en la CAM fue de 2.84 por 100000 habitantes (4.54 por 100000 en hombres y 1.24 por 100000 en mujeres). A partir de la incidencia de intentos obtenida en este estudio es posible estimar una proporción de 2.7 suicidios consumados por cada 100 intentos en la población general de la CAM, siendo de 5.9 suicidios consumados por cada 100 intentos en hombres y 0.9 por cada 100 intentos en mujeres.

Tabla 19: Incidencia total por hospital (4 meses). Tasas estandarizadas por edad

Hospital	Hombres Incidencia por 100000 hab.	Mujeres Incidencia por 100000 hab.	Total Incidencia por 100000 hab.
Gregorio Marañón	27.276	60.103	43.539
12 de Octubre	18.435	39.615	28.986
Ramón y Cajal	20.796	43.903	32.918
Clínico San Carlos	20.267	39.682	30.054
Total	21.880	46.354	34.024

Gráfico 1: Incidencia por edad (por cien mil habitantes).



4.1.2 Características demográficas: edad, género, estado civil, hijos, convivencia, nacionalidad y profesión.

De las 921 personas que cometieron alguna tentativa de suicidio 311 (33.8%) fueron hombres y 610 (66.2%) fueron mujeres, con una media de edad de 37.17 años (D.T. = 15.3).

Los siguientes análisis se realizaron tomando como muestra las 921 personas que habían cometido algún intento de suicidio durante el periodo de estudio y se calcularon separadamente las tasas para hombres, mujeres y las tasas totales.

En la tabla 26 se presentan los resultados de una prueba *t* de comparación de medias sobre la edad en función del género, junto con la estimación insesgada del tamaño del efecto.

Tabla 20: Comparación de medias de edad entre hombres y mujeres

	Hombres	Mujeres	Total
n (%)	311 (33.8%)	610 (66.2%)	921 (100%)
Edad: media, d.t.	38.5 ± 14.7	36.5 ± 15.6	37.17 ± 15.3
<i>t</i>	1.89 95% IC: -0.08 / 4.1		
<i>p</i>	0.059		
Tamaño del efecto (<i>g</i> de Hedges)	0.013 95% IC: -0.01/ 0.27		

En la siguiente tabla se presentan los datos sociodemográficos separados para hombres y mujeres. Las comparaciones mediante la prueba *chi*-cuadrado de Pearson pusieron de manifiesto que el género estaba relacionado con el estado civil ($\chi^2(4) = 10.5$, $p = 0.033$), con un mayor porcentaje de hombres solteros y de mujeres casadas; con la presencia de hijos ($\chi^2(2) = 12.0$, $p = 0.002$), mayor en el caso de las mujeres; y con el tipo de convivencia ($\chi^2(8) = 42.6$, $p < 0.001$), con una mayor proporción de mujeres que viven con su familia propia.

Tabla 21: Características sociodemográficas de las personas que cometieron algún intento

Demográfico	Grupos	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Estado civil	Soltero	134 (50.2)	195 (41.8)	329 (43.1)
	Casado	67 (25.1)	145 (31.1)	212 (27.8)
	Separado / divorciado	39 (14.6)	76 (16.3)	115 (15.1)
	Viudo	6 (2.2)	21 (4.5)	27 (3.5)
	Convivencia en pareja	21 (7.9)	59 (12.7)	80 (10.5)
	No consta	44	114	158
	Total	311	610	921
Hijos	No	132 (58.4)	202 (44.3)	334 (48.9)
	Sí	94 (41.6)	254 (55.7)	348 (51.0)
	No consta	85	154	239
	Total	311	610	921
Convivencia	Solo	28 (10.9)	46 (9.0)	74 (9.6)
	Familia de origen	86 (33.6)	154 (30.1)	240 (31.3)
	Familia propia	83 (32.4)	243 (47.5)	326 (42.5)
	Descendientes	1 (0.4)	7 (1.4)	8 (1.0)
	Familiares	12 (4.7)	19 (3.7)	31 (4.0)
	Institución	14 (5.5)	12 (2.3)	26 (3.4)
	Casa compartida	20 (7.8)	30 (5.9)	50 (6.5)
	Sin domicilio	12 (4.7)	0 (0.0)	12 (1.6)
	No consta	55	99	154
	Total	311	610	921
Área sanitaria	Madrid	273 (97.5)	540 (98.4)	813 (98.1)
	Otro distrito, española	2 (0.7)	5 (0.9)	7 (0.8)
	No tiene	5 (1.8)	4 (0.7)	9 (1.1)
	No consta	31	61	92
	Total	311	610	921

El número de personas de nacionalidad diferente a la española que cometieron alguna tentativa de suicidio fue de 128, tratándose del 13.9% del total de la muestra.

Tabla 22: Frecuencia de intentos de suicidio por nacionalidad

Continente	País	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
	España	273	520	793
América	Ecuador	4 (10.5)	14 (15.5)	18 (14.1)
	Colombia	5 (13.2)	10 (11.1)	15 (11.7)
	Perú	3 (7.9)	8 (8.9)	11 (8.6)
	Bolivia	1 (2.6)	7 (7.8)	8 (6.2)
	Brasil	0 (0.0)	5 (5.5)	5 (3.9)
	Paraguay	0 (0.0)	4 (4.4)	4 (3.1)
	Argentina	1 (2.6)	2 (2.2)	3 (2.3)
	Rep. Dominicana	0 (0.0)	3 (3.3)	3 (2.3)
	Chile	0 (0.0)	2 (2.2)	2 (1.6)
	Cuba	0 (0.0)	2 (2.2)	2 (1.6)
	México	0 (0.0)	2 (2.2)	2 (1.6)
	Venezuela	0 (0.0)	2 (2.2)	2 (1.6)
	El Salvador	0 (0.0)	1 (1.1)	1 (0.8)
	Guatemala	1 (2.6)	0 (0.0)	1 (0.8)
	EEUU	0 (0.0)	1 (1.1)	1 (0.8)
	América (sin especificar)	1 (2.6)	1 (1.1)	2 (1.6)
Europa	Rumanía	6 (15.8)	9 (10.0)	15 (11.7)
	Polonia	2 (5.3)	1 (1.1)	3 (2.3)
	Bulgaria	0 (0.0)	3 (3.3)	3 (2.3)
	Rusia	2 (5.3)	1 (1.1)	3 (2.3)
	Portugal	0 (0.0)	1 (1.1)	1 (0.8)
	Irlanda	0 (0.0)	1 (1.1)	1 (0.8)
África	Marruecos	6 (15.8)	4 (4.4)	10 (7.8)
	Sáhara	1 (2.6)	0 (0.0)	1 (0.8)
	Congo	0 (0.0)	1 (1.1)	1 (0.8)
Asia	Pakistán	1 (2.6)	0 (0.0)	1 (0.8)
	Extranjero sin especificar	4 (10.5)	5 (5.5)	9 (7.0)
	Total extranjeros	38 (100)	90 (100)	128 (100)
	Total	311	610	921

Se calcularon las tasas de personas que cometían algún intento de suicidio por 100.000 habitantes separadas por género y nacionalidad (español o extranjero) a partir de los datos de población por zonas de salud según nacionalidad del año 2007 del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Tabla 23: Incidencia de intentos para españoles e inmigrantes (por cuatro meses)

	Hombres	Mujeres	Total	p
Español n (Incidencia por 100000 españoles)	273 (25.9)	520 (44.2)	793 (35.6)	<0.001
Extranjero n (Incidencia por 100000 inmigrantes)	38 (16.3)	90 (40.1)	128 (27.9)	<0.001
Total n (Incidencia por 100000 habitantes)	311 (24.20)	610 (43.50)	921 (32.98)	<0.001
probabilidad	0.005	0.386	0.009	

La estimación correcta de estas tasas podría estar sesgada al emplear como población de referencia la correspondiente a la población del área sanitaria. Por este motivo se analizaron separadamente los datos tanto de la población española como de la extranjera que pertenecían a las áreas de referencia del estudio. Entre la muestra española, 652 personas (424 mujeres y 228 hombres) de los 793 (82.2%) que realizaron algún intento pertenecían a alguna de las áreas estudiadas, mientras que entre los extranjeros, 92 personas de las 128 (71.9%) pertenecían a las áreas del estudio, 66 de las cuales eran mujeres y 26 hombres. En la siguiente tabla se presentan las incidencias crudas para cada uno de estos grupos tras eliminar a las personas que no pertenecían a las áreas estudiadas, junto con los resultados de los contrastes estadísticos de comparación de las tasas de incidencia.

Tabla 24: Incidencia de intentos de suicidio (por 4 meses) para españoles y extranjeros, tras eliminar a las personas que no pertenecen a las áreas del estudio

	Hombres	Mujeres	Total	p
Español n (Incidencia por 100000 españoles)	228 (21.68)	424 (36.08)	652 (29.28)	<0.001
Extranjero n (Incidencia por 100000 inmigrantes)	26 (11.15)	66 (29.38)	92 (20.09)	<0.001
Total n (Incidencia por 100000 habitantes)	254 (19.77)	490 (35.00)	744 (27.71)	<0.001
probabilidad	0.001	0.116	<0.001	

A continuación se presenta la incidencia de intentos de suicidio de la población inmigrante separada por el continente de origen. El contraste de incidencias puso de manifiesto que, comparando hombres y mujeres juntos existían diferencias estadísticamente significativas entre la incidencia de españoles y europeos ($p = 0.007$) y entre las de los asiáticos y el resto de los grupos: españoles ($p < 0.001$), americanos ($p = 0.001$) europeos ($p = 0.015$) y africanos ($p = 0.005$), siendo la incidencia de la población asiática menor en todos los casos. En cuanto a los hombres, sólo aparecieron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia entre los americanos y los españoles ($p = 0.002$). En cuanto a las mujeres, aparecieron diferencias estadísticamente significativas entre las asiáticas y el resto de los grupos: españolas ($p = 0.002$), americanas ($p = 0.002$), europeas ($p = 0.033$) y africanas ($p = 0.033$), y entre el grupo de europeas y españolas ($p = 0.050$).

Tabla 25: Incidencia de intentos de suicidio (por 4 meses) para inmigrantes agrupados por continente

	Hombres	Mujeres	Total	<i>p</i>
América n (Incidencia por 100000)	16 (12.69)	64 (46.18)	80 (30.22)	<0.001
Europa (menos españoles) n (Incidencia por 100000)	10 (15.84)	16 (27.58)	26 (21.46)	0.172
África n (Incidencia por 100000)	7 (27.66)	5 (35.33)	12 (30.41)	0.674
Asia n (Incidencia por 100000)	1 (5.4)	0 (0.0)	1 (3.09)	0.573

A continuación se presenta la situación laboral de las personas que cometieron algún intento de suicidio. La prueba *chi-cuadrado* de Pearson puso de manifiesto que existían diferencias estadísticamente significativas en la situación laboral de hombres y mujeres ($\chi^2(8) = 23.6$, $p = 0.003$), habiendo más mujeres estudiantes y amas de casa y más hombres en paro y con incapacidad permanente.

Tabla 26: Frecuencia de intentos de suicidio por situación laboral

Situación laboral	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Trabajo cualificado	12 (6.9)	17 (5.3)	29 (5.9)
Trabajo no cualificado	55 (31.9)	109 (34.1)	164 (33.3)
En activo, no especificado	8 (4.6)	11 (3.4)	19 (3.9)
Ama de casa	0 (0.0)	26 (8.1)	26 (5.3)
Estudiante	16 (9.3)	45 (14.1)	61 (12.4)
En paro	43 (25.0)	59 (18.4)	102 (20.7)
Jubilado	14 (8.1)	15 (4.7)	29 (5.9)
Baja laboral	8 (4.6)	20 (6.2)	28 (5.7)
Incapacidad	16 (9.3)	18 (5.6)	34 (6.9)
No consta	139	290	429
Total	311	610	921

4.1.2. Apoyo social y familiar.

Se encontró que el apoyo social difería en función del género, con niveles de apoyo superiores en el caso de las mujeres ($\chi^2(2) = 18.3, p < 0.001$). En cambio no se encontró una relación estadísticamente significativa en el caso del apoyo familiar ($\chi^2(4) = 5.5, p = 0.20$).

Tabla 27: Apoyo social y apoyo familiar

Tipo de apoyo	Grupos	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Apoyo social	No existe ningún apoyo	23 (31.5)	13 (8.9)	36 (16.4)
	Apoyos inestables	20 (27.4)	48 (32.9)	68 (31.0)
	Buen entorno social que apoya	30 (41.1)	85 (58.2)	115 (52.5)
	No consta	238	464	702
	Total	311	610	921
Apoyo familiar	No existe familia	6 (2.7)	4 (0.8)	10 (1.4)
	La familia no colabora	13 (5.8)	27 (5.7)	40 (5.8)
	Familia reticente a colaborar	8 (3.6)	14 (2.9)	22 (3.2)
	Familia colabora	155 (69.2)	353 (75.1)	508 (73.2)
	Hay, se desconoce disposición	42 (18.7)	72 (15.3)	114 (16.4)
	No consta	87	140	227
Total	311	610	921	

4.1.3. Características clínicas: diagnóstico psiquiátrico previo.

A continuación se describen los principales trastornos psiquiátricos previos de los pacientes que cometieron alguna tentativa de suicidio. En 280 casos, el paciente tenía más de un diagnóstico psiquiátrico previo. En el siguiente cuadro aparecen todos los diagnósticos de cada paciente. La prueba *chi-cuadrado* de Pearson realizada con las principales categorías diagnósticas puso de manifiesto que existía una diferencia estadísticamente significativa en el diagnóstico previo de trastornos del estado de ánimo ($\chi^2(1) = 25.8, p < 0.001$) y trastorno de ansiedad ($\chi^2(1) = 14.9, p < 0.001$), más frecuente en mujeres, y en trastorno por abuso de sustancias ($\chi^2(1) = 64.3, p < 0.001$) y esquizofrenia o psicosis ($\chi^2(1) = 21.3, p < 0.001$), más comunes en varones, pero no en el diagnóstico previo de trastorno adaptativo ($\chi^2(1) = 0.058, p = 0.810$), ni trastorno de la personalidad ($\chi^2(1) = 0.62, p = 0.430$).

Tabla 28: Trastorno psiquiátrico previo

Trastorno psiquiátrico	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
T. afectivo no especificado	61 (14.3)	181 (22.4)	242 (19.6)
Trastorno de ansiedad	20 (4.7)	91 (11.3)	111 (8.9)
T. de la personalidad	42 (9.8)	68 (8.4)	110 (8.9)
Abuso/dep. alcohólica	61 (14.3)	45 (5.6)	106 (8.6)
Abuso/dep. otras drogas	64 (14.9)	33 (4.1)	97 (7.9)
T. del comp. Alimentario	3 (0.7)	46 (5.7)	49 (3.9)
Reacción de adaptación	12 (2.8)	27 (3.3)	39 (3.2)
Trastorno bipolar	9 (2.1)	30 (3.7)	39 (3.2)
Otras psicosis/n. e.	23 (5.4)	14 (1.7)	37 (2.9)
Otro t. del estado de ánimo	3 (0.7)	22 (2.7)	25 (2.0)
Dep. neurótica/ Distimia	6 (1.4)	19 (2.3)	25 (2.0)
Esquizofrenia	15 (3.5)	8 (0.9)	23 (1.9)
Episodio depresivo mayor	4 (0.9)	18 (2.2)	22 (1.8)
TDAH y comportam. Perturbador	8 (1.9)	8 (0.9)	16 (1.3)
T. obsesivo compulsivo	4 (0.9)	6 (0.7)	10 (0.8)
Retraso mental	5 (1.2)	3 (0.4)	8 (0.6)
T. control de impulsos	5 (1.2)	1 (0.1)	6 (0.5)
T. somatomorfos	2 (0.5)	0 (0.0)	2 (0.2)
T. disociativos	0 (0.0)	2 (0.2)	2 (0.2)
Demencia	0 (0.0)	1 (0.1)	1 (0.1)
No especificado	17 (3.9)	50 (6.2)	67 (5.4)
Ninguno	63 (14.7)	134 (16.6)	197 (15.9)
No consta	21	25	46
Total	448	832	1280

Tabla 29: Tiempo de evolución del trastorno psiquiátrico previo

Tiempo	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Menos de 6 meses	14 (10.6)	33 (11.2)	47 (11.0)
6 meses-1 año	9 (6.8)	26 (8.8)	35 (8.2)
1-2 años	13 (9.8)	23 (7.8)	36 (8.4)
2-4 años	23 (17.4)	40 (13.6)	63 (14.7)
4-10 años	24 (18.2)	82 (27.8)	106 (24.8)
Más de 10 años	49 (37.1)	91 (30.8)	140 (32.8)
No consta	213	382	595
Total	345	677	1022

4.1.4. Asistencia previa recibida: antecedentes de diagnóstico, tratamiento e ingresos psiquiátricos.

La siguiente tabla muestra los principales antecedentes psiquiátricos. El grupo de hombres y mujeres no difirió significativamente en la presencia de antecedentes de atención psiquiátrica ($\chi^2(1) = 1.9, p = 0.158$) ni en la presencia de intentos de suicidio previos ($\chi^2(1) = 0.1, p = 0.707$), sin embargo sí que aparecieron diferencias estadísticamente significativas en los ingresos hospitalarios por causa psiquiátrica ($\chi^2(1) = 11.7, p = 0.001$), siendo más frecuentes en las mujeres.

Tabla 30: Antecedentes psiquiátricos

Antecedentes		Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Antecedentes de atención psiquiátrica	Sí	180 (65.7)	390 (70.5)	570 (68.9)
	No	94 (34.3)	163 (29.5)	257 (31.1)
	No consta	37	57	94
	Total	311	610	921
Antecedentes de ingreso psiquiátrico	Sí	108 (54.8)	154 (39.9)	262 (44.9)
	No	89 (45.2)	232 (60.1)	321 (55.1)
	No consta	114	224	338
	Total	311	610	921
Intentos de suicidio previos	Sí	116 (72.5)	231 (70.9)	347 (71.4)
	No	44 (27.5)	95 (29.1)	139 (28.6)
	No consta	151	284	435
	Total	311	610	921

En los casos en los que la persona estaba en seguimiento en más de un centro, se han cogido los dos seguimientos, de ahí que el total sea mayor que el número de personas con seguimiento.

Tabla 31: Antecedentes de diagnóstico y tratamiento

Antecedentes de diagnóstico y tratamiento	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
CSM	111 (59.4)	265 (63.5)	376 (62.2)
Psiquiatra/psicólogo privado	23 (12.3)	56 (13.4)	79 (13.1)
Atención Primaria	9 (4.8)	55 (13.2)	64 (10.1)
UCA o CPRS	37 (19.8)	17 (4.1)	54 (8.9)
Sin especificar si público o privado	4 (2.1)	17 (4.1)	21 (3.5)
At. especializada pública, no psiquiátrica	3 (1.6)	7 (1.7)	10 (1.6)
No consta	136	221	357
Total	323	638	961

Población inmigrante.

Características demográficas.

Se dicotomizó la muestra de personas con un intento de suicidio en función de la nacionalidad (españoles *versus* no españoles) y se realizaron comparaciones mediante pruebas *t* para muestras independientes y tests *chi-cuadrado* en diversas variables que se detallan a continuación.

El siguiente gráfico muestra la distribución de la edad agrupada en grupos quinquenales y separada para el grupo de españoles y el de extranjeros. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en edad ($t(263,8) = 10.0, p < 0.001$), con una edad superior en la muestra española (media = 38.5; DT = 15.6) que en la muestra de personas extranjeras (media = 28.7; DT = 9.2) (ver tabla).

Gráfico 2: Distribución de la edad para españoles y extranjeros (en %)

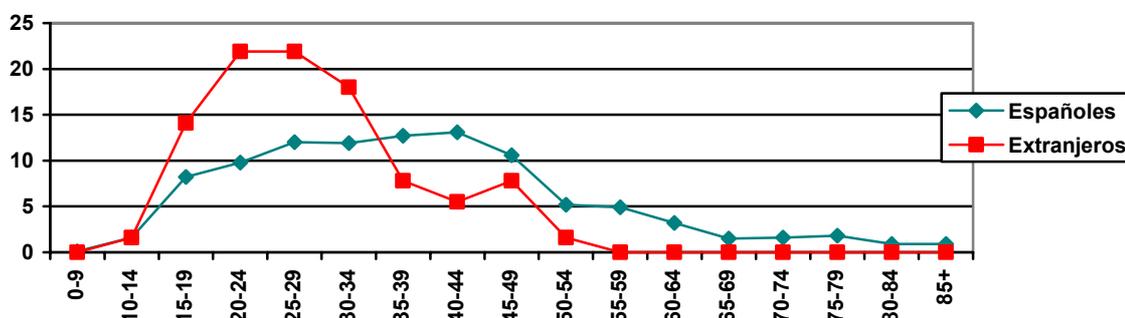


Tabla 32: Diferencia de medias de edad entre españoles y extranjeros

	Espanoles	Extranjeros
n (%)	793 (81.6)	128 (13.9)
Edad: media, d.t.	38.5 ± 15.6	28.7 ± 9.2
t	10.0 95% IC: 7.9 / 11.8	
p	0.000	
Tamaño del efecto (g de Hedges)	0.66, IC 95%: 0.47 / 0.85	

A continuación presentamos las principales características sociodemográficas separadas para el grupo de españoles y el de extranjeros. La prueba *chi-cuadrado* de Pearson puso de manifiesto que existía una relación significativa entre ser español o extranjero y el estado civil ($\chi^2(4) = 17.5$, $p = 0.002$), siendo la convivencia en pareja más frecuente entre la población inmigrante, en la cual no había ningún caso de personas viudas. También aparecieron diferencias en la convivencia ($\chi^2(8) = 50.6$, $p < 0.001$), siendo más frecuente vivir con la familia de origen en las personas españolas y vivir con otros familiares o en una vivienda compartida entre los extranjeros, y el área sanitaria ($\chi^2(2) = 27.8$, $p < 0.001$), habiendo un mayor porcentaje de extranjeros sin tarjeta sanitaria o con una tarjeta perteneciente a algún otro distrito español. Pero no apareció una diferencia significativa entre tener o no tener hijos y ser español o extranjero ($\chi^2(2) = 0.2$, $p = 0.914$).

Tabla 33: Datos sociodemográficos de españoles y extranjeros

Demográfico	Grupos	Espanoles n (%)	Extranjeros n (%)
Género	Hombre	270 (34.0)	41 (32.0)
	Mujer	523 (66.0)	87 (68.0)
Estado Civil	Soltero	283 (43.6)	46 (40.3)
	Casado	184 (28.3)	28 (24.6)
	Separado / divorciado	98 (15.1)	17 (14.9)
	Viudo	27 (4.2)	0 (0.0)
	Convivencia en pareja	57 (8.8)	23 (20.2)
	No consta	144	14
	Total	793	128
Hijos	No	288 (48.7)	46 (50.5)
	Sí	303 (51.3)	45 (49.4)
	No consta	202	37
	Total	793	128
Convivencia	Solo	66 (10.1)	7 (6.3)
	Familia de origen	223 (33.9)	18 (16.2)
	Familia propia	278 (42.4)	48 (43.2)
	Descendientes	8 (1.2)	0 (0.0)
	Familiares	23 (3.5)	9 (8.1)
	Institución	20 (3.0)	6 (5.4)
	Casa compartida	28 (4.3)	21 (18.9)
	Sin domicilio	10 (1.5)	2 (1.8)
No consta	137	17	
	Total	793	128
Área Sanitaria	Madrid	711 (99.0)	102 (91.9)
	Otro distrito, española	4 (0.6)	3 (2.7)
	No tiene	3 (0.4)	6 (5.4)
	No consta	75	17
	Total	793	128

En cuanto al apoyo, mientras que no apareció una diferencia significativa en el apoyo social con el que contaban los españoles y los inmigrantes ($\chi^2(2) = 0.7, p = 0.691$), sí que aparecieron diferencias significativas en el apoyo familiar ($\chi^2(4) = 35.4, p < 0.001$), teniendo más apoyo familiar los españoles.

ii *Apoyo social y familiar.*

Tabla 34: Apoyo social y apoyo familiar para españoles y extranjeros

Tipo de apoyo	Grupos	Espanoles n (%)	Extranjeros n (%)
Apoyo social	No existe ningún apoyo	30 (16.6)	6 (15.8)
	Apoyos inestables	54 (29.8)	14 (36.8)
	Buen entorno social que apoya	97 (53.6)	18 (47.4)
	No consta	612	90
	Total	793	128
Apoyo familiar	No existe familia	5 (0.8)	5 (5.6)
	La familia no colabora	26 (4.3)	14 (15.6)
	Familia reticente a colaborar	20 (3.3)	2 (2.2)
	Familia colabora	458 (75.8)	50 (55.6)
	Hay pero se desconoce disposición	95 (15.7)	19 (21.1)
	No consta	189	38
	Total	793	128

iii *Características clínicas: diagnóstico psiquiátrico previo, antecedentes de intentos de suicidio, enfermedad grave o incapacidad.*

En las siguientes tablas se resume el trastorno psiquiátrico previo separado por españoles y extranjeros y el tiempo de evolución del mismo. La prueba *chi-cuadrado* de Pearson realizada comparando la presencia o ausencia de los principales trastornos psiquiátricos previos entre el grupo de españoles y el de extranjeros puso de manifiesto que existían diferencias estadísticamente significativas en el diagnóstico de trastornos del estado de ánimo ($\chi^2(1) = 24.3, p < 0.001$), trastornos por abuso de sustancias ($\chi^2(1) = 7.3, p = 0.007$), trastornos de ansiedad ($\chi^2(1) = 4.7, p = 0.030$), esquizofrenia y psicosis ($\chi^2(1) = 3.9, p = 0.047$) y trastornos de la personalidad ($\chi^2(1) = 12.9, p < 0.001$), teniendo la muestra de españoles mayor frecuencia de todos esos trastornos, pero no para el diagnóstico previo de trastornos adaptativos ($\chi^2(1) = 0.2, p = 0.673$).

Tabla 35: Trastorno psiquiátrico previo para españoles y extranjeros

Trastorno psiquiátrico	Espanoles n (%)	Extranjeros n (%)
T. afectivo n. e.	226 (20.7)	16 (11.4)
Trastorno de ansiedad	103 (9.4)	8 (5.7)
T. de la personalidad	107 (9.8)	3 (2.1)
Abuso/dep. alcohólica	96 (8.8)	10 (7.1)
Abuso/dep. otras drogas	92 (8.4)	5 (3.6)
T. del comp. alimentario	49 (4.5)	0 (0.0)
Reacción de adaptación	33 (3.0)	6 (4.3)
Trastorno bipolar	39 (3.6)	0 (0.0)
Otras psicosis/n. e.	35 (3.2)	2 (1.4)
Otro t. del estado de ánimo	23 (2.1)	2 (1.4)
Dep. neurótica/ Distimia	23 (2.1)	2 (1.4)
Esquizofrenia	22 (2.0)	1 (0.7)
Episodio depresivo mayor	20 (1.8)	2 (1.4)
TDAH y comportam. perturbador	16 (1.5)	0 (0.0)
T. obsesivo compulsivo	10 (0.9)	0 (0.0)
Retraso mental	8 (0.7)	0 (0.0)
T. control de impulsos	6 (0.5)	0 (0.0)
T. somatomorfos	2 (0.2)	0 (0.0)
T. disociativos	2 (0.2)	0 (0.0)
Demencia	1 (0.1)	0 (0.0)
No especificado	57 (5.2)	10 (7.1)
Ninguno	124 (11.3)	73 (52.1)
No consta	42	4
Total	1136	144

Tabla 36: Tiempo de evolución del trastorno psiquiátrico previo para españoles y extranjeros

Tiempo	Espanoles n (%)	Extranjeros n (%)
Menos de 6 meses	41 (10.2)	6 (25)
6 meses-1 año	34 (8.4)	1 (4.2)
1-2 años	34 (8.4)	2 (8.3)
2-4 años	59 (14.6)	4 (16.7)
4-10 años	97 (24.1)	9 (37.5)
Más de 10 años	138 (34.2)	2 (8.3)
No consta	490	105
Total	893	129

Como se puede observar en la siguiente tabla, las personas españolas tenían con más frecuencia antecedentes de atención psiquiátrica ($\chi^2(1) = 98.8, p < 0.001$), antecedentes de ingreso psiquiátrico ($\chi^2(1) = 54.3, p < 0.001$) e intentos de suicidio

previos ($\chi^2(1) = 17.1, p < 0.001$), siendo las diferencias entre ambos grupos significativas en todos los casos. Así mismo, la muestra de españoles presentó una mayor cantidad (media = 1.11; DT = 0.52) de intentos de suicidio previos ($t(911) = 3.67$) que la muestra de personas extranjeras (media = 1.02; DT = 0.15).

iv Asistencia previa recibida: antecedentes de diagnóstico, tratamiento e ingresos psiquiátricos

Tabla 37: Antecedentes psiquiátricos para españoles y extranjeros

Antecedentes		Espanoles n (%)	Extranjeros n (%)
Antecedentes de atención psiquiátrica	Sí	536 (75.4)	34 (29.3)
	No	175 (24.6)	82 (70.7)
	No consta	82	12
	Total	793	128
Antecedentes de ingreso psiquiátrico	Sí	252 (51.6)	10 (10.5)
	No	236 (48.4)	85 (89.5)
	No consta	305	33
	Total	793	128
Intentos de suicidio previos	Sí	322 (74.4)	25 (47.2)
	No	111 (25.6)	28 (52.8)
	No consta	360	75
	Total	793	128

A continuación podemos observar el tipo de servicio al que las personas con antecedentes de atención psiquiátrica acudían en el último año previamente al intento de suicidio.

Tabla 38: Antecedentes de diagnóstico y tratamiento para españoles y extranjeros

Antecedentes de diagnóstico y tratamiento	Espanoles n (%)	Extranjeros n (%)
CSM	424 (64.1)	19 (52.8)
Psiquiatra/psicólogo privado	87 (13.2)	3 (8.3)
Atención Primaria	58 (8.8)	7 (19.4)
UCA o CPRS	67 (10.1)	1 (2.8)
Sin especificar si público o privado	16 (2.4)	5 (13.9)
At. especializ. pública, no psiquiátrica	9 (1.4)	1 (2.8)
No consta	259	96
Total	920	132

Menores de 18 años y mayores de 65.

Se dividió la muestra de personas con un intento de suicidio en función de la edad en tres grupos (menores de 18 años, 18-65 y mayores de 65 años). Los tamaños muestrales difirieron bastante entre los dos grupos extremos (n = 58 para los menores de 18 años; n = 53 para el de los mayores de 64) y el intermedio (n = 810). Aunque esta diferencia resta algo de potencia estadística a los contrastes, los perfiles de diferencias que puedan encontrarse son relevantes, dado que los de grupos de edad han sido repetidas veces considerados como especialmente sensibles en la predicción y prevención de la conducta suicida, por lo que incluso la simple descripción de la distribución de las características de los intentos en estos grupos de edad es de por sí informativa.

i Características demográficas: género, estado civil, hijos, convivencia, nacionalidad y profesión.

A continuación presentamos las principales características sociodemográficas separadas para los diferentes grupos de edad. Razonablemente, con la excepción del género y el tipo área sanitaria de referencia, en los que las proporciones de personas que realizaron intentos fueron iguales en los tres grupos, la prueba Chi cuadrado de Pearson puso de manifiesto que existía una clara relación significativa entre los grupos de edad y el estado civil ($\chi^2(8) = 225.4$, $p < 0.001$), con mayor porcentaje de casados y separados en el grupo intermedio, de solteros entre los más jóvenes y de viudos en los más mayores; en el tipo de convivencia ($\chi^2(14) = 139.6$, $p < 0.001$), con mayor porcentaje de jóvenes viviendo con su familia de origen y mayor porcentaje de personas mayores viviendo solas; así como en el porcentaje de personas que tenían hijos, mayor en las personas mayores y mínimo entre los más jóvenes ($\chi^2(2) = 79.8$, $p < 0.001$).

Tabla 39: Datos sociodemográficos

Demográfico	Grupos	Menores de 18 años n (%)	18-64 años n (%)	Mayores de 65 años n (%)
Género	Hombre	10 (17.2)	284 (35.1)	17 (32.1)
	Mujer	48 (82.8)	526 (64.9)	36 (67.9)
Estado civil	Soltero	55 (98.2)	267 (40.5)	4 (9.3)
	Casado	1 (1.8)	190 (28.8)	22 (51.2)
	Separado / divorciado	0 (0.0)	112 (17.0)	2 (4.7)
	Viudo	0 (0.0)	12 (1.8)	15 (34.9)
	Convivencia en pareja	0 (0.0)	79 (12.0)	0 (0.0)
	No consta	2	150	10
	Total	58	810	53
Hijos	No	51 (96.2)	280 (48.0)	3 (6.7)
	Sí	2 (3.8)	303 (52.0)	42 (93.3)
	No consta	5	227	8
	Total	58	810	53
Convivencia	Solo	0 (0.0)	60 (9.1)	13 (27.1)
	Familia de origen	43 (79.6)	192 (29.0)	3 (6.3)
	Familia propia	3 (5.6)	298 (45.1)	25 (52.1)
	Descendientes	0 (0.0)	4 (0.6)	4 (8.3)
	Familiares	1 (1.9)	29 (4.4)	0 (0.0)
	Institución	6 (11.1)	17 (2.6)	3 (6.3)
	Casa compartida	1 (1.9)	49 (7.4)	0 (0.0)
	Sin domicilio	0 (0.0)	12 (1.8)	0 (0.0)
	No consta	4	149	5
Total	58	810	53	
Área sanitaria	Madrid	49 (92.5)	716 (98.4)	48 (100)
	Otro distrito, española	2 (3.8)	5 (0.7)	0 (0.0)
	No tiene	2 (3.8)	7 (1.0)	0 (0.0)
	No consta	5	82	5
Total	58	810	53	

ii Apoyo social y familiar

En cuanto al apoyo social y familiar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos tipos de apoyo entre los grupos de edad. Concretamente, como se muestra en la siguiente tabla, el apoyo social parece menor entre los menores de 18 años ($\chi^2(4) = 10.7, p = 0.03$), mientras que no aparecieron diferencias estadísticamente significativas en el apoyo familiar ($\chi^2(8) = 12.8, p = 0.119$).

Tabla 40: Apoyo social y apoyo familiar en función del grupo de edad

Tipo de apoyo	Grupos	Menores de 18 años n (%)	18-64 años n (%)	Mayores de 65 años n (%)
Apoyo social	No existe ningún apoyo	2 (9.1)	34 (17.9)	0 (0.0)
	Apoyos inestables	13 (59.1)	53 (27.9)	2 (28.6)
	Buen entorno social	7 (31.8)	103 (54.2)	5 (71.4)
	No consta	36	620	46
	Total	58	810	53
Apoyo familiar	No existe familia	0 (0.0)	10 (1.7)	0 (0.0)
	La familia no colabora	4 (7.5)	36 (6.1)	0 (0.0)
	Familia reticente a colaborar	0 (0.0)	20 (3.4)	2 (4.3)
	Familia colabora	44 (83.0)	423 (71.1)	40 (87.0)
	Hay pero se desconoce disposición	5 (9.4)	106 (17.8)	4 (8.7)
	No consta	5	215	7
	Total	58	810	53

iii Características clínicas: diagnóstico psiquiátrico previo, antecedentes de intentos de suicidio.

En la siguiente tabla se presenta la frecuencia de cada tipo de diagnóstico que las personas de la muestra habían recibido con anterioridad al intento. Por una cuestión de claridad los contrastes entre grupos no se realizaron de manera global, sino de forma separada para las principales categorías diagnósticas, dicotomizadas en presencia *versus* ausencia del trastorno. En esas comparaciones se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la proporción de casos de depresión ($\chi^2(2) = 36.4, p < 0.001$), con un mayor porcentaje de depresión entre las personas mayores y menor entre los más jóvenes. Asimismo, las personas del grupo de edad intermedia presentaron un mayor porcentaje de diagnósticos previos de trastorno por abuso de sustancias ($\chi^2(2) = 22.4, p < 0.001$), y de trastorno de personalidad ($\chi^2(2) = 12.4, p = 0.002$). Los tres grupos de edad no difirieron, en cambio, en el porcentaje de casos previos de trastornos de ansiedad, esquizofrenia o trastornos adaptativos.

Tabla 41: Trastorno psiquiátrico previo para los diferentes grupos de edad

Trastorno psiquiátrico	Menores de 18 años n (%)	18-64 años n (%)	Mayores de 65 años n (%)
T. afectivo no especificado	3 (5.2)	223 (20.0)	16 (27.1)
Trastorno de ansiedad	3 (5.2)	104 (9.3)	4 (6.8)
T. de la personalidad	2 (3.4)	108 (9.7)	0 (0.0)
Abuso/dependencia alcohólica	1 (1.7)	104 (9.3)	1 (1.7)
Abuso/dependencia otras drogas	2 (3.4)	95 (8.5)	0 (0.0)
T. del comportamiento alimentario	5 (8.6)	44 (3.9)	0 (0.0)
Reacción de adaptación	3 (5.2)	36 (3.2)	0 (0.0)
Trastorno bipolar	0 (0.0)	38 (3.4)	0 (0.0)
Otras psicosis/n. e.	0 (0.0)	35 (3.1)	2 (3.4)
Otro t. del estado de ánimo	0 (0.0)	20 (1.8)	5 (8.5)
Dep. neurótica/ Distimia	0 (0.0)	24 (2.1)	1 (1.7)
Esquizofrenia	1 (1.7)	22 (2.0)	0 (0.0)
Episodio depresivo mayor	0 (0.0)	15 (1.3)	7 (11.9)
TDAH y comportam. perturbador	8 (13.8)	8 (0.7)	0 (0.0)
T. obsesivo compulsivo	1 (1.7)	9 (0.8)	0 (0.0)
Retraso mental	0 (0.0)	8 (0.7)	0 (0.0)
T. control de impulsos	0 (0.0)	6 (0.5)	0 (0.0)
T. somatomorfos	0 (0.0)	2 (0.2)	0 (0.0)
T. disociativos	0 (0.0)	2 (0.2)	0 (0.0)
Demencia	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.7)
No especificado	7 (12.1)	53 (4.7)	7 (11.9)
Ninguno	22 (37.9)	160 (14.3)	15 (25.5)
No consta	5	40	1
Total	63	1156	60

Tabla 42: Tiempo de evolución del trastorno psiquiátrico previo

Tiempo	Menores de 18 años n (%)	18-64 años n (%)	Mayores de 65 años n (%)
Menos de 6 meses	7 (41.2)	39 (10.0)	1 (5.0)
6 meses-1 año	3 (17.6)	32 (8.2)	0 (0.0)
1-2 años	1 (5.9)	34 (8.7)	1 (5.0)
2-4 años	3 (17.6)	56 (14.4)	4 (20.0)
4-10 años	3 (17.6)	101 (25.9)	2 (10.0)
Más de 10 años	0 (0.0)	128 (32.8)	12 (60.0)
No consta	41	493	34
Total	58	883	54

iv *Asistencia previa recibida: antecedentes de diagnóstico, tratamiento e ingresos psiquiátricos.*

Respecto a los antecedentes de atención psiquiátrica, no aparecieron diferencias estadísticamente significativas de la presencia de antecedentes de atención psiquiátrica en función de la edad ($\chi^2(2) = 3.9$, $p = 0.141$). Sin embargo, sí que aparecieron diferencias estadísticamente significativas en los ingresos previos por causa psiquiátrica ($\chi^2(2) = 8.1$, $p = 0.017$), siendo el grupo de menor edad el que menos ingresos previos presentaba. También aparecieron, diferencias entre grupos en el porcentaje de intentos de suicidio previos ($\chi^2(2) = 9.0$, $p = 0.011$), siendo de nuevo los más jóvenes los que menos intentos previos presentaban. Asimismo, los grupos no difirieron entre sí en el número de intentos de suicidio previos, de acuerdo a los resultados de un análisis de varianza univariado ($F(2, 173) = 2.8$; $p = 0.065$). Las personas más jóvenes presentaban una media de 1.11 (± 0.33) intentos previos, las del grupo intermedio 1.80 (± 1.40) y las personas mayores 2.83 (± 4.51). La tendencia indica claramente que con mayor tamaño muestral se habrían encontrado diferencias, aunque serían fácilmente explicables por la diferencia de edad.

Tabla 43: Antecedentes psiquiátricos

Antecedentes		Menores de 18 años n (%)	18-64 años n (%)	Mayores de 65 años n (%)
Antecedentes de atención psiquiátrica	Sí	29 (56.9)	509 (69.9)	32 (66.7)
	No	22 (43.1)	219 (30.1)	16 (33.3)
	No consta	7	82	5
	Total	58	810	53
Antecedentes de ingreso psiquiátrico	Sí	9 (23.1)	239 (46.6)	14 (45.2)
	No	30 (76.9)	274 (53.4)	17 (54.8)
	No consta	19	297	22
	Total	58	810	53
Intentos de suicidio previos	Sí	13 (48.1)	316 (73.1)	16 (61.5)
	No	14 (51.9)	116 (26.9)	10 (38.5)
	No consta	31	378	27
	Total	58	810	53

A continuación podemos observar el tipo de servicio al que las personas con antecedentes de atención psiquiátrica acudían en el último año previamente al intento de suicidio.

Tabla 44: Antecedentes de diagnóstico y tratamiento para los diferentes grupos de edad

Antecedentes de diagnóstico y tratamiento	Menores de 18 años n (%)	18-64 años n (%)	Mayores de 65 años n (%)
CSM	21 (70.0)	335 (61.9)	20 (60.6)
Psiquiatra/psicólogo privado	5 (16.7)	71 (13.1)	3 (9.1)
Atención Primaria	1 (3.3)	54 (10.0)	9 (27.3)
UCA o CPRS	0 (0.0)	53 (9.8)	1 (3.0)
Sin especificar si público o privado	1 (3.3)	20 (3.7)	0 (0.0)
At. especializ. pública, no psiquiátrica	2 (6.7)	8 (1.5)	0 (0.0)
No consta	30	326	22
Total	60	867	55

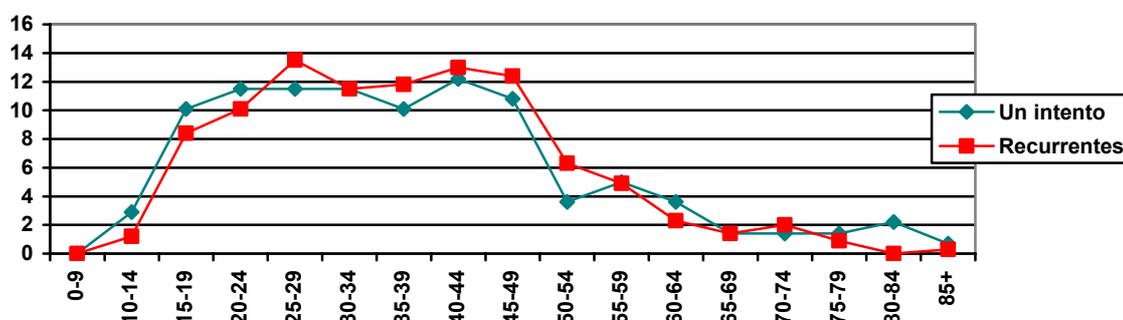
Población con intentos de suicidio repetidos.

La muestra fue dicotomizada entre personas con un solo intento de suicidio y aquellas que habían realizado más de un intento. En este grupo de “intentos recurrentes” se incluyeron tanto las personas en cuyas historias estaba explícitamente indicado que habían tenido intentos previos, como aquellas en las que se recogió más de un intento durante los cuatro meses de realización del estudio. En el grupo de “intento único” se optó por incluir solamente a las personas en cuyo informe constaba explícitamente que no habían realizado intentos previos. Dado que los tamaños muestrales que se obtienen de este modo en ambos grupos (347 y 139, para recurrentes y únicos, respectivamente) ofrecían potencia estadística suficiente para realizar comparaciones, se consideró que era preferible no hacer asunciones sobre el grado de recurrencia de las personas en las que este dato no aparecía reflejado en el informe. Curiosamente, de las 57 personas que hicieron más de un intento durante la recogida de la información de este estudio, sólo en 5 casos (8.8%) en el informe del primer intento se indicaba que no había habido intentos previos, mientras que en 11 (19.3%) casos esta información no había sido reflejada en los informes. En cambio, en los 41 casos (71.9%) restantes que resultaron recurrentes en el estudio este dato sí había sido indicado en los informes, lo que da idea del grado de repetición en la conducta suicida.

i Características demográficas: edad, género, estado civil, hijos, convivencia, nacionalidad y profesión.

El siguiente gráfico muestra la distribución de la edad agrupada en grupos quinquenales y separada para el grupo de personas con intentos de suicidio recurrentes respecto a los que sólo tuvieron un intento. La edad no fue significativamente diferente entre grupos ($t(484) = 0.11$; $g = 0.01$, IC 95%: -0.19/0.20). La media de edad en la muestra de personas con intento único fue de 37.8 (± 16.6), mientras que en la muestra con varios intentos fue de 37.7 (± 14.1).

Gráfico 3: Distribución de edad para personas con un solo intento o con más de uno (en %)



A continuación presentamos las principales características sociodemográficas separadas para el grupo de personas con intentos únicos o repetidos. La prueba *chi-cuadrado* de Pearson puso de manifiesto que existía una relación significativa con el estado civil ($\chi^2(4) = 19.9$, $p = 0.001$), con un mayor porcentaje de solteros y separados entre la muestra de personas con más de un intento y un mayor porcentaje de casados en la muestra de personas con un solo intento. Asimismo, se encontraron diferencias en el tipo de convivencia ($\chi^2(8) = 21.2$, $p = 0.007$), con más personas viviendo con su propia familia en la muestra de un solo intento y mayor porcentaje de personas que vivían con la familia de origen en la muestra recurrente. En el resto de variables no se encontró una relación estadísticamente significativa.

Tabla 45: Datos sociodemográficos de personas con intentos únicos o recurrentes

Demográfico	Grupos	Intento único n (%)	Más de un intento n (%)
Género	Hombre	44 (31.7)	116 (33.4)
	Mujer	95 (68.3)	231 (66.6)
Estado civil	Soltero	46 (35.4)	144 (49.8)
	Casado	48 (36.9)	62 (21.5)
	Separado / divorciado	15 (11.5)	55 (19.0)
	Viudo	2 (1.5)	6 (2.1)
	Convivencia en pareja	19 (14.6)	22 (7.6)
	No consta	9	58
	Total	139	347
Hijos	No	52 (43.3)	139 (51.9)
	Sí	68 (46.7)	129 (48.1)
	No consta	19	76
	Total	139	347
Convivencia	Solo	10 (7.8)	33 (5.5)
	Familia de origen	29 (22.5)	106 (14.1)
	Familia propia	73 (56.6)	105 (37.5)
	Descendientes	0 (0.0)	4 (0.0)
	Familiares	6 (4.7)	10 (7.0)
	Institución	4 (3.1)	12 (4.7)
	Casa compartida	6 (4.7)	21 (16.4)
	Sin domicilio	1 (0.8)	3 (1.6)
	No consta	10	48
Total	139	347	
Área sanitaria	Madrid	127 (97.7)	314 (98.7)
	Otro distrito, española	1 (0.8)	3 (0.9)
	No tiene	2 (1.5)	1 (0.3)
	No consta	9	29
	Total	139	347

ii Apoyo social y familiar.

En cuanto al apoyo social y familiar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 46: Apoyo social y apoyo familiar de personas con intentos únicos o recurrentes

Tipo de apoyo	Grupos	Intento único n (%)	Más de un intento n (%)
Apoyo social	No existe ningún apoyo	4 (11.4)	18 (20.5)
	Apoyos inestables	12 (34.3)	36 (40.9)
	Buen entorno social que apoya	19 (54.3)	34 (38.6)
	No consta	104	259
	Total	139	347
Apoyo familiar	No existe familia	1 (0.8)	4 (1.5)
	La familia no colabora	5 (4.2)	21 (7.7)
	Familia reticente a colaborar	3 (2.5)	9 (3.3)
	Familia colabora	98 (83.1)	199 (72.6)
	Hay pero se desconoce disposición	11 (9.3)	41 (15.0)
	No consta	21	73
	Total	139	347

iii Características clínicas: diagnóstico psiquiátrico previo, antecedentes de intentos de suicidio.

En la siguiente tabla se presenta la frecuencia de cada tipo de diagnóstico que las personas de la muestra habían recibido con anterioridad al intento. Por una cuestión de claridad los contrastes entre ambos grupos no se realizaron de manera global, sino de forma separada para las principales categorías diagnósticas, dicotomizadas en presencia *versus* ausencia del trastorno. En esas comparaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la proporción de casos de depresión ($\chi^2(1) = 2.8, p = 0.094$), de trastornos de ansiedad ($\chi^2(1) = 0.4, p = 0.506$), esquizofrenia ($\chi^2(1) = 1.9, p = 0.165$), ni en la proporción de trastornos adaptativos ($\chi^2(1) = 0.3, p = 0.583$).

Sin embargo, las personas con intentos repetidos presentaron mayor proporción de trastornos de personalidad ($\chi^2(1) = 24.3, p < 0.001$) y de trastornos por abuso de sustancias ($\chi^2(1) = 21.5, p = 0.001$).

Tabla 47: Trastorno psiquiátrico previo

Trastorno psiquiátrico	Intento único n (%)	Más de un intento n (%)
T. afectivo n. e.	40 (23.8)	102 (18.8)
Trastorno de ansiedad	15 (8.9)	43 (7.9)
T. de la personalidad	5 (2.9)	74 (13.7)
Abuso/dep. alcohólica	7 (4.2)	54 (9.9)
Abuso/dep. otras drogas	5 (2.9)	48 (8.8)
T. del comp. alimentario	5 (2.9)	31 (5.7)
Reacción de adaptación	7 (4.2)	23 (4.2)
Trastorno bipolar	5 (2.9)	27 (4.9)
Otras psicosis/n. e.	3 (1.8)	22 (4.1)
Otro t. del estado de ánimo	4 (2.4)	11 (2.0)
Dep. neurótica/ Distimia	4 (2.4)	13 (2.4)
Esquizofrenia	4 (2.4)	8 (1.5)
Episodio depresivo mayor	3 (1.8)	12 (2.2)
TDAH y comportam. perturbador	2 (1.2)	7 (1.3)
T. obsesivo compulsivo	0 (0.0)	6 (1.1)
Retraso mental	0 (0.0)	2 (0.4)
T. control de impulsos	1 (0.6)	3 (0.5)
T. somatomorfos	0 (0.0)	2 (0.4)
T. disociativos	0 (0.0)	1 (0.2)
Demencia	0 (0.0)	0 (0.0)
No especificado	5 (2.9)	29 (5.4)
Ninguno	53 (31.5)	23 (4.2)
No consta	3	2
Total	171	543

Tabla 48: Tiempo de evolución del trastorno psiquiátrico previo

Tiempo	Intento único n (%)	Más de un intento n (%)
Menos de 6 meses	12 (17.6)	19 (8.4)
6 meses-1 año	10 (14.7)	16 (7.0)
1-2 años	8 (11.8)	16 (7.0)
2-4 años	7 (10.3)	33 (14.5)
4-10 años	12 (17.6)	62 (27.3)
Más de 10 años	19 (27.9)	81 (35.7)
No consta	80	184
Total	148	411

iv Asistencia previa recibida: antecedentes de diagnóstico, tratamiento e ingresos psiquiátricos.

Como se puede observar en la siguiente tabla, las personas con más de un intento tenían con más frecuencia antecedentes de atención psiquiátrica ($\chi^2(1) = 42.9$, $p < 0.001$), así como mayor cantidad de ingresos previos por causas psiquiátricas ($\chi^2(1) = 84.9$, $p < 0.001$).

Tabla 49: Antecedentes psiquiátricos de personas con intentos únicos o recurrentes

Antecedentes		Intento único n (%)	Más de un intento n (%)
Antecedentes de atención psiquiátrica	Sí	76 (56.7)	283 (85.0)
	No	58 (43.3)	50 (15.0)
	No consta	5	14
	Total	139	347
Antecedentes de ingreso psiquiátrico	Sí	20 (17.9)	174 (70.2)
	No	92 (82.1)	74 (29.8)
	No consta	27	99
	Total	139	347

A continuación podemos observar el tipo de servicio al que las personas con antecedentes de atención psiquiátrica acudían en el último año previamente al intento de suicidio.

Tabla 50: Antecedentes de diagnóstico y tratamiento para intentos únicos o recurrentes

Antecedentes de diagnóstico y tratamiento	Intento único n (%)	Más de un intento n (%)
CSM	47 (56.6)	196 (65.1)
Psiquiatra/psicólogo privado	13 (15.7)	40 (13.3)
Atención Primaria	19 (22.9)	18 (6.0)
UCA o CPRS	1 (1.2)	31 (10.3)
Sin especificar si público o privado	3 (3.6)	10 (3.3)
At. especializ. pública, no psiquiátrica	0 (0.0)	6 (2.0)
No consta	66	77
Total	149	378

Estudio de las Características de los Intentos de Suicidio

4.2.1. Descripción de las diferentes tipologías de los intentos de suicidio atendidos: método, grado de daño autoinfligido, circunstancias intercurrentes, factores de rescate, ideación suicida, planificación, reacción frente al intento.

Los siguientes análisis se realizaron tomando como muestra todos los intentos de suicidio pero se eliminaron 13 casos en los que no se pudo acceder al informe en el hospital debido a que éste se había perdido o a que no se llegó a realizar porque el paciente se fugó antes de ser evaluado. Por tanto, de dichos casos sólo consta la información sociodemográfica y el hecho de que cometieron un intento de suicidio, pero no hay ningún tipo de información referente a las características del intento, por lo que para dichos análisis se contó con una muestra de 996 intentos de suicidio.

A continuación se presentan los diferentes métodos utilizados para el intento de suicidio en función del género. El contraste estadístico mediante la prueba chi-cuadrado de Pearson indicó que existía una asociación significativa entre los dos grupos ($\chi^2(6) = 43.0, p < 0.001$). Concretamente, como puede verse en la tabla, aunque el método más utilizado por ambos grupos fue la sobreingesta de fármacos, las mujeres lo hicieron con más frecuencia, mientras que los hombres parecen usar en mayor proporción cortes, defenestración o una combinación de métodos.

Tabla 51: Tipo de método utilizado en la tentativa de suicidio

Tipo de intento	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Fármacos	238 (69.0)	532 (84.4)	770 (79.0)
Autoinmolación	3 (0.9)	1 (0.2)	4 (0.4)
Cortes	44 (12.8)	55 (8.7)	99 (10.2)
Defenestración	21 (6.1)	24 (3.8)	45 (4.6)
Ahorcamiento	11 (3.2)	4 (0.6)	15 (1.5)
Varios métodos	28 (8.1)	14 (2.2)	42 (4.3)
No consta	8	13	21
Total	353	643	996

Del grupo que utilizó varios métodos (42 casos), el 81% (34 casos) utilizó algún tipo de fármaco y el 85.7% (36 casos) se infligió algún tipo de corte, que en 28 casos se presentaron juntos. En 5 casos existieron cortes y defenestración y en 4 casos, cortes y ahorcamiento.

Tabla 52: Características del intento de suicidio (letalidad del intento por género y tipo de intento)

Tipo de intento	Letalidad Hombres Media (DT)	Letalidad Mujeres Media (DT)	p (IC 95%)
Fármaco sedante	1.64 (1.54)	1.77 (1.54)	0.40 (-0.44/ 0.18)
Fármaco no sedante	1.39 (1.15)	1.26 (1.20)	0.61 (-0.36/ 0.62)
Armas de fuego	2.0 (--)	----	----
Autoinmolación	1.67 (2.89)	2.0 (--)	----
Cortes o heridas	0.98 (1.19)	1.15 (1.19)	0.42 (-0.59 / 0.25)
Defenestración	1.04 (2.01)	1.48 (2.28)	0.46 (-1.63/ 0.44)
Ahorcamiento	1.57 (2.44)	5.0 (4.24)	0.10 (-7.66/ 0.80)
Total (letalidad promedio)	1.53 (1.67)	1.69 (1.58)	0.22 (-0.41/0.09)³

³ En las casillas vacías el tamaño muestral no permitió las comparaciones

No se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el grado de daño producido por ningún tipo de intento de suicidio.

En cuanto a los factores de rescate a la hora de realizar el intento, lo que apareció con más frecuencia fue realizar el intento en un lugar familiar (mayoritariamente en el propio domicilio), con una probabilidad alta de ser descubierto, siendo la persona que indica el rescate una persona clave o familiar o el propio paciente, y siendo el acto descubierto inmediatamente tras cometerlo (la persona solicitaba auxilio en la mayoría de los casos). La puntuación total de la sub-escala de rescate de Weisman y Worden (1972) indica una media de rescatabilidad moderada-alta (ver tabla siguiente).

Al realizar las comparaciones entre hombres y mujeres, la prueba Chi cuadrado de Pearson puso de manifiesto que existían diferencias estadísticamente significativas en la ubicación del intento ($\chi^2(2) = 18.9, p < 0.001$), siendo familiar con más frecuencia en las mujeres y remoto con más frecuencia en los hombres. También aparecieron diferencias estadísticamente significativas en la persona que

indicó el rescate ($\chi^2(2) = 16.3, p < 0.001$) siendo un familiar o el propio paciente con más frecuencia en las mujeres, pero no aparecieron diferencias estadísticamente significativas en la probabilidad de ser descubierto ($\chi^2(2) = 1.5, p = 0.479$), la accesibilidad al rescate ($\chi^2(2) = 0.8, p = 0.674$) ni el retraso hasta que se descubrió ($\chi^2(2) = 0.4, p = 0.821$).

Tabla 53: Factores de rescate. Subescala de Weisman y Worden (1972)

Factores de rescate		Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Ubicación del intento	Remoto	32 (14.1)	21 (5.0)	53 (8.2)
	No familiar, no remoto	11 (4.8)	11 (2.6)	22 (3.4)
	Familiar	184 (81.1)	385 (92.3)	569 (88.3)
	No consta	126	226	352
	Total	353	643	996
Probabilidad de ser descubierto	Accidental	41 (19.6)	61 (15.7)	102 (17.1)
	Incierta	75 (35.9)	148 (38.1)	223 (37.3)
	Seguro	93 (44.5)	179 (46.1)	272 (45.6)
	No consta	144	255	399
	Total	353	643	996
Persona que indica el rescate	Transeúnte	11 (4.8)	5 (1.0)	16 (2.3)
	Profesional	12 (5.2)	9 (1.9)	21 (2.9)
	P. clave, famil, paciente	206 (89.9)	463 (97.1)	669 (94.7)
	No consta	124	166	290
	Total	353	643	996
Accesibilidad al rescate	No solicita auxilio	60 (29.1)	116 (27.8)	176 (28.2)
	Deja huellas	59 (28.6)	134 (32.1)	193 (30.9)
	Solicita auxilio	87 (42.2)	167 (40.0)	254 (40.8)
	No consta	147	226	373
	Total	353	643	996
Retraso hasta que se descubre	Mayor de 4 horas	39 (19.5)	76 (21.5)	115 (20.8)
	Menos de 4 horas	52 (26.0)	86 (24.4)	138 (24.9)
	Inmediato	109 (54.5)	191 (54.1)	300 (54.2)
	No consta	153	290	443
	Total	353	643	996

Considerando los criterios de los autores de la escala: muy rescatable (14-15); moderada / alta rescatabilidad (12-13); moderada (10-11); moderada / baja (8-9); poco rescatable (5-7), sólo un 0.7% presentaban una rescatabilidad muy baja, aunque un 22.1% adicional tenía una rescatabilidad moderada / baja.

La prueba *t* puso de manifiesto la existencia de una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones de rescatabilidad de hombres y

mujeres ($t(659.7) = -2.2, p = 0.028$), siendo ésta mayor en las mujeres (media = 12.55, D.T. = 1.39) que en los varones (media = 12.33, D.T. = 1.56).

Tabla 54: Rescatabilidad (frecuencias de la puntuación total)

	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Poco rescatable (5-7)	3 (0.8)	4 (0.6)	7 (0.7)
Poco/moderadamente rescatable(8-9)	20 (5.7)	16 (2.5)	36 (3.6)
Moderadamente rescatable(10-11)	70 (19.8)	114 (17.7)	184 (18.5)
Alta/moderadamente rescatable(12-13)	188 (53.3)	359 (55.8)	547 (54.9)
Muy rescatable(14-15)	72 (20.4)	150 (23.3)	222 (22.3)
Total	353	643	996 (100)

En cuanto a los indicadores de intencionalidad, en la mayoría de los casos los resultados indican una intencionalidad baja: ideación suicida ausente o moderada (76.9%), baja planificación del intento (88%) y crítica adecuada o parcial (85.2%) del total. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguno de los 3 componentes: ideación suicida ($\chi^2(3) = 6.4, p = 0.094$), planificación del intento ($\chi^2(2) = 3.1, p = 0.217$) y reacción frente al mismo ($\chi^2(2) = 0.72, p = 0.696$). La media de intencionalidad total fue ligeramente superior en los hombres (media = 4.62; DT = 2.02) que en las mujeres (media = 4.38; DT = 1.83) pero dicha diferencia no fue estadísticamente significativa ($t(377.16) = 1.43, p = 0.154$). La suma de los tres ítems indica una intencionalidad bastante baja.

Tabla 55: Indicadores de intencionalidad

Indicadores de intencionalidad		Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Ideación suicida	Definitiva/muy elevada	29 (9.5)	44 (7.8)	73 (8.4)
	Elevada	56 (18.4)	71 (12.7)	127 (14.7)
	Moderada/ dudosa	67 (21.9)	138 (24.6)	205 (23.7)
	Ausente	153 (50.2)	307 (54.8)	460 (53.2)
	No consta	48	83	131
Total	353	643	996	
Planificación del intento	Muy elevada	16 (6.0)	23 (4.7)	39 (5.2)
	Moderada	23 (8.7)	28 (5.7)	51 (6.8)
	Baja	226 (85.3)	435 (89.5)	661 (88.0)
	No consta	88	157	245
	Total	353	643	996
Reacción frente al intento	Crítica nula	44 (17.3)	71 (14.9)	115 (15.8)
	Crítica parcial	39 (15.3)	77 (16.2)	116 (15.9)
	Crítica adecuada	171 (67.3)	327 (68.8)	498 (68.3)
	No consta	99	168	267
	Total	353	643	996

A continuación se resumen los principales factores adicionales que pudieron influir o desencadenar la realización de la tentativa de suicidio. En 337 casos se consignó más de un factor adicional. La prueba Chi cuadrado de Pearson puso de manifiesto que existían diferencias significativas en la frecuencia de intoxicación aguda ($\chi^2(1)= 8.1, p = 0.004$), más común en hombres, y problemas o discusiones familiares ($\chi^2(1)= 19.9, p < 0.001$), más frecuente en mujeres. Sin embargo no aparecieron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de una enfermedad somática grave o incapacidad ($\chi^2(1) = 0.0, p = 0.970$), acontecimientos vitales intercurrentes ($\chi^2(1) = 0.3, p = 0.582$) ni problemas laborales ($\chi^2(1) = 0.1, p = 0.768$).

Tabla 56: Factores adicionales

Tipo de acontecimiento	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Acontecimientos vitales intercurrentes	72 (16.3)	122 (15.1)	194 (15.5)
Enf. somática grave, dolor/incapacidad	13 (2.9)	24 (2.9)	37 (2.9)
Intoxicación aguda	71 (16.1)	63 (7.8)	134 (10.7)
Problemas/discusiones familiares	130 (29.5)	331 (40.9)	461 (36.9)
Prob/discusiones laborales o escolares	40 (9.1)	69 (8.5)	109 (8.7)
Otros	83 (18.8)	148 (18.3)	231 (18.5)
Ningún factor adicional	32 (7.2)	51 (6.3)	83 (6.6)
No consta evaluación	34	49	83
Total	475	857	1332

Población inmigrante.

i Descripción de las diferentes tipologías de los intentos de suicidio atendidos: método, grado de daño autoinfligido, circunstancias intercurrentes, factores de rescate, ideación suicida, planificación, reacción frente al intento.

A continuación se presentan los diferentes métodos utilizados para el intento en función de la nacionalidad. El contraste estadístico mediante la prueba chi-cuadrado de Pearson indicó que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, es decir, que españoles y extranjeros parecen usar métodos similares en sus intentos de suicidio.

Tabla 57: Método utilizado para españoles y extranjeros

Tipo de intento	Espanoles n (%)	Extranjeros n (%)
Fármacos	669 (79.0)	101 (78.9)
Autoinmolación	4 (0.5)	0 (0.0)
Cortes	84 (9.9)	15 (11.7)
Defenestración	40 (4.7)	5 (3.9)
Ahorcamiento	11 (1.3)	4 (3.1)
Varios métodos	39 (4.6)	3 (2.3)
No consta	18	3
Total	865	131

Respecto a las diferencias en la letalidad del intento, como se puede ver en la siguiente tabla, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre españoles y extranjeros en el grado de daño producido por ningún método de intento de suicidio. Asimismo, no aparecieron diferencias en la puntuación total en letalidad.

Tabla 58: Letalidad del intento para españoles y extranjeros

Tipo de intento	Letalidad españoles Media (DT)	Letalidad extranjeros Media (DT)	p (IC 95%)
Fármaco sedante	1.73 (1.53)	1.70 (1.74)	0.90 (-0.46/ 0.52)
Fármaco no sedante	1.38 (1.18)	1.08 (1.18)	0.29 (-0.25/ 0.84)
Armas de fuego	2.0 (--)	----	----
Autoinmolación	1.75 (2.36)	----	----
Cortes o heridas	1.06 (1.19)	1.00 (1.12)	0.86 (-0.56 / 0.67)
Defenestración	1.19 (2.15)	2.00 (2.12)	0.43 (-2.84/ 1.21)
Ahorcamiento	1.55 (2.46)	3.00 (3.46)	0.35 (-4.68/ 1.67)
Total letalidad	1.63 (1.60)	1.65 (1.72)	0.89 (-0.40/ 0.35)

En las siguientes tablas se muestran los factores de rescate tras el intento. Los españoles y los extranjeros no difirieron en la ubicación del intento ($\chi^2(2) = 3.9$, $p = 0.135$), la probabilidad de ser descubierto ($\chi^2(2) = 1.9$, $p = 0.382$), la persona que indicaba el rescate ($\chi^2(2) = 2.5$, $p = 0.281$) ni la accesibilidad al rescate ($\chi^2(2) = 1.8$, $p = 0.407$). Sólo aparecieron diferencias significativas en el retraso hasta que se descubrió el intento ($\chi^2(2) = 8.0$, $p = 0.018$), siendo éste mayor en el caso de los españoles.

En cuanto a la puntuación total de la escala de rescatabilidad, la media de los extranjeros (media = 12.58; DT = 1.54) fue ligeramente superior a la de los españoles (media = 12.45; DT = 1.45), aunque dicha diferencia no resultó estadísticamente significativa ($t(994) = -0.915$, $p = 0.360$).

Tabla 59: Factores de rescate (subescala de Weisman y Worden (1972)) para españoles y extranjeros

Factores de rescate		Españoles n (%)	Extranjeros n (%)
Ubicación del intento	Remoto	44 (7.9)	9 (10.2)
	No familiar, no remoto	22 (3.9)	0 (0.0)
	Familiar	490 (88.1)	79 (89.8)
	No consta	309	43
	Total	865	131
Probabilidad de ser descubierto	Accidental	84 (16.4)	18 (20.9)
	Incierta	196 (38.4)	27 (31.4)
	Seguro	231 (45.2)	41 (47.7)
	No consta	354	45
	Total	865	131
Persona que indica el rescate	Transeúnte	13 (2.1)	3 (3.2)
	Profesional	16 (2.6)	5 (5.3)
	Per. clave/familiar o paciente	583 (95.3)	86 (91.5)
	No consta	253	37
	Total	865	131
Accesibilidad al rescate	No solicita auxilio	157 (29.1)	19 (22.9)
	Deja huellas	163 (30.2)	30 (36.1)
	Solicita auxilio	220 (40.7)	34 (40.9)
	No consta	325	48
	Total	865	131
Retraso hasta que se descubre	Mayor de 4 horas	105 (21.7)	10 (14.3)
	Menos de 4 horas	127 (26.3)	11 (15.7)
	Inmediato	251 (51.9)	49 (70.0)
	No consta	382	61
	Total	865	131

Tabla 60: Rescatabilidad (frecuencias de la puntuación total) para españoles y extranjeros

	Españoles n (%)	Extranjeros n (%)
Poco rescatable (5-7)	5 (0.6)	2 (1.5)
Poco-moderadamente rescatable(8-9)	31 (3.6)	5 (3.8)
Moderadamente rescatable(10-11)	165 (19.1)	19 (14.5)
Alta moderadamente rescatable(12-13)	477 (55.1)	70 (53.4)
Muy rescatable(14-15)	187 (21.6)	35 (26.7)
Total	865 (100)	131 (100)

La siguiente tabla resume los principales indicadores de intencionalidad de suicidio. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ideación suicida ($\chi^2(3) = 18.4$, $p < 0.001$), siendo mayor entre los españoles, y la crítica del intento en el momento de la evaluación ($\chi^2(2) = 8.4$, $p = 0.015$), siendo menor entre los españoles. Sin embargo, no aparecieron diferencias significativas entre ambos grupos en la planificación del intento ($\chi^2(2) = 2.0$, $p = 0.367$). La media de intencionalidad total fue superior en los españoles (media = 4.55; DT = 1.92) que en los extranjeros (media = 3.93; DT = 1.69), diferencia que resultó ser estadísticamente significativa ($t(119.2) = 3.04$, $p = 0.003$).

Tabla 61: Indicadores de intencionalidad de españoles y extranjeros

Indicadores de intencionalidad		Espanoles n (%)	Extranjeros n (%)
Ideación suicida	Definitiva/muy elevada	65 (8.7)	8 (6.7)
	Elevada	120 (16.1)	7 (5.9)
	Moderada/ dudosa	185 (24.8)	20 (16.8)
	Ausente	376 (50.4)	84 (70.6)
	No consta	119	12
Total		865	131
Planificación del intento	Muy elevada	36 (5.5)	3 (2.9)
	Moderada	46 (7.1)	5 (4.9)
	Baja	567 (87.4)	94 (92.2)
	No consta	216	29
Total		865	131
Reacción frente al intento	Crítica adecuada	413 (66.4)	85 (79.4)
	Crítica parcial	102 (16.4)	14 (13.1)
	Crítica nula	107 (17.2)	8 (7.5)
	No consta	243	24
Total		865	131

A continuación se resumen los principales circunstancias vitales desencadenantes del intento. Al realizar las comparaciones entre ambos grupos se observó que existían diferencias estadísticamente significativas en los acontecimientos vitales intercurrentes ($\chi^2(1) = 3.8$, $p = 0.049$) y los problemas familiares ($\chi^2(1) = 6.9$, $p = 0.008$), apareciendo ambos con mayor frecuencia en la población inmigrante, pero no aparecieron diferencias estadísticamente significativas en la enfermedad somática grave ($\chi^2(1) = 2.057$, $p = 0.152$), intoxicación aguda ($\chi^2(1) = 0.2$, $p = 0.635$) ni problemas laborales o escolares ($\chi^2(1) = 0.0$, $p = 0.896$).

Tabla 62: Factores adicionales de españoles y extranjeros

Tipo de acontecimiento	Espanoles n (%)	Extranjeros n (%)
Acontecimientos vitales intercurrentes	160 (14.7)	34 (19.5)
Enf. somática grave, dolor/incapacidad	35 (3.2)	2 (1.1)
Intoxicación aguda	116 (10.7)	18 (10.3)
Problemas/discusiones familiares	396 (36.5)	75 (43.1)
Prob/discusiones laborales o escolares	95 (8.7)	14 (8.0)
Otros	205 (18.9)	26 (14.9)
Ningún factor adicional	78 (7.2)	5 (2.9)
No consta evaluación	75	8
Total	1160	182

Menores de 18 y mayores de 65 años

i Descripción de las diferentes tipologías de los intentos de suicidio atendidos: método, grado de daño autoinfligido, circunstancias intercurrentes, factores de rescate, ideación suicida, planificación, reacción frente al intento.

A continuación se presentan los diferentes métodos utilizados para el intento de suicidio en función del grupo de edad. El contraste estadístico mediante la prueba chi-cuadrado de Pearson indicó que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Comparaciones pareadas por grupos ofrecieron el mismo resultado de falta de significación.

Tabla 63: Método utilizado por las personas de los diferentes grupos de edad

Tipo de intento	Menores de 18 años n (%)	18-64 años n (%)	Mayores de 65 años n (%)
Fármacos	39 (68.4)	686 (79.7)	43 (81.1)
Autoinmolación	0 (0.0)	4 (0.5)	0 (0.0)
Cortes	12 (21.1)	82 (9.5)	6 (11.3)
Defenestración	4 (7.0)	38 (4.4)	3 (5.7)
Ahorcamiento	2 (3.5)	10 (1.2)	1 (1.9)
Varios métodos	0 (0.0)	41 (4.8)	0 (0.0)
No consta	2	22	1
Total	59	883	54

Respecto a las diferencias en la letalidad del intento, como se puede ver en la siguiente tabla, en los análisis de varianza univariados para cada ítem y el total de la escala, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad, en la letalidad para cortes o heridas ($p = 0.041$) y en la puntuación total en letalidad ($p = 0.267$). Los análisis post-hoc para los cortes o heridas (con el test de Games-Howell, ya que no pudo asumirse la homocedasticidad entre grupos), indicaron una diferencia significativa entre los menores de 18 años (éstos con menor puntuación) y el grupo de edad intermedia ($p = 0.016$), sin diferencias entre jóvenes y mayores ($p = 0.139$) ni entre los mayores y el grupo de edad intermedia ($p = 0.629$). Asimismo, apareció una tendencia a la significación en la letalidad para fármacos no sedantes ($p = 0.089$).

Tabla 64: Letalidad del intento

Tipo de intento	Letalidad, < 18 años Media (DT)	Letalidad, 18-64 años Media (DT)	Letalidad, 64 años Media (DT)	GL (p)
Fármaco sedante	2.15 (1.52)	1.70 (1.55)	2.18 (1.47)	2, 435 (0.220)
Fármaco no sedante	1.50 (1.24)	1.22 (1.12)	2.50 (1.92)	2, 98 (0.089)
Cortes o heridas	0.33 (0.78)	1.12 (1.19)	1.67 (1.37)	2, 123 (0.041)
Defenestración	0.00 (0.00)	1.46 (2.24)	0.00 (0.00)	2, 50 (0.249)
Ahorcamiento	3.50 (4.95)	1.36 (2.06)	2.00 (--)	2, 11 (0.545)
Total letalidad	1.36 (1.65)	1.61 (1.55)	1.94 (1.52)	2, 664 (0.267)

En las siguientes tablas se muestran los factores de rescate tras el intento. La probabilidad de ser descubierto parece ser menor en las personas mayores y

mayor entre los más jóvenes ($\chi^2(4) = 13.3$, $p = 0.010$). Asimismo, parece que el porcentaje de personas mayores que son descubiertas por un transeúnte (en lugar de por un familiar o un profesional) es algo mayor ($\chi^2(4) = 15.0$, $p = 0.005$), que hay mayor proporción de personas mayores y menor de jóvenes que no solicitan auxilio ($\chi^2(4) = 15.9$, $p = 0.003$), y que los intentos de las personas de mayor edad tardaron más en ser descubiertos ($\chi^2(4) = 10.6$, $p = 0.031$). En la ubicación del intento no aparecieron diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a la puntuación total de la escala de rescatabilidad, los resultados de un análisis de varianza univariado indicaron que existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad ($F(2, 396) = 11.1$; $p < 0.001$). Las pruebas post-hoc, Games-Howell, (de acuerdo el valor significativo del estadístico de Levene, lo que no permite asumir varianzas homogéneas entre los grupos), indicaron que la rescatabilidad era significativamente menor ($p = 0.001$) en el grupo de más edad (media = 9.63; DT = 2.31) que en el grupo de edad intermedia (media = 11.94; DT = 2.40), y también significativamente menor ($p < 0.001$) que en el grupo de menores de 18 años (media = 12.96; DT = 1.90). La diferencia en la restabilidad de los menores de edad y el grupo de edad intermedia también fue significativa ($p = 0.049$).

Tabla 65: Factores de rescate (subescala de Weisman y Worden (1972)) los tres grupos de edad

Factores de rescate		Menores de 18 n (%)	18-64 años n (%)	Mayores de 65 n (%)
Ubicación del intento	Remoto	3 (7.5)	49 (8.7)	1 (2.4)
	No familiar, no remoto	4 (10.0)	18 (3.2)	0 (0.0)
	Familiar	33 (82.5)	495 (88.1)	40 (97.6)
	No consta	19	321	13
Total		59	883	54
Probabilidad de ser descubierto	Accidental	2 (5.4)	87 (16.6)	13 (36.1)
	Incierta	15 (40.5)	196 (37.4)	12 (33.3)
	Seguro	20 (54.1)	241 (46.0)	11 (30.6)
	No consta	22	359	18
Total		59	883	54
Persona que indica el rescate	Transeúnte	0 (0.0)	12 (1.9)	4 (11.4)
	Profesional	2 (4.8)	18 (2.9)	1 (2.9)
	Per. clave/familiar o paciente	40 (95.2)	598 (95.2)	30 (85.7)
	No consta	17	255	19
Total		59	883	54
Accesibilidad al rescate	No solicita auxilio	7 (19.4)	148 (26.9)	20 (55.6)
	Deja huellas	13 (36.1)	171 (31.1)	9 (25.0)
	Solicita auxilio	16 (44.4)	231 (42.0)	7 (19.4)
	No consta	23	333	18
Total		59	883	54
Retraso hasta que se descubre	Mayor de 4 horas	4 (11.4)	102 (20.8)	9 (32.1)
	Menos de 4 horas	7 (20.0)	120 (24.5)	11 (39.3)
	Inmediato	24 (68.6)	268 (54.7)	8 (28.6)
	No consta	24	393	26
Total		59	883	54

La siguiente tabla resume los principales indicadores de intencionalidad de suicidio. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ideación suicida ($\chi^2(6) = 21.3, p = 0.002$), siendo la ausencia de ideación menos frecuente entre personas mayores. En la crítica del intento en el momento de la evaluación o en la planificación del intento no se presentaron diferencias significativas. La puntuación total de intencionalidad claramente no difirió entre grupos ($F(2, 586) = 0.910, p = 0.403$). La media del grupo de menos edad fue de 4.75 (DT = 1.73), la del grupo intermedio 4.43 (DT = 1.90) y la del grupo de más de 64 años fue de 4.82 (DT = 1.96).

Tabla 66: Indicadores de intencionalidad para los distintos grupos de edad

Indicadores de intencionalidad		Menores de 18 años n (%)	18-64 años n (%)	Mayores de 65 años n (%)
Ideación suicida	Definitiva/muy elevada	5 (10.0)	64 (8.4)	3 (6.3)
	Elevada	8 (16.0)	112 (14.6)	7 (14.6)
	Moderada/ dudosa	16 (32.0)	166 (21.7)	23 (47.9)
	Ausente	21 (42.0)	424 (55.4)	15 (31.3)
	No consta	9	117	6
Total		59	883	54
Planificación del intento	Muy elevada	2 (4.7)	36 (5.4)	1 (2.8)
	Moderada	4 (9.3)	44 (6.5)	3 (8.3)
	Baja	37 (86.0)	592 (88.1)	32 (88.9)
	No consta	16	211	18
Total		59	883	54
Reacción frente al intento	Crítica nula	3 (8.8)	105 (16.0)	7 (18.9)
	Crítica parcial	11 (32.4)	97 (14.7)	8 (21.6)
	Crítica adecuada	20 (58.8)	456 (69.3)	22 (59.5)
	No consta	25	225	17
Total		59	883	54

A continuación se resumen los principales circunstancias vitales desencadenantes del intento.

Tabla 67: Factores adicionales

Tipo de acontecimiento	Menores de 18 años n (%)	18-64 años n (%)	Mayores de 65 años n (%)
Acontecimient. vitales intercurrentes	13 (18.8)	175 (15.7)	6 (9.5)
Enf. somática grave, dolor/incapacid	0 (0.0)	30 (2.7)	7 (11.1)
Intoxicación aguda	2 (2.9)	127 (11.4)	4 (6.3)
Problemas/discusiones familiares	26 (37.7)	412 (37.1)	20 (31.7)
Prob/discusiones laborales/escolares	11 (15.9)	98 (8.8)	0 (0.0)
Otros	10 (14.5)	199 (17.9)	21 (33.3)
Ningún factor adicional	7 (10.1)	71 (6.4)	5 (7.9)
No consta evaluación	5	77	5
Total	74	1189	68

Personas con múltiples intentos.

i Descripción de las diferentes tipologías de los intentos de suicidio atendidos: método, grado de daño autoinfligido, circunstancias intercurrentes, factores de rescate, ideación suicida, planificación, reacción frente al intento.

A continuación se presentan los diferentes métodos utilizados para el intento de suicidio en función de la recurrencia en los intentos. El contraste estadístico mediante la prueba chi-cuadrado de Pearson indicó que existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($\chi^2(5) = 14.6$, $p = 0.012$). Concretamente, como puede verse en la tabla, las personas con un único intento parecen usar con mayor frecuencia fármacos, mientras que las personas con intentos repetidos parecen usar en mayor proporción, cortes o una combinación de métodos.

Tabla 68: Método utilizado

Tipo de intento	Intento único n (%)	Más de un intento n (%)
Fármacos	116 (82.9)	308 (74.9)
Autoinmolación	0 (0.0)	1 (0.2)
Cortes	12 (8.6)	55 (13.4)
Defenestración	6 (4.3)	22 (5.4)
Ahorcamiento	5 (3.6)	3 (0.7)
Varios métodos	1 (0.7)	22 (5.4)
No consta	0	12
Total	140	423

Respecto a las diferencias en la letalidad del intento, como se puede ver en la siguiente tabla, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre personas con un único intento e intentos recurrentes en el grado de daño producido por ningún método. Asimismo, no aparecieron diferencias en la puntuación total en letalidad.

Tabla 69: Letalidad del intento

Tipo de intento	Letalidad, intento único Media (DT)	Letalidad, recurrentes Media (DT)	p (IC 95%)
Fármaco sedante	1.67 (1.39)	1.58 (1.51)	0.65 (-0.30/ 0.48)
Fármaco no sedante	0.93 (1.15)	1.38 (1.29)	0.17 (-1.08/ 0.19)
Autoinmolación	----	1.00 (1.41)	----
Cortes o heridas	0.92 (1.04)	1.17 (1.26)	0.46 (-0.92 / 0.43)
Defenestración	3.00 (2.74)	1.04 (2.13)	0.08 (-0.28/ 4.20)
Ahorcamiento	1.75 (2.37)	0.50 (1.22)	0.30 (-1.34/ 1.84)
Total letalidad	1.61 (1.47)	1.54 (1.53)	0.69 (-0.27/ 0.40)

En las siguientes tablas se muestran los factores de rescate tras el intento. Los dos grupos no difirieron significativamente en ninguno de los ítems de la escala. En cuanto a la puntuación total de la escala de rescatabilidad, la media de la personas con intento único fue de 12.6 (DT = 1.6), mientras que la de las personas con intento repetido fue de 12.4 (DT = 1.5), lo que implica que ambos grupos no difirieron significativamente en el grado de rescatabilidad de sus intentos ($t(484) = 0.45; p = 0.656$).

Tabla 70: Factores de rescate (subescala de Weisman y Worden (1972)) para personas con intento único o recurrente

Factores de rescate		Intento único n (%)	Más de un intento n (%)
Ubicación del intento	Remoto	7 (6.0)	27 (9.5)
	No familiar, no remoto	5 (4.3)	11 (3.9)
	Familiar	105 (89.7)	246 (86.6)
	No consta	23	139
	Total	140	423
Probabilidad de ser descubierto	Accidental	16 (16.2)	41 (15.5)
	Incierta	34 (34.3)	107 (40.5)
	Seguro	49 (49.5)	116 (43.9)
	No consta	41	159
	Total	140	423
Persona que indica el rescate	Transeúnte	3 (2.7)	7 (2.3)
	Profesional	1 (0.9)	12 (3.9)
	Per. clave/familiar o paciente	109 (96.5)	291 (93.9)
	No consta	27	113
	Total	140	423
Accesibilidad al rescate	No solicita auxilio	26 (25.2)	84 (30.8)
	Deja huellas	40 (38.8)	77 (28.2)
	Solicita auxilio	37 (35.9)	112 (41.0)
	No consta	37	150
	Total	140	423
Retraso hasta que se descubre	Mayor de 4 horas	16 (16.0)	62 (25.6)
	Menos de 4 horas	30 (30.0)	55 (22.7)
	Inmediato	54 (54.0)	125 (51.7)
	No consta	40	181
	Total	140	423

La siguiente tabla resume los principales indicadores de intencionalidad de suicidio. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ideación suicida ($\chi^2(3) = 8.2, p = 0.042$), en la dirección de una ideación más elevada en el caso de los intentos recurrentes, así como en la reacción o crítica del intento realizado ($\chi^2(2) = 20.4, p < 0.001$), con una crítica más adecuada por parte de las personas con un solo intento. No aparecieron diferencias significativas entre ambos grupos en la planificación del intento ($\chi^2(2) = 4.1, p = 0.129$). La media de intencionalidad fue mayor en el grupo de recurrentes (media = 5.03, DT = 2.16) que en las personas sin intentos previos (media = 4.17, DT = 1.62), diferencia que resultó ser estadísticamente significativa ($t(253) = -4.11, p < 0.001$).

Tabla 71: Indicadores de intencionalidad de personas con intento único o recurrente

Indicadores de intencionalidad		Intento único n (%)	Más de un intento n (%)
Ideación suicida	Definitiva/muy elevada	14 (11.0)	51 (13.4)
	Elevada	14 (11.0)	69 (18.2)
	Moderada/ dudosa	27 (21.3)	98 (25.8)
	Ausente	72 (56.7)	162 (42.6)
	No consta	12	43
Total		140	423
Planificación del intento	Muy elevada	5 (4.1)	27 (8.2)
	Moderada	7 (5.7)	30 (9.1)
	Baja	110 (90.2)	272 (82.7)
	No consta	17	94
Total		140	423
Reacción frente al intento	Crítica adecuada	90 (78.1)	165 (53.6)
	Crítica parcial	16 (14.0)	69 (22.4)
	Crítica nula	9 (7.9)	74 (24.0)
	No consta	25	115
Total		140	423

A continuación se resumen los principales circunstancias vitales desencadenantes del intento.

Tabla 72: Factores adicionales de personas con intento único o recurrente

Tipo de acontecimiento	Intento único n (%)	Más de un intento n (%)
Acontecimientos vitales intercurrentes	33 (17.6)	76 (15.9)
Enf. somática grave, dolor/incapacidad	4 (2.1)	15 (3.1)
Intoxicación aguda	16 (8.5)	55 (11.5)
Problemas/discusiones familiares	75 (39.9)	182 (38.1)
Prob/discusiones laborales o escolares	25 (13.3)	44 (9.2)
Otros	28 (14.9)	51 (10.7)
Ningún factor adicional	7 (3.7)	55 (11.5)
No consta evaluación	2	34
Total	190	512

Estudio de la Calidad de los Informes de los Pacientes con Intentos de Suicidio

Tras analizar los 993 informes clínicos se encontró que 943 (94.9%) (IC 95% = 93.602 – 96.327) de los pacientes que intentaron suicidarse recibieron una evaluación psicosocial. Los otros 50 (5.1%) (IC 95% = 3.673 – 6.398) fueron casos en los que el paciente no fue evaluado, o en los que no fue posible encontrar los informes clínicos y por tanto tampoco fue posible saber si la evaluación fue realizada. De los 94.9% evaluados, la evaluación fue realizada por un psiquiatra en 994 (99.8%) (95% IC = 99.493 – 100) casos, y por el médico de puerta en 2 (0.2%) (IC 95% = 0 - 0.507) de los casos. En ningún caso se utilizaron protocolos específicos para la evaluación de los pacientes suicidas. Sólo en un caso (0.1%) se utilizaron escalas de ideación suicida.

Sólo 223 (22.5%) (IC 95% = 19.857 – 25.057) informes documentaron los siete indicadores; 306 (30.8%) (95% IC = 27.939 – 33.692) recogieron seis indicadores; 229 (23.1%) (IC 95% = 20.437 – 25.686) registraron cinco; y 235 (23.6%) (IC 95% = 21.017 – 26.314) recogieron cuatro o menos de cuatro indicadores.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($z = 0.296$; $p = 0.767$, estadístico U de Mann-Whitney con un contraste bilateral para dos muestras independientes) en la puntuación total de calidad de la evaluación entre hombres (5.26 ± 1.60) y mujeres (5.30 ± 1.53). Tampoco aparecieron diferencias estadísticamente significativas ($z = 0.985$; $p = 0.325$, estadístico U de Mann-Whitney con un contraste bilateral para dos muestras independientes) en la puntuación total de españoles (5.30 ± 1.57) y extranjeros (5.22 ± 1.49). Ni en función de la edad ($\chi^2 = 1.62$; $p = 0.446$, prueba de Kruskal-Wallis para varias muestras independientes), siendo las puntuaciones: 5.19 ± 1.75 para los menores de 18 años; 5.30 ± 1.56 para los de edades comprendidas entre los 18 y los 64 años; y 5.19 ± 1.30 para los mayores de 65.

En cambio, aparecieron diferencias estadísticamente significativas ($z = 2.731$; $p = 0.006$, estadístico U de Mann-Whitney con un contraste bilateral para dos muestras independientes) en la puntuación total de calidad entre los pacientes que fueron hospitalizados en psiquiatría o en unidades de medicina interna ($5.50 \pm$

1.54) y aquellos dados de alta directamente desde urgencias (5.28 ± 1.47). También aparecieron diferencias estadísticamente significativas ($z = 3.511$; $p < 0.001$, estadístico U de Mann-Whitney con un contraste bilateral para dos muestras independientes) entre los pacientes que no tenían ningún intento de suicidio previo (5.27 ± 0.95) y los que habían cometido algún intento previo al analizado en el estudio (4.93 ± 1.12).

La frecuencia de la documentación de cada uno de los indicadores en cada uno de los grupos y las pruebas chi-cuadrado se muestran en las siguientes tablas. La letalidad del intento fue significativamente más codificada en hombres que en mujeres ($p = 0.019$), y en pacientes ingresados que en pacientes dados de alta directamente desde urgencias ($p = 0.001$), y apareció una tendencia a la significación con respecto a las personas que repetían intento apareciendo documentado con mayor frecuencia en pacientes que intentaban suicidarse por primera vez que en personas que habían cometido intentos previamente ($p = 0.053$). La planificación suicida resultó menos documentada en los pacientes ingresados que en los pacientes dados de alta ($p = 0.040$) y en los repetidores que en los que cometían un intento por primera vez ($p = 0.009$). La reacción frente al intento también fue menos documentada en pacientes ingresados que en pacientes dados de alta ($p = 0.003$), en repetidores que en personas que no tenían intentos previos ($p = 0.028$) y en españoles que en extranjeros ($p = 0.014$). Asimismo también aparecieron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.011$) en la codificación de esta variable en función de la edad, siendo más codificada en el grupo de mediana edad que en los otros dos. Los intentos previos fueron, en cambio, más documentados en pacientes ingresados que en pacientes dados de alta directamente desde urgencias ($p < 0.001$) y en los españoles que en los extranjeros ($p = 0.001$). En cuanto a la codificación del apoyo, sólo aparecieron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad ($p = 0.002$) apareciendo codificado con mayor frecuencia en los menores de 18 y en los mayores de 65.

Tabla 1: Porcentaje de informes clínicos que documentan cada indicador

Indicador de calidad	Género				Ingreso / Alta			Intento único / Más de un intento		
	Total n=993	Hombres n=353	Mujeres n=640	$\chi^2 (p)^*$	Ingreso n=250	Alta n=708	$\chi^2 (p)^*$	Intento único n=139	Más de un intento n=419	$\chi^2 (p)^*$
Anteced. atenc psiquiátrica	90.9%	89.0%	92.0%	2.62	93.6%	91.1%	1.52	96.4%	95.9%	0.06
IC 95%	89.1-92.7	85.7-92.2	89.9-94.1	(0.106)	90.6-96.6	89.0-93.2	(0.217)	93.3-99.5	94.0-97.8	(0.809)
Ideación suicida	87.1%	86.4%	87.5%	0.24	86.4%	88.8%	1.06	92.1%	90.7%	0.25
IC 95%	85.0-89.2	82.8-90.0	84.9-90.1	(0.621)	82.1-90.7	86.5-91.2	(0.303)	87.5-96.6	87.9-93.5	(0.618)
Apoyo social o familiar	78.5%	75.9%	80.0%	2.25	82.8%	78.4%	2.21	87.1%	81.9%	2.01
IC 95%	76.0-81.1	71.4-80.4	76.9-83.1	(0.134)	78.1-87.5	75.4-81.4	(0.137)	81.4-92.7	78.2-85.6	(0.157)
Planificación suicida	75.6%	75.1%	75.9%	0.09	72.0%	78.4%	4.22	88.5%	78.5%	6.74
IC 95%	72.9-78.3	70.5-79.6	72.6-79.3	(0.761)	66.4-77.6	75.3-81.4	(0.040)	83.1-93.9	74.6-82.5	(0.009)
Reacción frente al intento	73.4%	72.0%	74.2%	0.60	67.6%	77.1%	8.84	82.7%	73.5%	4.84
IC 95%	70.7-76.2	67.2-76.7	70.8-77.6	(0.440)	61.8-73.4	74.0-80.2	(0.003)	76.4-89.1	69.3-77.7	(0.028)
Grado de daño médico	67.0%	71.7%	64.4%	5.48	76.0%	64.1%	11.83	80.6%	72.3%	3.74
IC 95%	64.0-69.9	66.9-76.4	60.6-68.1	(0.019)	70.7-81.3	60.6-67.7	(0.001)	73.9-87.2	68.0-76.6	(0.053)
Intentos previos	56.2%	55.8%	56.4%	0.03	72.0%	50.6%	34.48	**-	-	-
IC 95%	53.1-59.3	50.6-61.0	52.5-60.3	(0.856)	66.4-77.6	46.9-54.3	(0.000)	-	-	-

* g.l. = 1

**Indicador eliminado para estos análisis, ya que solo se incluyeron los casos en los que estaba codificado

Tabla 2: Porcentaje de informes clínicos que documentan cada indicador

Indicador de calidad	Grupos de edad			$\chi^2 (p)^*$	Nacionalidad		$\chi^2 (p)^{**}$
	Menores de 18 n=59	18-64 años n=880	Mayores de 65 n=54		Espanoles n=863	Extranjeros n=130	
Anteced. atenc psiquiátrica	89.8%	90.9%	92.6%	0.27 (0.875)	91.0%	90.8%	0.01 (0.943)
IC 95%	81.9-97.8	89.0-92.8	85.4-99.8		89.0-92.9	85.7-95.8	
Ideación suicida	84.7%	87.2%	88.9%	0.45 (0.799)	86.4%	91.5%	2.61 (0.106)
IC 95%	75.3-94.2	84.9-89.4	80.2-97.5		84.2-88.7	86.7-96.4	
Apoyo social o familiar	93.2%	76.9%	88.9%	12.33 (0.002)	79.1%	74.6%	1.37 (0.241)
IC 95%	86.6-99.8	74.1-79.7	80.2-97.5		76.4-81.9	67.0-82.2	
Planificación suicida	72.9%	76.4%	66.7%	2.85 (0.240)	75.2%	78.5%	0.65 (0.420)
IC 95%	61.2-84.6	73.6-79.2	53.7-79.7		72.3-78.1	71.3-85.6	
Reacción frente al intento	57.6%	74.8%	68.5%	9.03 (0.011)	72.1%	82.3%	6.06 (0.014)
IC 95%	44.6-70.6	71.9-77.6	55.7-81.3		69.1-75.1	75.7-89.0	
Grado de daño médico	71.2%	66.9%	63.0%	0.87 (0.648)	67.8%	61.5%	1.99 (0.158)
IC 95%	59.3-83.1	63.8-70.0	49.7-76.3		64.7-70.9	53.1-70.0	
Intentos previos	49.2%	57.0%	50.0%	2.29 (0.318)	58.2%	43.1%	10.45 (0.001)
IC 95%	36.0-62.3	53.8-60.3	36.2-63.8		54.9-61.5	34.5-51.7	

* g.l. = 2

** g.l. = 1

Estudio de la Respuesta del Sistema Sanitario

4.2.2. Análisis descriptivo de la respuesta del sistema sanitario en la asistencia al intento de suicidio: procedencia, juicio diagnóstico, derivación tras la primera atención.

La siguiente tabla resume la procedencia de los pacientes al llegar a las urgencias del hospital tras la tentativa de suicidio. La prueba Chi cuadrado puso de manifiesto la existencia de diferencias significativas en la procedencia de hombres y mujeres ($\chi^2(6) = 28.2, p < 0.001$), llegando los primeros con mayor frecuencia en servicios de emergencias o custodiados por la policía o la guardia civil y las mujeres por propia iniciativa.

Tabla 73: Procedencia

Procedencia	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Servicio de emergencias (e.j. SAMUR...)	177 (58.2)	268 (49.4)	445 (52.6)
Propia iniciativa	74 (24.3)	214 (39.5)	288 (34.0)
Urgencias de atención primaria	24 (7.9)	35 (6.4)	59 (6.9)
Hospital	15 (4.9)	16 (2.9)	31 (3.7)
Centro de salud mental	5 (1.6)	6 (1.1)	11 (1.3)
Policía, prisión, guardia civil...	9 (2.9)	1 (0.2)	10 (1.2)
Ingresado en el hospital	0 (0.0)	2 (0.4)	2 (0.2)
No consta	49	101	150
Total	353	643	996

Las frecuencias de juicio diagnóstico al alta se obtuvieron con la muestra de 921 personas que habían cometido algún intento de suicidio. La suma total es mayor que 921 porque en muchos casos las personas tuvieron más de un diagnóstico. Los informes de los que se extrajo la información no establecen con claridad una jerarquía de trastornos, sino una enumeración, seguramente en el orden de exposición del paciente, de manera que no es posible establecer si alguno de los trastornos es primario y consideramos que es más interesante ofrecer una

lista detallada de los trastornos que presentaban los sujetos, sin que sea posible establecer ratios de comorbilidad.

A continuación se resume el juicio diagnóstico psiquiátrico que recibieron los pacientes al alta. Las comparaciones entre el grupo de hombres y el de mujeres pusieron de manifiesto la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el diagnóstico de trastorno adaptativo ($\chi^2(1) = 4.7$, $p = 0.029$) y trastorno de ansiedad ($\chi^2(1) = 11.7$, $p = 0.001$), más frecuentes en mujeres, y en los diagnósticos de trastorno por abuso de sustancias ($\chi^2(1) = 61.2$, $p < 0.001$) y esquizofrenia ($\chi^2(1) = 25.8$, $p < 0.001$), más frecuentes en hombres. Sin embargo, no aparecieron diferencias estadísticamente significativas en el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo ($\chi^2(1) = 0.35$, $p = 0.062$) ni trastorno de personalidad ($\chi^2(1) = 0.5$, $p = 0.480$).

Tabla 74: Juicio diagnóstico al alta

Juicio diagnóstico	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Trastorno del estado de ánimo	78 (21.0)	186 (26.4)	264 (24.6)
Trastorno adaptativo	55 (14.8)	142 (20.2)	197 (18.3)
Trastorno por abuso de sustancias	86 (23.2)	51 (7.2)	137 (12.7)
Trastorno de ansiedad	18 (4.8)	79 (11.2)	97 (9.0)
Esquizofrenia y psicosis	30 (8.1)	13 (1.8)	43 (4.0)
Trastorno de la conducta alimentaria	0 (0.0)	19 (2.7)	19 (1.8)
T. de inicio en la infancia/ adolescencia	4 (1.1)	6 (0.8)	10 (0.9)
Delirium/ demencia	2 (0.5)	4 (0.6)	6 (0.6)
Trastorno del control de los impulsos	4 (1.1)	0 (0.0)	4 (0.4)
Trastorno disociativo	0 (0.0)	3 (0.4)	3 (0.3)
Trastorno del sueño	0 (0.0)	2 (0.3)	2 (0.2)
Trastorno somatomorfo	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.1)
Trastorno sexual	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.1)
Trastorno de personalidad	48 (12.9)	93 (13.2)	141 (13.1)
Ninguno	44 (11.8)	106 (15.1)	150 (13.9)
No consta	50	106	156
Total	421	810	1231

Tabla 75: Derivación tras la primera atención

Derivación	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Alta con seguimiento	207 (59.3)	447 (70.5)	654 (66.5)
Ingreso urgente	62 (17.8)	73 (11.5)	135 (13.7)
Derivación a otro hospital	38 (10.9)	35 (5.5)	73 (7.4)
Alta voluntaria	14 (4.0)	32 (5.0)	46 (4.7)
UVI	12 (3.4)	18 (2.8)	30 (3.0)
Fuga	10 (2.9)	13 (2.0)	23 (2.3)
Alta sin tratamiento	2 (0.6)	4 (0.6)	6 (0.6)
Ing. en serv. médicos	3 (0.9)	1 (0.2)	4 (0.4)
In. en serv. quirúrgicos	0 (0.0)	3 (0.5)	3 (0.3)
In. en M.I. a cargo d psiq.	0 (0.0)	2 (0.3)	2 (0.2)
Ingreso programado	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.1)
Otro	1 (0.3)	3 (0.5)	4 (0.4)
Éxitus	0 (0.0)	2 (0.3)	2 (0.2)
-----	-----	-----	-----
No consta	4	9	13
-----	-----	-----	-----
Total	353	643	996

4.2.3. Análisis descriptivo de las estrategias de intervención y derivación establecidas tras la asistencia al intento de suicidio: derivación al alta.

La siguiente tabla fue realizada con los 1009 intentos, en los casos que hubo derivación a dos centros, se han incluido las dos derivaciones, por ello el total es mayor que 1009.

Tabla 76: Derivación al alta

Derivación al alta	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Alta, seg. por Psiquiatría red pública	212 (53.3)	442 (59.0)	654 (57.0)
Alta, seguimiento por MAP	41 (10.3)	102 (13.6)	143 (12.5)
Alta, seguimiento por CAID	51 (12.8)	25 (3.3)	76 (6.6)
Alta voluntaria	16 (4.0)	32 (4.3)	48 (4.2)
Alta, seg. por psiquiatra/psicólogo privado	9 (2.3)	26 (3.5)	35 (3.0)
Fuga	11 (2.8)	17 (2.3)	28 (2.4)
Alta, seg. por consulta externa de hospital	10 (2.5)	15 (2.0)	25 (2.2)
Derivación a hospital de día	8 (2.0)	16 (2.1)	24 (2.1)
Alta, seguimiento por Psiquiatría vía MAP	6 (1.5)	13 (1.7)	19 (1.7)
Alta, seg., no se sabe si público o privado	1 (0.2)	9 (1.2)	10 (0.9)
Alta sin tratamiento	2 (0.5)	4 (0.5)	6 (0.5)
<i>Exitus</i>	0 (0.0)	2 (0.3)	2 (0.2)
Otro	31 (7.8)	46 (6.1)	77 (6.7)
No consta	18	29	47
Total	416	778	1194

Análisis del seguimiento en la red pública de salud mental.

Tras cruzar los datos recogidos en los cuatro hospitales con los datos administrativos de actividad asistencial en la red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, se obtuvo que 281 (30.5%) personas que acudieron al hospital tras un intento de suicidio tenían historia en el centro de salud mental (CSM), lo que indica que antes o después del intento acudieron al CSM. Las mujeres tenían historia en el CSM con mayor frecuencia, aunque dicha diferencia no llegó a ser significativa ($\chi^2(1) = 3.8, p = 0.051$).

Tabla 77: Personas que tienen historia en el CSM

Tiene historia en el CSM	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Sí	82 (26.4)	119 (32.6)	281 (30.5)
No	229 (73.6)	411 (67.1)	640 (69.5)
Total	311	610	921

De los 1009 intentos, 292 (28.9%) acudieron al CSM tras el intento, y en los otros 717 (71.1%) no costó registro en el CSM. En la siguiente tabla se resumen la frecuencia y el porcentaje de casos que tras el intento acudieron al CSM separados por hospital. Las diferencias entre hospitales fueron significativas ($\chi^2(3) = 8.0$, $p = 0.047$), siendo los pacientes del área 4 (derivados desde el Ramón y Cajal) los que más acudieron al seguimiento.

Tabla 78: Número de intentos que registraron asistencia en el CSM separados por hospital

Registraron asistencia en CSM	Gregorio Marañón n (%)	12 de Octubre n (%)	Ramón y Cajal n (%)	Clínico n (%)	Total n (%)
Sí	111 (29.9)	66 (25.8)	74 (35.4)	41 (23.7)	292 (28.9%)
No	260 (70.1)	190 (74.2)	135 (64.6)	132 (76.3)	717 (71.1%)
Total	371	256	209	173	1009

En la siguiente tabla se resumen los días transcurridos desde el alta en el hospital hasta la primera visita registrada en el CSM. Las mujeres tardaron significativamente menos días (22.71 ± 28.59) que los hombres (39.79 ± 65.50) en acudir al CSM tras el intento ($t(120.90) = 2.53$, $p < 0.013$).

Tabla 79: Días transcurridos desde el alta hasta primera visita al CSM

Días transcurridos	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
1-5 días	21 (21.6)	52 (26.7)	73 (25.0)
6-15 días	18 (18.6)	41 (21.0)	59 (20.2)
16-30 días	21 (21.6)	47 (24.1)	68 (23.3)
31-60 días	21 (21.6)	39 (20.0)	60 (20.5)
>60 días	16 (16.5)	16 (8.2)	32 (11.0)
Total	97	195	292

Tomando como muestra los casos en los que en el informe de alta ponía específicamente que continuase el seguimiento por el CSM, independientemente de si se recomendaba algún otro seguimiento adicional, se analizó quiénes acudieron a dicho seguimiento tras el intento. De los 672 casos en los que en el informe de alta se recomendó acudir al CSM, sólo 242 (36.0%) acudieron al CSM tras el

intento, mientras que en los 430 (64.0%) restantes no hay registro. En la siguiente tabla se resumen los días que transcurrieron desde el intento a la visita al CSM para los 242 casos que fueron derivados al CSM y que acudieron al mismo tras el intento. Aunque las mujeres tardaron menos días (23.03 ± 26.91) en acudir al CSM que los hombres (37.69 ± 66.44), dicha diferencia no llegó a ser significativa ($t(99.44) = 1.97, p < 0.052$).

Tabla 80: Días transcurridos desde el intento hasta visita al CSM para pacientes derivados al CSM

Días transcurridos	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
1-5 días	17 (21.0)	43 (26.7)	60 (24.8)
6-15 días	17 (21.0)	36 (22.4)	53 (21.9)
16-30 días	17 (21.0)	38 (23.6)	55 (22.7)
31-60 días	19 (23.5)	32 (20.0)	51 (21.1)
>60 días	11 (13.6)	12 (7.5)	23 (9.5)
Total	81	161	242

Población inmigrante

i *Análisis descriptivo de la respuesta del sistema sanitario en la asistencia al intento de suicidio: procedencia, juicio diagnóstico, derivación tras la primera atención.*

A continuación se muestra la procedencia de los pacientes al llegar a los servicios de urgencias de los hospitales separada para españoles y extranjeros. La prueba Chi cuadrado de Pearson puso de manifiesto que existía una diferencia estadísticamente significativa de la procedencia de los españoles y la de los extranjeros ($\chi^2(6) = 16.9, p = 0.010$), llegando los españoles con mayor frecuencia desde los servicios de emergencias y las urgencias de atención primaria y los extranjeros por propia iniciativa.

Tabla 81: Procedencia de españoles y extranjeros

Procedencia	Espanoles n (%)	Extranjeros n (%)
Servicio de emergencias (e.j. SAMUR...)	398 (54.1)	47 (42.3)
Propia iniciativa	236 (32.1)	52 (46.8)
Urgencias de atención primaria	57 (7.7)	2 (1.8)
Hospital	26 (3.5)	5 (4.5)
Centro de salud mental	9 (1.2)	2 (1.8)
Policía, prisión, guardia civil...	7 (0.9)	3 (2.7)
Ingresado en el hospital	2 (0.3)	0 (0.0)
No consta	130	20
Total	865	131

A continuación podemos ver el juicio diagnóstico psiquiátrico que recibieron los pacientes al alta tras el intento de suicidio. La prueba Chi cuadrado de Pearson realizada comparando la presencia o ausencia de los principales trastornos psiquiátricos entre el grupo de españoles y el de extranjeros puso de manifiesto que existían diferencias estadísticamente significativas en el juicio diagnóstico para trastorno del estado de ánimo ($\chi^2(1) = 15.1, p < 0.001$), trastorno por abuso de sustancias ($\chi^2(1) = 7.2, p = 0.007$) y trastorno de la personalidad ($\chi^2(1) = 10.3, p = 0.001$), apareciendo dichos diagnósticos con mayor frecuencia entre la población española, así como trastorno adaptativo ($\chi^2(1) = 10.0, p = 0.002$), siendo utilizado como diagnóstico con más frecuencia entre la población inmigrante. Sin embargo, no aparecieron diferencias significativas en el diagnóstico de ansiedad ($\chi^2(1) = 0.6, p = 0.452$) ni esquizofrenia ($\chi^2(1) = 2.1, p = 0.144$).

Tabla 82: Juicio diagnóstico al alta para españoles y extranjeros

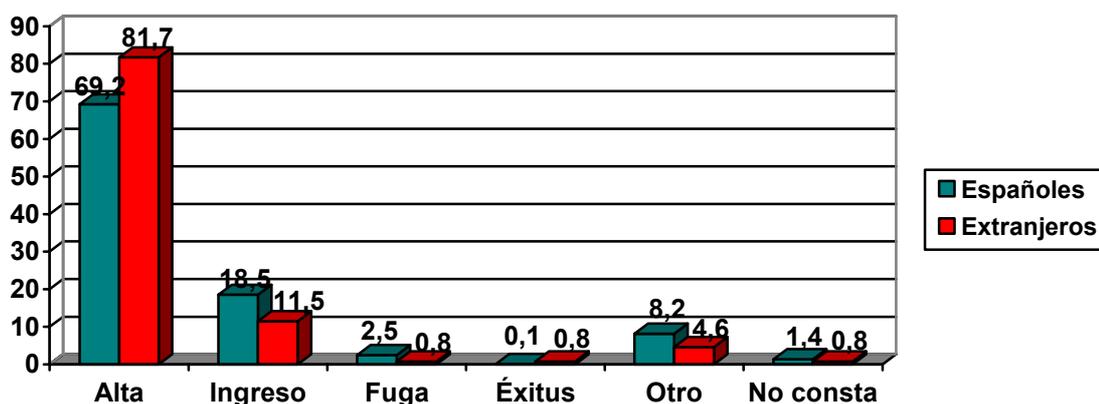
Juicio diagnóstico	Españoles n (%)	Extranjeros n (%)
Trastorno del estado de ánimo	232 (25.0)	32 (24.6)
Trastorno adaptativo	166 (17.9)	31 (23.8)
Trastorno por abuso de sustancias	122 (13.2)	15 (11.5)
Trastorno de ansiedad	82 (8.8)	15 (11.5)
Esquizofrenia y psicosis	38 (4.1)	5 (3.8)
Trastorno de la conducta alimentaria	18 (1.9)	1 (0.8)
T. de inicio en la infancia/ adolescencia	9 (0.9)	1 (0.8)
Delirium / demencia	6 (0.6)	0 (0.0)
Trastorno del control de los impulsos	4 (0.4)	0 (0.0)
Trastorno disociativo	3 (0.3)	0 (0.0)
Trastorno del sueño	2 (0.2)	0 (0.0)
Trastorno somatomorfo	1 (0.1)	0 (0.0)
Trastorno sexual	1 (0.1)	0 (0.0)
Trastorno de personalidad	138 (14.9)	8 (6.1)
Ninguno	104 (11.2)	22 (16.9)
No consta	48	11
Total	974	141

En la tabla siguiente podemos observar la derivación tras la primera atención. Al comparar el grupo de españoles con el de extranjeros la prueba Chi cuadrado puso de manifiesto que existía una diferencia significativa en la primera derivación entre ambos grupos ($\chi^2(12) = 34.5, p < 0.001$) siendo los extranjeros dados de alta con seguimiento con mayor frecuencia y los españoles ingresados urgentemente con mayor frecuencia.

Tabla 83: Derivación tras la primera atención para españoles y extranjeros

Derivación	Españoles n (%)	Extranjeros n (%)
Alta con seguimiento	552 (64.7)	102 (78.5)
Ingreso urgente	126 (14.8)	9 (6.9)
Derivación a otro hospital	67 (7.8)	6 (4.6)
Alta voluntaria	44 (5.2)	2 (1.5)
UVI	27 (3.2)	3 (2.3)
Fuga	22 (2.6)	1 (0.7)
Alta sin tratamiento	3 (0.3)	3 (2.3)
Ing. en serv. médicos	4 (0.5)	0 (0.0)
In. en serv. quirúrgicos	2 (0.2)	1 (0.7)
In. en M.I. a cargo d psiq.	1 (0.1)	1 (0.7)
Ingreso programado	0 (0.0)	1 (0.7)
Otro	4 (0.5)	0 (0.0)
<i>Exitus</i>	1 (0.1)	1 (0.7)
No consta	12	1
Total	865	131

Gráfico 4: Resumen de la derivación tras la primera atención



ii. *Análisis descriptivo de las estrategias de intervención y derivación establecidas tras la asistencia al intento de suicidio*

Tabla 84: Derivación al alta para españoles y extranjeros

Derivación al alta	Espanoles n (%)	Extranjeros n (%)
Alta, seg. por Psiquiatría red pública	577 (57.8)	74 (54.0)
Alta, seguimiento por MAP	109 (10.9)	31 (22.6)
Alta, seguimiento por CAID	72 (7.2)	4 (2.9)
Alta voluntaria	45 (4.5)	3 (2.2)
Alta, seg. por psiquiatra/psicólogo privado	35 (3.5)	0 (0.0)
Fuga	22 (2.2)	1 (0.7)
Alta, seg. por consulta externa de hospital	24 (2.4)	1 (0.7)
Derivación a hospital de día	22 (2.2)	2 (1.5)
Alta, seguimiento por Psiquiatría vía MAP	12 (1.2)	7 (5.1)
Alta, seg., no se sabe si público o privado	9 (0.9)	1 (0.7)
Alta sin tratamiento	3 (0.3)	3 (2.2)
Exitus	1 (0.1)	1 (0.7)
Otro	66 (6.6)	10 (7.3)
No consta	38	7
Total	1036	144

Análisis del seguimiento en la red pública de salud mental.

Tras el intento, los españoles acudieron significativamente más al CSM que los extranjeros ($\chi^2(1) = 35.7, p < 0.001$), las frecuencias y porcentajes de personas que acudieron al CSM tras el intento, separados entre españoles y extranjeros, se resumen en la tabla siguiente.

Tabla 85: Casos que tras el intento registraron historia en el CSM para españoles y extranjeros

Registraron historia en CSM tras intento	Espanoles n (%)	Extranjeros n (%)
Sí	283 (32.2)	9 (6.9)
No	595 (67.8)	122 (93.1)
Total	878	131

Menores de 18 y mayores de 65 años.

i *Análisis descriptivo de la respuesta del sistema sanitario en la asistencia al intento de suicidio: procedencia, juicio diagnóstico, derivación tras la primera atención.*

A continuación se muestra la procedencia de los pacientes al llegar a los servicios de urgencias de los hospitales, separada para los diferentes grupos de edad considerados. La prueba Chi cuadrado de Pearson puso de manifiesto que existía una tendencia a la significación en la procedencia de los diferentes grupos ($\chi^2(12) = 20.98$, $p = 0.051$). Las personas de menos de 18 años parecen acudir más por propia iniciativa y las personas mayores fueron las que más emplearon los servicios de emergencias.

Tabla 86: Procedencia de las personas de los diferentes grupos de edad

Procedencia	Menores de 18 años n (%)	18-64 años n (%)	Mayores de 65 años n (%)
Servicio de emergencias (e.j. SAMUR...)	18 (35.3)	393 (52.7)	29 (69.0)
Propia iniciativa	23 (45.1)	256 (34.3)	7 (16.7)
Urgencias de atención primaria	3 (5.9)	49 (6.6)	5 (11.9)
Hospital	5 (9.8)	26 (3.5)	0 (0.0)
Centro de salud mental	1 (2.0)	12 (1.6)	0 (0.0)
Policía, prisión, guardia civil...	1 (2.0)	8 (1.1)	1 (2.4)
Ingresado en el hospital	0 (0.0)	2 (0.3)	0 (0.0)
No consta	8	137	12
Total	59	883	54

En la siguiente tabla se presenta la frecuencia de cada tipo de diagnóstico que las personas recibieron al alta. Por una cuestión de claridad los contrastes entre ambos grupos no se realizaron de manera global, sino de forma separada para las principales categorías diagnósticas, dicotomizadas en presencia *versus* ausencia del trastorno. En esas comparaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la proporción de casos de trastorno adaptativo ($\chi^2(2) = 4.3$, $p = 0.118$), de trastornos de ansiedad ($\chi^2(2) = 3.4$, $p = 0.181$), y de esquizofrenia ($\chi^2(2) = 2.9$, $p = 0.234$).

Sin embargo, las personas mayores presentaron proporciones más altas de depresión y las más jóvenes menos ($\chi^2(2) = 20.0$, $p < 0.001$), y las personas del grupo de edad intermedio presentaron proporciones más altas que los otros dos grupos de trastornos de personalidad ($\chi^2(2) = 18.3$, $p = 0.001$), y de trastornos por abuso de sustancias ($\chi^2(2) = 22.9$, $p < 0.001$).

Tabla 87: Juicio diagnóstico al alta para las personas de cada grupo de edad

Juicio diagnóstico	Menores de 18 años n (%)	18-64 años n (%)	Mayores de 65 años n (%)
Trastorno del estado de ánimo	23 (38.3)	225 (23.3)	15 (27.8)
Trastorno adaptativo	9 (15.0)	177 (18.3)	11 (20.4)
Trastorno por abuso de sustancias	5 (8.3)	125 (13.0)	7 (13.0)
Trastorno de ansiedad	9 (15.0)	80 (8.3)	8 (14.8)
Esquizofrenia y psicosis	0 (0.0)	37 (3.8)	6 (11.1)
Trastorno de la conducta alimentaria	2 (3.3)	17 (1.8)	0 (0.0)
T. de inicio en la infancia/ adolescencia	0 (0.0)	10 (1.0)	0 (0.0)
Delirium / demencia	1 (1.7)	5 (0.5)	0 (0.0)
Trastorno del control de los impulsos	0 (0.0)	4 (0.4)	0 (0.0)
Trastorno disociativo	0 (0.0)	3 (0.3)	0 (0.0)
Trastorno del sueño	0 (0.0)	2 (0.2)	0 (0.0)
Trastorno somatomorfo	0 (0.0)	1 (0.1)	0 (0.0)
Trastorno sexual	0 (0.0)	1 (0.1)	0 (0.0)
Trastorno de personalidad	3 (5.0)	142 (14.7)	1 (1.9)
Ninguno	8 (13.3)	136 (14.1)	6 (11.1)
No consta	14	132	10
Total	74	1097	64

En cuanto al resultado tras la primera atención, la prueba chi-cuadrado de Pearson puso de manifiesto que no existían diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2(22) = 24.81$, $p = 0.306$) entre los grupos de edad.

Tabla 88: Derivación tras la primera atención para las personas de cada grupo de edad

Derivación	Menores de 18 años n (%)	18-64 años n (%)	Mayores de 65 años n (%)
Alta con seguimiento	34 (57.6)	593 (68.3)	32 (60.4)
Ingreso urgente	12 (20.3)	109 (12.6)	10 (18.9)
Derivación a otro hospital	6 (10.2)	61 (7.0)	7 (13.2)
Alta voluntaria	1 (1.7)	44 (5.1)	1 (1.9)
UVI	5 (8.5)	24 (2.8)	2 (3.8)
Fuga	1 (1.7)	16 (1.8)	0 (0.0)
Alta sin tratamiento	0 (0.0)	7 (0.8)	0 (0.0)
Ing. en serv. médicos	0 (0.0)	6 (0.7)	1 (1.9)
In. en serv. quirúrgicos	0 (0.0)	3 (0.3)	0 (0.0)
In. en M.I. a cargo d psiq.	0 (0.0)	2 (0.2)	0 (0.0)
Ingreso programado	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Otro	0 (0.0)	2 (0.2)	0 (0.0)
<i>Exitus</i>	0 (0.0)	1 (0.1)	0 (0.0)
No consta	0	15	1
Total	59	883	54

Gráfico 5: Resumen de la derivación tras la primera atención

ii *Análisis descriptivo de las estrategias de intervención y derivación establecidas tras la asistencia al intento de suicidio: derivación al alta*

Tabla 89: Derivación al alta para las personas de cada grupo de edad

Derivación al alta	Menores de 18 años n (%)	18-64 años n (%)	Mayores de 65 años n (%)
Alta, seg. por Psiquiatría red pública	40 (62.5)	575 (56.9)	39 (65.0)
Alta, seguimiento por MAP	3 (4.7)	126 (12.5)	14 (23.3)
Alta, seguimiento por CAID	0 (0.0)	76 (7.5)	0 (0.0)
Alta voluntaria	1 (1.6)	46 (4.5)	1 (1.7)
Alta, seg. por psiquiatra/psicólogo privado	3 (4.7)	32 (3.2)	0 (0.0)
Fuga	0 (0.0)	16 (1.6)	0 (0.0)
Alta, seg. por consulta externa de hospital	3 (4.7)	20 (2.0)	2 (3.3)
Derivación a hospital de día	4 (6.3)	20 (2.0)	0 (0.0)
Alta, seguimiento por Psiquiatría vía MAP	1 (1.6)	18 (1.8)	0 (0.0)
Alta, seg., no se sabe si público o privado	1 (1.6)	9 (0.9)	0 (0.0)
Alta sin tratamiento	0 (0.0)	6 (0.6)	0 (0.0)
Exitus	0 (0.0)	2 (0.2)	0 (0.0)
Otro	8 (12.5)	65 (6.4)	4 (6.7)
No consta	2	41	4
Total	66	1052	64

Análisis del seguimiento en la red pública de salud mental.

En la siguiente tabla se resumen los casos que tras el intento acudieron al CSM para los distintos grupos de edad. La prueba Chi cuadrado de Pearson puso de manifiesto que no existían diferencias estadísticamente significativas en el seguimiento por el CSM en función de la edad ($\chi^2(2) = 4.7, p = 0.095$).

Tabla 90: Casos que tras el intento registraron historia en el CSM para los distintos grupos de edad

Registraron historia en CSM tras intento	Menores de 18 años n (%)	18-64 años n (%)	Mayores de 65 años n (%)
Sí	10 (16.7)	265 (29.6)	17 (30.9)
No	50 (83.3)	629 (70.4)	38 (69.1)
Total	60	894	55

Personas con múltiples intentos

i *Análisis descriptivo de la respuesta del sistema sanitario en la asistencia al intento suicidio: procedencia, juicio diagnóstico, derivación tras la primera atención.*

A continuación se muestra la procedencia de los pacientes al llegar a los servicios de urgencias, separada para personas que no habían cometido intentos previamente y las que sí. La prueba Chi cuadrado de Pearson puso de manifiesto que no existían diferencias estadísticamente significativas en la procedencia de uno y otro grupo.

Tabla 91: Procedencia de personas con intentos únicos y recurrentes

Procedencia	Intento único n (%)	Más de un intento n (%)
Servicio de emergencias (e.j. SAMUR...)	65 (47.4)	195 (54.3)
Propia iniciativa	44 (32.1)	106 (25.1)
Urgencias de atención primaria	7 (5.1)	27 (7.5)
Hospital	1 (0.7)	17 (4.7)
Centro de salud mental	1 (0.7)	8 (2.2)
Policía, prisión, guardia civil...	0 (0.0)	4 (1.1)
Ingresado en el hospital	0 (0.0)	2 (0.6)
No consta	3	64
Total	140	423

En la siguiente tabla se presenta la frecuencia de cada tipo de diagnóstico que las personas recibieron al alta. Por una cuestión de claridad los contrastes entre ambos grupos no se realizaron de manera global, sino de forma separada para las principales categorías diagnósticas, dicotomizadas en presencia *versus* ausencia del trastorno. En esas comparaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la proporción de casos de depresión ($\chi^2(1) = 2.1$, $p = 0.149$), de trastornos de ansiedad ($\chi^2(1) = 0.4$, $p = 0.527$), esquizofrenia ($\chi^2(1) = 2.2$, $p = 0.139$).

Sin embargo, las personas con intentos únicos presentaron mayor proporción de trastornos adaptativos ($\chi^2(1) = 22.4$, $p < 0.001$) y trastornos por abuso de sustancias ($\chi^2(1) = 11.8$, $p = 0.001$), así como una menor proporción de trastornos de personalidad ($\chi^2(1) = 21.8$, $p < 0.001$).

Tabla 92: Juicio diagnóstico al alta para personas con intentos únicos y recurrentes

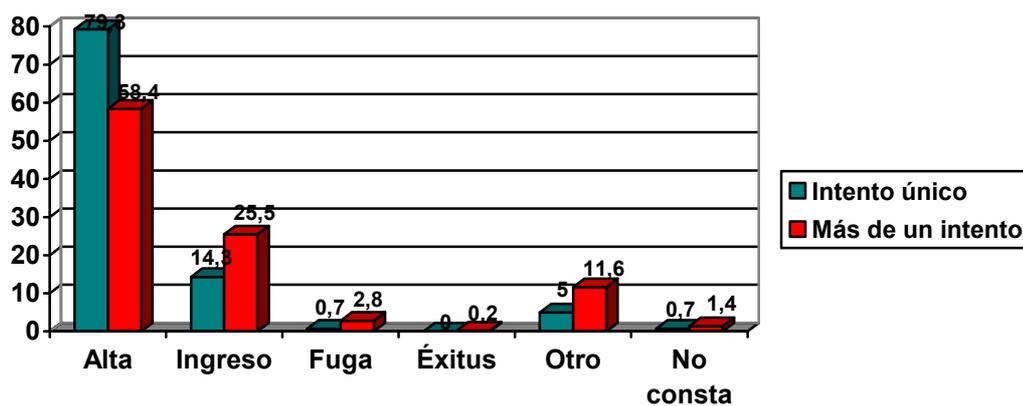
Juicio diagnóstico	Intento único n (%)	Más de un intento n (%)
Trastorno del estado de ánimo	40 (27.8)	89 (20.3)
Trastorno adaptativo	30 (20.8)	68 (15.5)
Trastorno por abuso de sustancias	18 (12.5)	52 (11.8)
Trastorno de ansiedad	13 (9.0)	32 (7.3)
Esquizofrenia y psicosis	4 (2.8)	18 (4.1)
Trastorno de la conducta alimentaria	2 (1.4)	9 (2.1)
T. de inicio en la infancia/ adolescencia	0 (0.0)	7 (1.6)
Delirium / demencia	1 (0.7)	3 (0.7)
Trastorno del control de los impulsos	2 (1.4)	0 (0.0)
Trastorno disociativo	0 (0.0)	1 (0.2)
Trastorno del sueño	0 (0.0)	2 (0.5)
Trastorno somatomorfo	0 (0.0)	1 (0.2)
Trastorno sexual	0 (0.0)	1 (0.2)
Trastorno de personalidad	10 (6.9)	91 (20.7)
Ninguno	24 (16.7)	65 (14.8)
No consta	32	52
Total	176	491

En la tabla siguiente podemos observar la derivación tras la primera atención. Al comparar el grupo de españoles con el de extranjeros la prueba Chi cuadrado puso de manifiesto que existía una diferencia significativa en la primera derivación entre ambos grupos ($\chi^2(12) = 34.5$, $p = 0.000$).

Tabla 93: Derivación tras la primera atención para personas con intentos únicos y recurrentes

Derivación	Intento único n (%)	Más de un intento n (%)
Alta con seguimiento	103 (74.1)	224 (53.0)
Ingreso urgente	13 (9.4)	91 (21.5)
Derivación a otro hospital	7 (5.0)	45 (10.6)
Alta voluntaria	6 (4.3)	22 (5.2)
UVI	5 (3.6)	11 (2.6)
Fuga	1 (0.7)	12 (2.8)
Alta sin tratamiento	2 (1.4)	1 (0.2)
Ing. en serv. médicos	0 (0.0)	3 (0.7)
In. en serv. quirúrgicos	1 (0.7)	1 (0.2)
In. en M.I. a cargo d psiq.	1 (0.7)	1 (0.2)
Ingreso programado	0 (0.0)	1 (0.2)
Otro	0 (0.0)	4 (0.9)
<i>Exitus</i>	0 (0.0)	1 (0.2)
No consta	1	6
Total	140	423

Gráfico 6: Resumen de la derivación tras la primera atención para intentos únicos y recurrentes



ii *Análisis descriptivo de las estrategias de intervención y derivación establecidas tras la asistencia al intento de suicidio: derivación al alta*

Tabla 94: Derivación al alta para personas con intentos únicos y recurrentes

Derivación al alta	Intento único n (%)	Más de un intento n (%)
Alta, seg. por Psiquiatría red pública	98 (62.4)	289 (59.0)
Alta, seguimiento por MAP	26 (16.6)	28 (5.7)
Alta, seguimiento por CAID	2 (1.3)	43 (8.8)
Alta voluntaria	6 (3.8)	22 (4.5)
Alta, seg. por psiquiatra/psicólogo privado	3 (1.9)	19 (3.9)
Fuga	1 (0.6)	13 (2.7)
Alta, seg. por consulta externa de hospital	3 (1.9)	14 (2.9)
Derivación a hospital de día	3 (1.9)	17 (3.5)
Alta, seguimiento por Psiquiatría vía MAP	3 (1.9)	6 (1.2)
Alta, seg., no se sabe si público o privado	3 (1.9)	3 (0.6)
Alta sin tratamiento	2 (1.3)	1 (0.2)
<i>Exitus</i>	0 (0.0)	1 (0.2)
Otro	7 (4.5)	33 (6.7)
No consta	3	20
Total	160	510

Análisis del seguimiento en la red pública de salud mental.

En la siguiente tabla se resumen los casos que tras el intento acudieron al CSM separados entre personas con intentos previos y las personas sin intentos previos. La prueba Chi cuadrado de Pearson puso de manifiesto que no existían diferencias estadísticamente significativas en el seguimiento por el CSM entre ambos grupos ($\chi^2(1) = 2.6, p = 0.109$).

Tabla 95: Casos que tras el intento registraron historia en el CSM para personas con intento único o recurrentes

Registraron historia en CSM tras intento	Intento único n (%)	Más de un intento n (%)
Sí	39 (27.9)	149 (35.2)
No	101 (72.1)	274 (64.8)
Total	140	423

5. DISCUSIÓN

5.1. Limitaciones

Uno de los objetivos principales de este estudio observacional era tratar de estimar la incidencia de la conducta suicida atendida en los servicios de urgencias de cuatro hospitales públicos de la Comunidad de Madrid. La muestra del estudio estaba compuesta, por tanto, solamente de aquellas tentativas de suicidio tras las que la persona acudió a los servicios de urgencias de un hospital general público. Sin embargo, somos conscientes de que el espectro de los intentos de suicidio es mayor, y que no se recogieron los intentos tras los cuales la persona no acudió a ningún servicio del sistema sanitario, aquellos casos en los que se acudió a los servicios de atención primaria y que no fueron derivados posteriormente al hospital general, ni los casos en los que se acudió a un centro privado.

Puesto que los cuatro eran hospitales universitarios con atención psiquiátrica y de urgencias 24 horas, hay que tomar con cautela la posible generalización de los resultados relacionados con la calidad de los informes, ya que esta podría ser diferente en hospitales más pequeños con menos psiquiatras.

En cuanto al seguimiento, éste sólo pudo realizarse en los casos que los pacientes acudían a la red pública de salud. Los casos que acudieron a dispositivos privados no se siguieron, aunque dado que se recogió un elevado número de casos, la muestra fue suficiente para conocer la respuesta sanitaria pública al paciente suicida. Por otro lado, cualquier intervención preventiva formulada a partir de los datos de este estudio será implementada esencialmente en la red pública, por lo que es ésta la información más relevante a la hora de identificar la respuesta del sistema sanitario y las potenciales áreas de actuación.

Por otra parte, las áreas sanitarias seleccionadas se encuentran todas situadas en la región central y sureste de la Comunidad, si bien es cierto que esto no debe ser una gran limitación, ya que esta zona contiene una población heterogénea a nivel social, económico y cultural (García Pérez et al., 2007).

Al tratarse de un estudio observacional y utilizar los datos de los informes clínicos, sólo se accedió a la información ya existente, y no se indagó más allá de lo escrito en los informes ni se preguntó a los propios pacientes o al personal sanitario que redactó los informes, y tampoco se analizaron las evaluaciones de los psiquiatras, por lo que no se puede concluir que la información que no estaba presente en los informes no fuese explorada durante la evaluación. Por tanto, la información que no estaba registrada en los informes podía ser conocida por el personal sanitario pero no se accedió a ella. Por esta misma razón tampoco se pudieron utilizar escalas estandarizadas para medir constructos como la intencionalidad. Sin embargo, el acceso a este tipo de información, nos permitió obtener una instantánea naturalista y objetiva de la práctica clínica real tras un intento de suicidio, y de esta forma se pudo evaluar la calidad de los informes realizados y proponer mejoras en este aspecto, ya que la información a la que no pudieron acceder los investigadores porque no estaba escrita, es información a la que tampoco podrá acceder alguien que desee consultar el historial de dicho paciente. El hecho de ser un estudio observacional cuenta además con la ventaja de que se han podido consignar todos los casos que acudieron al hospital debido a una tentativa de suicidio, mientras que un estudio que utiliza el autoinforme de los pacientes suele perder información debido a la reticencia de los pacientes a informar sobre una conducta estigmatizada como ésta.

En cuanto al seguimiento por los centros de Salud Mental, la información fue recogida de los registros de actividad asistencial disponibles en la Oficina Regional de Salud Mental. A pesar de que la calidad de esta información es alta, al no realizarse el registro de una forma automatizada, es posible que no se refleje absolutamente toda la actividad asistencial y por tanto, puede que algunos casos hayan acudido y no estén registrados.

5.2. Principales Hallazgos

5.2.1. Estudio de la incidencia de la conducta suicida atendida.

Las tasas de suicidio en Europa se sitúan entre las más altas del mundo. No obstante, los países del sur de Europa, entre ellos España, presentan tasas bajas

según los estándares de la OMS (Schmidtke et al., 2004). Como se comentó en la introducción, la Comunidad de Madrid presenta tasas de suicidio menores que la media española. Comparando con otros países, las bajas tasas de suicidio en la CAM pueden estar explicadas por: la baja prevalencia de depresión en España, ya que existe una clara vinculación del suicidio con la depresión, y en España hay una menor prevalencia de la depresión que en otros países europeos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) y las características demográficas de la población de la CAM, ya que en esta comunidad la población es joven (Instituto Nacional de Estadística, 2007a) y hay una alta proporción de inmigrantes: es la tercera comunidad autónoma con mayor proporción de extranjeros, tras las Islas Baleares y Comunidad Valenciana (Instituto Nacional de Estadística, 2007c).

En los 4 meses del estudio se atendieron 1009 intentos de suicidio en las urgencias de los cuatro hospitales participantes. Estos intentos corresponden a 921 personas, lo que supone una incidencia de 33 casos por 100.000 habitantes. La tasa de incidencia estandarizada mediante el estándar poblacional de edad de la OMS en cuatro meses es de 34.02 personas por 100000 habitantes, estimándose la incidencia anual de personas que intentan suicidarse y que son atendidas en la Comunidad de Madrid de 102.07 por cien mil habitantes. Esta cifra es significativamente menor que la media de Europa. La tasa encontrada en Madrid es por tanto menor que la de ciudades como Limerick (Irlanda) (166 por 100000 para hombres y 194 para mujeres), Gante (Bélgica) (265 por 100000 habitantes), Oxford (Reino Unido) (384 por 100000 habitantes) y Rennes, (Francia) (258 por 100000 para hombres y 488 por 100000 en mujeres), aunque mayor que las de Ljubljana (Eslovenia) (82.7 por 100000 en hombres y 83.7 por 100000 en mujeres) y Evia (Grecia) (26.2 por 100000 para hombres y 86.3 por 100000 para mujeres) (Schmidtke et al., 2004).

En cuanto a las tasas de intentos de suicidio estandarizadas por edad, se observaron claras diferencias por hospitales, que no podemos atribuir a diferencias demográficas de la población de dichas áreas sanitarias, ya que en las 4 áreas estudiadas hay una población bastante heterogénea. Debido posiblemente a dicha heterogeneidad, la distribución de la tasa de intentos no coincide con algunos de los indicadores socioeconómicos básicos como niveles de renta *per*

cápita, personas con estudios superiores, ni niveles de paro de dichas áreas (García Pérez et al., 2007) a pesar de que algunos estudios han encontrado que la desventaja socioeconómica aumenta el riesgo de suicidio (Lorant et al., 2005).

Tal y como ha aparecido en otros estudios (Schmidtke et al., 2004), la incidencia de intentos de suicidio resultó ser mayor en mujeres que en hombres. Estudios previos también han encontrado que las mujeres jóvenes muestran las mayores tasas de intentos de suicidio entre todos los grupos de género y edad, y que dicha diferencia tiende a disminuir hasta desaparecer conforme aumenta la edad (Baca-Garcia et al., 2008), tendencia que parece confirmarse en este estudio ya que se encontró una diferencia especialmente marcada en las tasas de intentos de suicidio en función del género en la población entre 15 y 29 años y que disminuye conforme aumenta la edad.

La media de edad de las mujeres que cometieron un intento de suicidio fue ligeramente inferior a la de los hombres, tendencia que ha aparecido en otros estudios (Aghanwa, 2004; Nordentoft & Branner, 2008). El elevado número de intentos de suicidio en chicas jóvenes no se corresponde con las tasas de intentos consumados, que siguen siendo superiores en los varones en este grupo de edad (Varnik et al., 2008).

Las personas que cometieron un intento de suicidio estaban mayoritariamente solteras, separadas, divorciadas o viudas, dato que también ha aparecido en otros estudios (Schmidtke et al., 2004). Sin embargo, aunque la mayoría de las personas vivían con familiares, el porcentaje de personas que vivían solas era bastante inferior al encontrado en personas que intentaban suicidarse de diversos países europeos (Schmidtke et al., 2004), lo que puede estar explicado por las características de la sociedad española: donde la familia es uno de los mayores valores y el proveedor principal de apoyo material y emocional (Losada et al., 2006), y donde la permanencia en el domicilio parental suele ser bastante prolongada (Instituto de la Juventud (INJUVE), 2004). El perfil sociodemográfico de las personas que cometieron una tentativa de suicidio es por tanto el de una mujer soltera en torno a los 35 años y española.

Los resultados mostraron que tanto hombres como mujeres contaban en su mayoría con el apoyo de al menos algún familiar, quizá también debido a los

fuertes lazos familiares en nuestro país (Losada et al., 2006). En la mayoría de los casos no constan datos sobre el apoyo social; en los que sí que consta, el 52% tienen un buen entorno social que apoya, habiendo diferencias significativas entre sexos, siendo el entorno social peor en los hombres.

En el 68.9% de los casos existían antecedentes de atención psiquiátrica previa, fundamentalmente en el Centro de Salud Mental, y en el 44.9% de los casos había habido algún ingreso psiquiátrico previo. Al igual que ha aparecido en otros estudios, la mayoría de los casos tenía algún diagnóstico psiquiátrico previo y tenían antecedentes de atención psiquiátrica (Villoria Borrego, 2004), aunque en 197 casos no existía ningún diagnóstico psiquiátrico previo y en 46 casos no consta el dato. El diagnóstico previo más frecuente fueron los trastornos del estado de ánimo, seguidos de trastornos de ansiedad y de la personalidad y abuso y dependencia de alcohol y otras drogas, dándose combinados en algunos casos. En la mayoría de los casos se trataba asimismo de trastornos con un tiempo de evolución largo.

Los resultados respecto a los intentos de suicidio previos ponen de manifiesto que el 71% de los pacientes habían tenido alguna tentativa previa. Esta cifra es superior a la que ha aparecido en otros estudios – la media europea hallada en el WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour fue de 42% para los hombres y 45% para las mujeres (Schmidtke et al., 2004). Teniendo en cuenta que para el cálculo del porcentaje no se pudo asumir que los casos en los que dicha información no constaba significase que no había intentos previos, puede ser que esta cifra sea una estimación exagerada, debido al hecho de que sea quizá más frecuente que cuando no se consigne dicha información es porque no haya intentos previos, de modo que muchos de los “no consta” podrían ser casos en los que no había intentos previos. Si pudiésemos asumir que los casos en que dicha información no consta es porque no hay intentos previos, el porcentaje de personas que han cometido algún intento previo se reduciría a 37.7%.

Población inmigrante.

La incidencia de intentos de suicidio en la población inmigrante resultó ser inferior a la de la población española, diferencia mayor en el grupo de hombres

que en el de mujeres. Esto puede ser explicado por el mejor estado de salud relativo de la población inmigrante, ya que la inmigración produce una selección de personas en buen estado de salud, dado que en la mayoría de los casos se emigra para trabajar (López Lázaro, 2008), lo que apoyaría la hipótesis del inmigrante sano comentada en la introducción (Nasseri & Moulton, 2009). La distribución de la edad de los inmigrantes que cometieron alguna tentativa de suicidio sugiere que el porcentaje de las personas jóvenes (entre 15 y 34 años) es más elevado, lo que sin embargo refleja la distribución de la población inmigrante general en la CAM (Instituto Nacional de Estadística, 2007b).

En cuanto a la distribución de los intentos de suicidio con respecto a las diferentes nacionalidades, debemos destacar la baja incidencia de intentos atendidos entre la población de origen asiático. Esto puede ser debido a que si bien las tasas de incidencia real son parecidas en dicha población, el número de personas que acuden a los hospitales públicos quizá sea menor.

Aunque no aparecieron diferencias en el apoyo social entre españoles e inmigrantes, los inmigrantes tenían menor apoyo familiar, lo que está explicado porque muchas de estas personas tienen a su familia en su país de origen.

La población inmigrante tenía menos contactos previos con los servicios de salud mental y menos diagnósticos psiquiátricos, hecho que puede ser debido a la accesibilidad a los recursos sanitarios en los países de origen o al ya comentado mejor estado de salud de dicha población. Asimismo, este grupo presentó menos intentos de suicidio previos. Teniendo en cuenta que los informes clínicos se hacen mayoritariamente a partir del autoinforme del paciente o sus familiares, es más fácil que dichos pacientes oculten el pasado psiquiátrico que tuvo lugar previo al momento de la migración.

Menores de 18 y mayores de 65 años.

En líneas generales, los hallazgos para el grupo de personas menores de 18 años corroboran lo esperable para dicho grupo de edad. Los niños y adolescentes tenían menos ingresos psiquiátricos y menos intentos de suicidio previos. En la misma línea que estudios previos (Perez-Olmos et al., 2007; Parellada et al., 2008; Resch et al., 2008), los trastornos que aparecieron con mayor frecuencia en este

grupo de edad fueron los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, seguido de trastornos de la conducta alimentaria y trastornos depresivos, de ansiedad y adaptativos.

En el grupo de mayor edad, sin embargo, la presencia de depresión fue significativamente mayor que en los otros grupos de edad, dato que ha aparecido también en otros estudios (Frierson, 1991; Dennis et al., 2007). Las personas de edad más avanzada fueron las que contaban con mayor apoyo social.

Personas con múltiples intentos.

Las personas que habían cometido intentos de suicidio antes del cometido durante el periodo de estudio o que cometieron más de un intento durante los 4 meses que duró la recogida de datos no difirieron significativamente en edad de aquellos que sólo habían cometido un intento, dato que también ha aparecido en otros estudios (Schmidtke et al., 2004). Por otra parte, los primeros tendían con más frecuencia a estar solteros y separados, dato que ha aparecido en otros estudios (Osvath et al., 2003), y a vivir con su familia de origen que las personas que sólo cometieron un intento. Dado que esto no puede estar explicado por una diferencia de edad en ambos grupos, una posible explicación es que los primeros tengan una patología psiquiátrica más severa (Rudd et al., 1996; Forman et al., 2004; Laget et al., 2006; Bryan et al., 2008) e incapacitante que les dificulte crear o mantener relaciones externas y vivir separada de su familia de origen. Al igual que se ha visto en otros estudios (Rudd et al., 1996; Osvath et al., 2003; Forman et al., 2004; Wang & Mortensen, 2006), la población con intentos repetidos presentaba más diagnósticos de trastornos de la personalidad y de abuso de sustancias así como una mayor cantidad de ingresos psiquiátricos previos.

5.2.2. Estudio de las características de los intentos de suicidio atendidos.

El método más frecuentemente utilizado en los intentos de suicidio fue el envenenamiento, dato que ha aparecido en otros muchos estudios de muy diversas culturas (Schmidtke et al., 2004; Olfson et al., 2005; Fleischmann et al., 2005). Los siguientes métodos más utilizados fueron la flebotomía, seguido de la

defenestración, dato que también ha aparecido en otros trabajos (Villoria Borrego, 2004). Aunque tanto los hombres como las mujeres utilizaron principalmente la sobreingesta de fármacos, este método fue más utilizado por las segundas, mientras que en los varones aparecieron con bastante frecuencia métodos como cortes, defenestración y la utilización de varios métodos simultáneamente. Sin embargo, otros estudios no han encontrado diferencias en el método en función del género (Nordentoft & Branner, 2008).

El análisis de la letalidad de los intentos demostró asimismo, que en la mayoría de los casos se trataba de intentos de baja letalidad, donde el daño físico era pequeño y en la mayoría de los casos se obtendría una recuperación completa, y al igual que en otros estudios (Kumar et al., 2006; Nordentoft & Branner, 2008), no aparecieron diferencias significativas en la letalidad de hombres y mujeres. Asimismo, la rescatabilidad fue alta o muy alta en la mayoría de los casos, aunque significativamente menor en hombres que en mujeres, y la intencionalidad baja, no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos. La ideación suicida, la planificación del intento y reacción tras el mismo, muestran que en la mayoría de los casos la intencionalidad es baja. Sin embargo en el 23.1% de los casos la ideación suicida era elevada o muy elevada y en el 12% la planificación era de moderada a muy elevada. Tras el intento, en el 15.8% de los casos la crítica fue nula y el 15.9% parcial.

En la misma línea que otros estudios, que han encontrado que los problemas interpersonales y las rupturas sentimentales eran los principales desencadenantes de los intentos de suicidio (Beautrais et al., 1997; Cupina, 2009), nuestros resultados mostraron que los factores adicionales que pudieron influir en el desencadenamiento de la tentativa de suicidio con mayor frecuencia fueron los problemas o discusiones familiares, seguido de acontecimientos vitales intercurrentes. La intoxicación aguda con alcohol u otras drogas también apareció con frecuencia. Los problemas o discusiones familiares fueron un factor adicional más frecuente en las mujeres, mientras que la intoxicación aguda apareció con mayor frecuencia en hombres, hechos que pueden explicarse porque los hombres consumen más alcohol que las mujeres (Rehm et al., 2009).

Población inmigrante.

Las características de los intentos realizados por los españoles y los extranjeros fueron muy similares, y no aparecieron diferencias en el método, la letalidad, ni la rescatabilidad de los intentos. Sin embargo, los españoles resultaron tener una mayor intencionalidad suicida, presentando mayor ideación suicida y criticando menos el intento cometido.

Menores de 18 y mayores de 65 años.

Los intentos de la población infanto-juvenil fueron de la misma letalidad y aunque las diferencias en el método utilizado entre los diferentes grupos de edad no fueron significativas, la población infanto-juvenil realizó intentos con mayor rescatabilidad que los otros grupos, lo que está en la línea de los hallazgos de otros autores comentados en la introducción de una menor intencionalidad de morir en los intentos de este grupo de edad (Steele & Doey, 2007; Parellada et al., 2008).

Por otra parte, las personas de mayor edad, entre quienes la incidencia de suicidios consumados es mayor (Instituto Nacional de Estadística, 2006a), realizaron intentos de menor rescatabilidad, y presentaban una mayor ideación suicida. Sin embargo, no difirieron en las puntuaciones de intencionalidad, ya que aunque presentaron más ideación suicida no difirieron de los otros grupos en la planificación ni la reacción tras el intento. Sin embargo, otros estudios sí que han encontrado una mayor planificación en los intentos realizados por personas mayores (Frierson, 1991; Conwell et al., 1998).

Personas con múltiples intentos.

Aunque el grupo de personas con intentos recurrentes realizaron intentos de la misma letalidad y con la misma posibilidad de rescate que las personas con un único intento, sí que aparecieron diferencias en el método utilizado, utilizando más la flebotomía, algo bastante frecuente en las personas con trastorno límite de la personalidad, en quienes es frecuente que aparezca esta conducta repetidamente (Paris, 2004).

Sin embargo, las personas recurrentes tenían mayor intencionalidad, presentando mayor ideación suicida y criticando menos el intento realizado. El

mayor riesgo puede explicar que este grupo fuese con más frecuencia ingresado que el de aquellos que no tenían intentos previos.

5.2.3. Estudio de la calidad de los informes de los pacientes con conducta suicida.

Las guías clínicas especifican las variables que deben ser registradas en los informes clínicos. Sin embargo, estas recomendaciones no siempre se siguen, como lo muestra el hecho de que el 5% de los pacientes analizados en este estudio, que tras un intento de suicidio, fueron dados de alta de un hospital general público de Madrid sin recibir una valoración psiquiátrica. Este porcentaje es menor que el encontrado en otros estudios (Barr et al., 2005; Baraff et al., 2006), pero mayor que el encontrado en otros países (Nordentoft & Sogaard, 2005).

Dado que todos los indicadores analizados en el presente estudio pueden ser considerados igual de relevantes y significativos para una evaluación completa del riesgo de una persona que ha cometido una tentativa de suicidio, y que los informes clínicos son la única información disponible para los profesionales que potencialmente quieran tratar al paciente en un futuro, creemos que un criterio conservador de que al menos cinco de estos siete indicadores estén presentes debería ser el mínimo estándar para considerar que el informe es adecuado para los propósitos de prevención y tratamiento. Bajo dicho estándar, 235 (23.6%) de los informes se pueden considerar incompletos. Si se utiliza un criterio más restrictivo (seis o siete criterios incluidos), sólo 529 (53.3%) de los informes pueden considerarse adecuados.

El número de intentos de suicidio previos fue el indicador que con más frecuencia estaba ausente en los informes, lo que puede estar explicado porque los médicos sólo lo mencionan cuando ha habido intentos previos, pero no lo especifican cuando el paciente no ha tenido un intento previo. De ser así, esto podría llevar a confusión cuando otros profesionales examinan el informe, ya que no es posible saber si la historia de suicidio ha sido evaluada, y si ha habido intentos previos o no. Las bajas tasas en dicho indicador, comparadas con las encontradas por Malone *et al.* (1995) pueden ser debidas al hecho de que ellos sólo analizaron informes de pacientes que fueron hospitalizados, mientras que la

mayoría de los informes analizados en el presente trabajo son informes de urgencias, que son normalmente menos detallados. Nuestros resultados son más optimistas que los hallados por Head *et al.* (1999), lo que puede ser explicado debido al diferente criterio utilizado para evaluar la calidad.

La letalidad del intento también estaba con frecuencia ausente en los informes, mientras que el tratamiento psiquiátrico previo y la ideación suicida fueron los documentados con mayor frecuencia, aunque las escalas de ideación suicida rara vez se utilizaron. Estos resultados son similares a los hallados por MacCauley *et al.* (2001) con una muestra más pequeña.

La calidad de la evaluación fue similar para hombres y mujeres, pero fue peor para los pacientes dados de alta que para los pacientes ingresados. Esto puede ser un reflejo del mayor tiempo dedicado a la evaluación de los pacientes que permanecen más tiempo en el hospital. Los pacientes que tenían intentos previos también tenían informes de peor calidad que los pacientes que cometían el primer intento. Esto puede ser explicado porque los pacientes repetidores pueden ser pacientes conocidos por los médicos, por lo que detallan menos su historia clínica.

5.2.4. Estudio de la respuesta de la red de Salud Mental.

A pesar de tratarse de intentos de baja letalidad, en más de la mitad de los casos las personas llegaron al hospital en ambulancia, debido posiblemente en mayor medida al estado emocional de los pacientes que al daño físico que se habían provocado. La ambulancia fue asimismo más utilizada en el caso de los hombres, algo que puede explicarse porque realizaron el intento fuera de su domicilio más a menudo, o por el diagnóstico psiquiátrico asociado.

Los juicios diagnósticos al alta más frecuentes fueron en orden de frecuencia: trastorno del estado de ánimo, trastorno adaptativo, trastorno por abuso de sustancias, trastorno de ansiedad, y esquizofrenia y psicosis. Aunque éstos son los principales diagnósticos que han aparecido en personas que intentaron suicidarse de diversos países europeos, los trastornos adaptativos y los trastornos de personalidad fueron más frecuentes, apareciendo los trastornos del

estado de ánimo en quinto lugar para el caso de los hombres y el tercero en el caso de las mujeres (Schmidtke et al., 2004).

La derivación tras la primera atención fue en el 66.5% de los casos de alta con seguimiento, en el 13.7% de los casos ingreso urgente y en el 7.4% derivaciones a otro hospital; sólo el 3% requirió ingreso en UVI y hubo 2 *exitus*.

La mayoría de los pacientes fueron asimismo dados de alta tras la atención en urgencias, hecho que se puede explicar por lo ya comentado previamente del bajo daño producido por los intentos. Al alta, en algo más de la mitad de los intentos se realizó la derivación al Centro de Salud Mental, que es donde en la mayoría de los casos se estaba realizando el seguimiento previo al intento, lo que pone de manifiesto un gran predominio de respuesta institucional pública y especialmente de salud mental. La derivación a privados, fugas, otros, etc., fue marginal.

Sólo en el 36% de los pacientes derivados se registró asistencia al CSM tras el intento. En cambio, en un estudio en el Reino Unido, se encontró que el 44% de los pacientes que intentaron suicidarse completaron el tratamiento psiquiátrico ambulatorio (Morgan et al., 1976). En Australia, Goldney (1975) encontró que el 54% de los pacientes acudieron al seguimiento tras el intento; y en Dinamarca, Nordentoft y Søgaaard (2005) observaron que el 57% de los pacientes que fueron derivados a seguimiento ambulatorio tras un intento de suicidio acudieron al mismo en la primera semana tras el intento. Sin embargo, comparado con otro estudio realizado en Madrid hace una década, los resultados aquí encontrados son algo más optimistas, ya que en dicho estudio sólo el 25% de los pacientes acudieron al seguimiento (Jauregui et al., 1999). Estas diferencias en las tasas de seguimiento pueden ser debidas en parte a las diferencias en los métodos de búsqueda de los pacientes o a las diferencias en las características de los intentos; ya que en el presente estudio, debido a la definición amplia de intento de suicidio que hemos utilizado, la mayoría fueron intentos leves.

Por otra parte, las diferencias encontradas en el seguimiento al CSM entre los cuatro hospitales pueden ser debidas a las diferencias en el registro de los Centros de Salud Mental de las diferentes áreas sanitarias. Mientras que el área del Ramón y Cajal fue la que presentó el mayor porcentaje de casos que registraron

asistencia en el CSM, el área del Hospital Clínico tuvo el menor porcentaje, lo que puede ser debido al hecho de que en algunos de los Centros de Salud Mental del área 7 hubo un infrarregistro de actividad durante el periodo de estudio.

Los pacientes que han cometido un intento de suicidio deberían ser vistos por el psiquiatra poco después del intento, a ser posible como máximo en una semana (New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health, 2003; Nordentoft & Sogaard, 2005; Magellan Health Services, 2008), ya que la primera semana tras el alta es un periodo de alto riesgo. Asimismo, durante los primeros días se debe realizar un seguimiento de cerca, incluso en el caso de que el paciente no acuda al seguimiento pautado (New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health, 2003). Es recomendable asimismo que al alta el paciente salga con la cita para el seguimiento (New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health, 2003; Magellan Health Services, 2008).

Un pobre seguimiento tras el alta aumenta el riesgo de suicidio, mientras que el fácil acceso a los servicios de salud mental reducen el riesgo (Desai et al., 2005). El contacto telefónico añadido al tratamiento habitual puede tener un efecto positivo (Cadereke et al., 2002). Asimismo, es recomendable contactar con los pacientes que no han acudido al seguimiento unos cuantos días tras el intento, ya que aunque hubiesen rechazado el seguimiento en un primer momento pueden aceptarlo al cabo de los días (Runeson, 2001).

Población inmigrante.

A pesar de no haber diferencias en el método y la letalidad de los intentos sí que aparecieron diferencias en el modo de acudir a las urgencias entre españoles e inmigrantes. Dicha diferencia puede deberse a que la población inmigrante utiliza menos los recursos sanitarios en general (López Lázaro, 2008), por lo que acuden directamente al hospital en lugar de solicitar una ambulancia o ir a las urgencias de atención primaria.

La menor cantidad de diagnósticos previos comentados previamente puede influir también en recibir menos juicios diagnósticos al alta, por lo que un paciente del que se desconoce su historia clínica es más frecuente que tras una evaluación psiquiátrica breve en urgencias reciba un diagnóstico como el de trastorno

adaptativo a que sea diagnosticado de trastorno de la personalidad, para lo que se requiere un conocimiento de la historia previa o de la evolución del paciente más detallada.

A pesar de no haber diferencias entre ambos grupos en la letalidad de los intentos, los españoles fueron ingresados con mayor frecuencia que los inmigrantes. Dicha diferencia entre ambas poblaciones es sin embargo congruente con las diferencias de morbilidad y antecedentes de gravedad psiquiátrica.

Menores de 18 y mayores de 65 años.

Los más jóvenes difirieron del grupo de edad intermedia en la forma de llegar al hospital, llegando los primeros con mayor frecuencia por propia iniciativa y los otros grupos utilizando más la ambulancia.

Tras la primera atención, el grupo más joven fue con mayor frecuencia ingresado que el de edad media, hallazgo que también se ha encontrado en otros estudios (Parellada et al., 2008), dado que esto no se debe a diferencias en las características de los intentos, el criterio de ingreso pudo tener en cuenta la corta edad de los pacientes como un indicador de gravedad en sí mismo.

El grupo de mayor edad es asimismo el que más utilizó los servicios de emergencias para llegar al hospital, y tras la primera atención fueron con más frecuencia ingresados que las personas del grupo de edad intermedia, factores relacionados con la mayor letalidad de los intentos, y en el caso del ingreso, también con la mayor ideación suicida.

Personas con múltiples intentos.

En cuanto al juicio diagnóstico, al igual que se ha encontrado en otros países europeos, los recurrentes tenían con más frecuencia trastornos de personalidad (Forman et al., 2004) y los que cometían su primer intento presentaban más trastornos adaptativos.

5.3. Recomendaciones

A continuación se presentan las principales implicaciones para la prevención del suicidio y la asistencia a los pacientes que cometan alguna tentativa de suicidio. Las bajas cifras de suicidio consumado en Madrid dificultan la prevención. Sin embargo, las cifras de conducta suicida en nuestra comunidad son importantes, lo que posibilita la intervención preventiva en este ámbito.

- Como hemos visto previamente, un elevado porcentaje de las personas que han cometido un intento de suicidio vuelven a intentarlo con posterioridad. Las personas que han cometido una tentativa de suicidio son un grupo de riesgo que se puede detectar en un número elevado de casos dado que es habitual que tras el intento muchas personas acudan a urgencias. De este modo, parece fundamental que los servicios de urgencia utilicen un protocolo único y compartido para la recogida de información asociada al suicidio. Dicho protocolo debería ser una guía para la evaluación de los pacientes suicidas y la creación del posterior informe clínico, de modo que siempre se consignen los aspectos previamente comentados que se consideran fundamentales en la evaluación de los pacientes suicidas.

- La utilización de un protocolo común que sirva de guía para las intervenciones puede ser útil, especialmente si se utiliza junto a un informe adecuado del paciente. Un informe en el que se consigne toda la información relevante puede asimismo ayudar a la toma de decisiones sobre la derivación del paciente tras el intento de suicidio y en futuros contactos con el sistema sanitario.

- El uso de medidas de conducta suicida como la utilizada en este estudio puede ser útil para monitorizar tendencias poblacionales, así como la eficacia de las intervenciones realizadas en este ámbito.

- El método de seguimiento epidemiológico utilizado en el presente estudio puede ser asimismo utilizado como un indicador que permita una

evaluación sistemática y continua de la eficacia de las medidas aplicadas en la práctica clínica, tal y como se establece en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

- En el caso de la población inmigrante, es importante explorar las redes de apoyo socio-familiar y tener en cuenta que pueden ser menores que en el caso de los españoles. Cuando sea necesario, se debe considerar la presentación de los diferentes recursos sanitarios a los que pueden recurrir, enfatizando los beneficios de asistir a los mismos, teniendo en cuenta las barreras para acceder a los servicios sanitarios que tiene dicho colectivo: dificultad idiomática, temor al impacto desfavorable en su situación laboral por el tiempo perdido, miedo a que la situación de irregularidad (en caso de existir) sea descubierta.

- Sería recomendable asimismo explorar las causas de la elevada tasa de intentos de suicidio en las mujeres jóvenes (entre 15 y 29 años) y crear medidas preventivas para este colectivo.

- Es importante asimismo prestar atención a la población de edad más avanzada (mayores de 65 años), especialmente los varones, entre quienes los suicidios consumados son más elevados y los intentos son de mayor letalidad.

- En el caso de personas que han cometido intentos de suicidio previos se debe consignar siempre toda la información a pesar de que el paciente sea conocido por el médico, porque puede no serlo para el siguiente médico que lo atienda.

- Al alta, los pacientes deberían salir con la cita concertada para acudir al seguimiento ambulatorio. La mejora del sistema de información actual debería facilitar este aspecto así como el seguimiento posterior de la asistencia, que permitiría alertar de los casos que no acuden y posibilitar así el contacto con el paciente, tal como establecen las recomendaciones internacionales para la prevención del suicidio.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

CÓDIGO:

CLASIFICACIÓN DEL INTENTO: 1. Diagnóstico definitivo 2. Sospecha

1. GÉNERO: 1. Varón 2. Mujer

2. EDAD:

3. ESTADO CIVIL:

1. Soltero 2. Casado 3. Separado / divorciado 4. Viudo
5. Convivencia marital 6. Otros.....

4. CONVIVENCIA

0. Solo 1. Familia origen 2. Familia propia 3. Descendientes 4.

Familiares

5. Institución..... 6. Casa compartida 7. Sin domicilio 8.

Otros.....

9. No consta

5. ¿TIENE HIJOS?

0. No 1. Sí

6. PROFESIÓN:

7. FECHA de atención en urgencias:

8. HORA de entrada en Urgencias:

9. FECHA de alta:.....

10. HOSPITAL:.....

11. PROCEDENCIA

- 1. Hospital.....
- 2. Urgencias atención primaria.....
- 3. Centro de Salud Mental
- 4. Servicio de emergencias
- 5. Propia iniciativa.....
- 6. Otros.....
- 7. No consta

12. ÁREA SANITARIA:

- 1. Madrid (señalar el área 1-11).....
- 2. Otro distrito, española
- 3. No tiene

13. Nacionalidad: _____

EPISODIO ACTUAL:

14. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO:

Lethality Rating Scale and Method attempt coding

14.1. Letalidad para fármacos/drogas con efectos sedantes		Método (1)	
Fármaco / droga:			
00	Totalmente alerta o consciente	A	Antipsicóticos
01	Consciente pero adormilado	B	Antidepresivos
02	Letárgico con disminución en las facultades mentales	C	Benzodiacepinas/hipnóticos
03	Adormilado pero fácilmente despertable	D	Recreacional (ej. heroína)
04	Comatoso: retirada con estímulos dolorosos, reflejos intactos, lesión suficiente para la hospitalización	E	Alcohol
05	Comatoso: no retirada con estímulos dolorosos, mayoría de reflejos intactos, no depresión respiratoria ni circulatoria, daño suficiente para monitorización en UCI	F	Gas/asfixia
06	Comatoso: mayoría de reflejos ausentes, depresión respiratoria ni circulatoria, UCI y actitud terapéutica agresiva (p.ej.: diálisis)	G	Fármacos no psicotropos
07	Comatoso: reflejos ausentes, depresión respiratoria con cianosis o/y fallo circulatorio y shock	H	Otros fármacos psicotropos sedantes (ej. barbitúricos)
08	Muerte	I	Desconocido
09	No consta	J	No consta

14.2. Letalidad para fármacos/drogas sin efectos sedantes y otras sustancias ingeridas		Método (2)	
Fármaco/sustancia			
00	Ninguna o mínimas consecuencias o tratamiento medico.	A	Fármacos no psicotropos
01		B	Fármacos psicotropos (ej. metilfenidato)
02	Alguna lesión (p. ej., quemadura en la boca) y tratamiento en urgencias o extrahospitalario (p. ej., lavado gástrico)	C	Otras sustancias ingeridas (p. ej.: lejía)
03		D	Recreativas (ej. cocaína)
04	Lesión suficiente para hospitalización: pueden afectarse constantes vitales o nivel de conciencia	E	Litio
05		F	Anticolinérgicos
06	Lesiones sistémicas graves (p. ej.: perforación gástrica, fallo renal, hemólisis, shock, constantes vitales inestables)	G	Inhibición (dejar de tomar medicamentos, ej. insulina)
07		H	Desconocido
08	Muerte	I	
09	No consta	J	No consta

14.3. Letalidad para armas de fuego		Método (3)
Tipo de arma de fuego		
00	No lesión	
02	Herida en masa muscular con quemaduras de pólvora	
03	Bala alojada en extremidades: hemorragia menor	
05	Bala en abdomen o tórax: hemorragia grave, constantes vitales inestables	
07	Bala en la cabeza	
08	Muerte	
09	No consta	

14.4. Letalidad para autoimmolación		Método (4)
00	No lesión	
02	Quemaduras de primer grado	
03	Quemaduras de segundo grado	
05	Quemaduras de tercer grado menores del 20% de la superficie corporal	
07	Quemaduras de tercer grado mayores del 60% de la superficie corporal	
08	Muerte	
09	No consta	

14.5. Letalidad para inmersión		Método (5)
00	No lesión	
02	Consciente: algún distress respiratorio pero no es necesaria reanimación	
03	Consciente: necesita mínimos a moderados esfuerzos para la reanimación	
05	Consciente: necesita esfuerzos intensivos para la reanimación	
07	Inconsciente: necesita esfuerzos masivos para la reanimación	
08	Muerte	
09	No consta	

14.6. Letalidad para cortes o heridas incisivas		Método (6)
00	Cortes superficiales, sin ninguna o pequeña hemorragia, requiere mínimo o ningún tratamiento	
02	Hemorragia moderada con coagulación antes de pérdida significativa de sangre; requiere cuidados mínimos	
03	Hemorragia de venas mayores, peligro de pérdida considerable de sangre si no se interviene quirúrgicamente; necesita suturas pero no transfusión, áreas vitales intactas, sin cambios en signos vitales, tratamiento ambulatorio	
05	Pérdida grave de sangre; requiere sutura, transfusión y reparación de tendones. Cortes en tórax, abdomen o cabeza pero los órganos vitales están indemnes. Requiere ingreso hospitalario	
07	Pérdida mayor de sangre con shock, lesiones en áreas vitales con afectación de constantes vitales. La recuperación con tratamiento hospitalario es dudosa	
08	Muerte	
09	No consta	

14.7. Letalidad para defenestración		Método (7)	
00	Sólo pequeñas magulladuras, no es necesario tratamiento	A	Desde altura
01		B	Accidente de trafico
02	Torceduras o pequeñas lesiones, no afectación de tendones, ligamentos, huesos; no hemorragia interna, no lesión tisular o cerebral	C	Como viandante
03	Fractura de extremidades, necesita tratamiento pero no reparación mayor de tendones. Se espera recuperación completa	D	
05	Lesiones graves de huesos y/o tendones en múltiples áreas, hemorragias internas. Secuelas pero no en áreas vitales	F	
07	Lesión grave en áreas vitales (cabeza, cuello, columna vertebral). Parálisis	H	
08	Muerte	I	
09	No consta	J	No consta

14.8. Letalidad para ahorcamiento		Método (8)	
00	Sin lesión		
02	Quemaduras por la cuerda		
03	Lesiones mas importantes pero que sólo requieren tratamiento ambulatorio		
05	Se requiere reanimación y hospitalización		
07	Parálisis u otras lesiones de la medula espinal		
08	Muerte		
09	No consta		

14.9. OTROS (especificar tipo de intento y consecuencias)

15. FACTORES DE RESCATE (de la Escala de Weisman y Worden)

15.1. UBICACIÓN (lugar donde se realiza el intento):

1. Remoto
2. No familiar, no remoto
3. Familiar
4. No consta

15.1B. Especificar si es posible.....

15.2. PERSONA QUE INDICA EL RESCATE

1. Transeúnte
2. Profesional
3. Persona clave o familiar (o el propio paciente)
4. No consta

15.3. PROBABILIDAD DE SER DESCUBIERTO

1. Accidental
2. Incierto
3. Segura
4. No consta

15.4. ACCESIBILIDAD AL RESCATE

1. No solicita auxilio
2. Deja huellas
3. Solicita auxilio
4. No consta

15.5. RETRASO HASTA QUE SE DESCUBRE

1. Mayor de 4 horas
2. Menos de 4 horas
3. Inmediato
4. No consta

15.6. Hora del intento 1. _____ 99. No consta

16. RESULTADO / DERIVACIÓN TRAS LA PRIMERA ATENCIÓN:

1. Alta sin tratamiento (completar en 43 y 44)
2. Alta voluntaria (completar en 43 y 44)
3. Alta con seguimiento (completar en 43 y 44)
4. Ingreso urgente
5. Ingreso programado
6. Ingreso en Servicios Médicos
7. Ingreso en Medicina Interna a cargo de Psiquiatría
8. UVI
9. Fuga
10. Ingreso en Traumatología
11. Ingreso en Servicios Quirúrgicos
12. Éxito
13. Otro

Especificar _____

14. Derivación a otro Hospital:

15. No consta

16. B. ¿Ha habido parte de lesiones? 0. NO 1. SÍ

PRIMERA VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA:

17. ¿REALIZADA?: 0.- NO 1.- SÍ 2.- No consta

18. ¿QUIÉN LA REALIZA?

1. Psiquiatra

2. Médico de guardia (puerta)

3. Médico de guardia (planta)

4. Otro

4.1. Especificar _____

19. ¿CUÁNDO SE REALIZA?

1. En urgencias

2. En planta, en las primeras 24 horas

3. En planta, más de 24 horas tras el ingreso

4. En la UCI

5. En cuanto el estado físico del paciente lo permite (en caso de lesiones graves)

20. IDEACIÓN SUICIDA:

1) Definitiva / muy elevada

2) Elevada

3) Moderada / dudosa

4) Ausente

5) No consta evaluación

20.1. Indicar si se ha utilizado alguna escala de evaluación determinada:

SÍ NO

20.2. Escala

20.3. Puntuación _____

21. FACTORES ADICIONALES:

- 1) Acontecimientos vitales intercurrentes (muerte familiar u otra pérdida importante -laboral, económica, emocional-)
- 2) Enfermedad somática grave, dolor o incapacidad física progresiva.
- 3) Intoxicación aguda (alcohol, otras drogas) en el momento del intento.
- 4) Problemas / discusiones familiares
- 5) Problemas / discusiones laborales o escolares.
- 6) Otros (especificar).....
- 7) Ningún factor adicional
- 8) No consta evaluación

22. PLANIFICACIÓN:

- 1) Muy elevada
- 2) Moderada
- 3) Baja
- 4) No consta evaluación

23. JUICIO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

(Señale todos los que proceda)

- 1) Trastorno de inicio en la infancia-adolescencia

- 2) Delirium, demencia, tt. cognoscitivos

- 3) T. M. por enfermedad médica

- 4) T. rel. abuso
sustancias_____
- 5) Esquizofrenia y
psicosis_____
- 6) T. estado de ánimo

- 7) T. ansiedad _____
- 8) T. somatomorfos _____
- 9) T. sexuales _____
- 10) T. conducta alimentaria

- 11) T. del sueño _____
- 12) T. control impulsos _____
- 13) T. adaptativos _____
- 14) Otro _____
- 15) Ninguno
- 16) No consta evaluación

24. TR. PSIQUIÁTRICOS EJE II (_/ _): _____

25. REACCIÓN FRENTE AL INTENTO

- 1) Crítica adecuada
- 2) Crítica parcial
- 3) Crítica nula
- 4) No consta evaluación

26. INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS:

26.1. 0.- NO 1.- SÍ 2.- No consta

26.2. Número de intentos previos: _____

26.3. Fecha último intento: _____

26.4. Características del que conste (si hay varios, del más severo):

1) Método: 1. Intoxicación, 2. Ahorcamiento, 3. Arma blanca, 4. Arma de fuego,

5. Precipitación (altura o vehículo), 6. Inmersión, 7. Corte, 8. NO CONSTA.

2) ¿Requirió ingreso hospitalario? 1. SÍ 0. NO
2. No consta

3) Derivación: 1. Domicilio, 2. Tratamiento / seguimiento ambulatorio,
3. hogar / centro de rehabilitación, 4. No consta.

26.5. ¿Consta otra información de intentos previos?

26.6. ¿Consta información sobre el intento de mayor letalidad?

26.7. ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO PREVIOS

1. SÍ (describir) _____

2. NO

3. NO CONSTA

27. APOYO SOCIAL (amigos, compañeros de trabajo, servicios sociales):

1. No existe ningún apoyo
2. Apoyos inestables
3. Buen entorno social que apoya
4. No consta

28. APOYO FAMILIAR:

- 0) No existe familia
- 1) La familia no colabora
- 2) Familia reticente a colaborar
- 3) Familia colabora
- 4) Existe familia, pero se desconoce su disposición a colaborar
- 5) No consta

29. ¿Cuándo ha podido recoger toda la información consignada?:

1. Primeras 24 horas
2. 24-72 horas (días 2-3 de estancia en el hospital)
3. Más de 3 días
4. Informe de alta (en caso de que aparezca información en el informe que no estuviera presente previamente en la Historia)

ANTECEDENTES PERSONALES:

En este apartado se recogerán los antecedentes médicos y psiquiátricos que consten en la historia.

30. TRASTORNO PSIQUIÁTRICO PREVIO: (señale todos los que proceda)

- 1) Trastorno afectivo no especificado
- 2) Episodio depresivo mayor

- 3) Depresión neurótica / distimia
- 4) Reacción de adaptación
- 5) Trastorno bipolar
- 6) Otro trastorno del estado de ánimo

-
- 7) Esquizofrenia
 - 8) Otra psicosis / o la no especificada
 - 9) Trastorno de la personalidad

-
- 10) Abuso / dependencia alcohólica
 - 11) Abuso / dependencia otras drogas

-
- 12) Trastorno de ansiedad

-
- 13) Trastorno del comportamiento alimentario
 - 14) Trastorno obsesivo compulsivo
 - 15) Otro _____
 - 16) No especificado
 - 17) Ninguno
 - 18) No consta

31. TIEMPO DE EVOLUCIÓN (señalar el número del trastorno entre paréntesis):

- 1) Menos de 6 meses (_____)
- 2) 6 meses-1 año (_____)
- 3) 1-2 años (_____)
- 4) 2-4 años (_____)
- 5) 4-10 años (_____)
- 6) Más de 10 años (_____)
- 7) No consta (_____)

32. ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA (en el último año):

0.- NO 1.- SÍ 2.- NO CONSTA

32.1. En caso de **SÍ** a la p. 31, indicar las siguientes:

1. Diagnosticado y tratado en Centro Salud Mental
2. Diagnosticado y tratado en UCAs o CPRSs
3. Diagnosticado y tratado en Atención Primaria
4. Diagnosticado y tratado psiquiatra / psicólogo privado
5. Diagnosticado y tratado sin especificar si público o privado
6. Tiene antecedentes de asistencia pero **no constan** datos

32.2. Diagnostico realizado:

1.- En los 6 meses previos 2.- Anterior a los últimos 6 meses

32.3. Situación actual en cuanto al tratamiento ambulatorio:

1. En seguimiento (Atención primaria, Psiquiatra o Psicólogo)
2. Hospital de día / centro de día
3. Abandonó el seguimiento
4. Ya no requiere tratamiento (en su día tuvo un seguimiento pero el proceso se resolvió)
5. No consta

32.4 Días transcurridos de la última visita hasta el intento

32.5. Antecedentes de ingreso hospitalario por causa psiquiátrica

0.- NO 1.- SÍ 2.- NO CONSTA

32.6. En caso de que **SÍ**, indicar tiempo desde el último ingreso:

1. Está ingresado en el momento del intento (intento en el propio hospital)
2. Está ingresado pero hizo el intento en un permiso
3. Menos de 1 semana desde el alta

4. 1 semana - 1 mes desde el alta
5. 1 mes – 3 meses
6. Más de 3 meses
7. No consta

33. ANTECEDENTES TRATAMIENTO PSICOFÁRMACOS:

- 0.- NO
- 1.- SÍ, pero NO en la actualidad
- 2.- SI, continúa en la actualidad
- 3.- NO CONSTA

34. TIPO DE TRATAMIENTO (en caso de duda apuntar el fármaco):

- 1) Antidepresivos
- 2) Ansiolíticos
- 3) Antipsicóticos
- 4) Estabilizadores del ánimo
- 5) Otro_____
- 6) No consta tipo de fármaco

35. PRESCRIPCIÓN

- 1) Psiquiatra
- 2) Médico de Familia u otro especialista
- 3) Automedicación
- 4) No consta

36. ¿ABANDONO RECIENTE DE LA MEDICACIÓN?

0. NO 1. SÍ 2. No consta 3. No procede (no toma
medicación)

37. OTROS MEDICAMENTOS EN EL MOMENTO ACTUAL (no psicoactivos)

38. ¿HA VISITADO RECIENTEMENTE AL MÉDICO?

0. NO
1. SÍ Fecha y especialidad _____
2. NO consta

OTROS ANTECEDENTES DE INTERÉS

39. ENFERMEDAD O INCAPACIDAD FÍSICA

- 1) Enfermedad terminal
- 2) Enfermedad grave y/o progresiva (cáncer, insuficiencia cardiaca/respiratoria/hepática/renal, VIH, degenerativa del sist. nervioso)
- 3) Incapacidad física progresiva y/o crónica (lesión medular, trombosis / hemorragia cerebral, dolor crónico, ceguera)

39.1. Tiempo de evolución (si 2 ó 3):

1. Menos de 6 meses
2. 6 meses-1 año
3. 1-2 años
4. 2-4 años
5. 4-10 años
6. Más de 10 años
7. No consta

39.2. Especificar la enfermedad: _____

40. OTRAS ENFERMEDADES PADECIDAS EN LA ACTUALIDAD:

41. ¿ES CUIDADOR PRINCIPAL DE UN ENFERMO CRÓNICO O GRAN DEPENDIENTE?

0.- NO

1.-SÍ

2. No consta

41.1. Persona cuidada:

- 1) Padre / madre
- 2) Hijo / hija
- 3) Pareja
- 4) Otro familiar
- 5) Otro
- 6) No consta

41.2. Enfermedad del familiar:

- 1) Enfermedad terminal (paciente encamado, cáncer terminal, dependencia absoluta)
- 2) Enfermedad grave y/o progresiva (cáncer, insuficiencia cardiaca/respiratoria/hepática/renal, VIH, degenerativa del s.n.c)
- 3) Incapacidad física progresiva y/o crónica (lesión medular, trombosis/hemorragia cerebral, dolor crónico, ceguera)
- 4) Enfermedad psiquiátrica grave
- 5) No consta

41.3. Tiempo que lleva cuidando al familiar:

1. Menos de 6 meses
2. 6 meses-1 año
3. 1-2 años

4. 2-4 años
5. 4-10 años
6. Más de 10 años
7. No consta

42. ¿TIENE FAMILIARES A SU CARGO? 0. No 1. Sí 2. No consta

42.1. ¿Quién? 1. Hijos 2. Nietos 3. Ascendientes 4. Otros

FIN DEL PROCESO HOSPITALARIO

43. DERIVACIÓN AL ALTA (tras paso por urgencias - ver preg. 11- o ingreso si ha sido necesario):

1. Alta sin tratamiento
2. Alta con seguimiento por Psiquiatría, Red pública de Salud Mental
3. Alta con seguimiento por CAID
4. Alta con seguimiento por psiquiatra o psicólogo, en medio privado
5. Alta con seguimiento por médico de cabecera
6. Alta con seguimiento por consulta externa de hospital general
7. Derivación a hospital de día
8. Ingreso programado
9. Fuga
10. Exitus
11. Otro _____

(En el caso de menores de 18 años reseñar el posible traslado a otro hospital con atención infantil)

12. No consta

44. Tratamiento recomendado:

45. Seguimiento del paciente tras su ingreso:

	INGRESO		ALTA		DERIVACIÓN A...
	Fecha	Hora	Fecha	Hora	
URGENCIAS					
MEDICINA INTERNA					
SERVICIOS QUIRÚRGICOS					
TRAUMATOLOGÍA					
PSIQUIATRÍA					

46. Indicar si el paciente sale del hospital con la cita concertada:

0.- NO 1.-SÍ 2. No consta

47. ¿Existía protocolo específico para la recogida de datos?

0.- NO 1.- SÍ

48. Valoración de la información recogida (esto permitirá extraer datos para mejorar la evaluación clínica y elaborar protocolo unificado para todos los hospitales):

48.1. EVALUACIÓN RIESGO SUICIDA:

- 1) Consta expresamente en la historia
- 2) No consta expresamente en la historia, pero consta la información suficiente
- 3) Falta información suficiente para evaluar correctamente el riesgo

Instrucciones para la recogida de información

Código: Recoger las iniciales del nombre (nombre y dos apellidos, uno sólo en caso de extranjeros, las dos iniciales en caso de nombres compuestos, el primer apellido en caso de apellidos compuestos) y la fecha de nacimiento (con el formato DDMMAA, donde D = día, M = mes y A = año).

Clasificación del intento: marcar “diagnóstico definitivo” cuando en el informe se establezca explícitamente que ha habido conducta suicida o intento de suicidio. Marcar “sospecha” cuando no haya ninguna indicación al respecto o una referencia a que parece un intento pero no se puede corroborar (p. ej., el psiquiatra o médico de guardia cree que puede ser un intento, pero la persona lo niega o no hay evidencia).

4. Convivencia: se entiende por “familia de origen” vivir con los responsables de su educación sin que estos dependan del sujeto, por “familia propia” la formada por la propia persona con independencia de los primeros, por “descendientes” vivir en el domicilio formado de modo independiente por hijos o nietos; “familiares” se refiere a convivir con cualquier otro familiar. En el caso de que viva en alguna institución, especificar el tipo de la misma.

11. Procedencia: Reseñar el lugar específico del que procede la persona antes del ingreso. “Servicio de urgencias” hace referencia a las ambulancias y si la información está disponible debe indicarse qué servicio específico ha realizado el transporte.

12. Área Sanitaria: señalar el área sanitaria de pertenencia del paciente en el caso de que sea de la comunidad de Madrid.

15.1. Ubicación: “Remoto” hace referencia a un lugar alejado de las zonas habituales por las que se mueve la persona (p. ej., alguien que vive en las afueras

de Madrid y trabaja también allí y se dirige al centro para cometer el intento); “No familiar, no remoto” a un lugar usual pero distinto al propio domicilio (p. ej., el lugar de trabajo), “Familiar” sería el propio hogar. Si se informa el lugar concreto sin evidencia que permita saber si es remoto o no, se considerará el lugar como remoto. Otra información puede ser relevante en caso de duda; p. ej., una persona ingresada en un hospital que comete el intento en el mismo hospital podría considerarse que lo realiza en un entorno familiar.

15.3-4. Probabilidad de ser descubierto y accesibilidad al rescate: si no se especifica o se aporta información suficiente para deducirlo con elevada confianza, debe tratar de inferirse a partir de otra información. Por ejemplo, si se escondió más o menos, si dejó información que permitía localizarle y demoró bastante tiempo el intento, etc. En caso de duda, tratar de anotar literalmente toda la información relevante y alcanzar consenso entre todos.

16. B. Parte de lesiones: se refiere a si hay un parte de lesiones para el juzgado. Esta información, en caso de existir, vendrá reseñada en el informe de psiquiatría o de urgencias.

PRIMERA VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA: Se refiere a la primera valoración que permite tomar la decisión de ingreso o no, por tanto en caso de alta a domicilio ésta será la única; en caso de ingreso, será más completa.

20. Ideación suicida: Tratar de establecer, ya que la información si está, raramente corresponderá a estas categorías, el grado en el que los pensamientos de suicidio aparecen: “Definitiva/muy elevada” implica una presencia constante de pensamientos de suicidio, por ejemplo a diario o cada pocos días “elevada” supone idea habituales, por ejemplo cada pocas semanas o todos los meses, “moderada/dudosa” implica de modo ocasional o aparece de modo difuso.

21. Factores adicionales: se refiere a circunstancias intercurrentes o en un pasado inmediato que han podido ser determinantes o desencadenantes del acto

suicida, que podrían tener una relación causal con el mismo. Distinguir la categoría 1 (acontecimientos vitales) de las 4 y 5 (problemas familiares o laborales). Por ejemplo un acontecimiento vital laboral puede ser la pérdida del trabajo o un cambio importante de puesto, mientras que un problema laboral podría ser conflictos con un compañero o soportar estrés laboral.

22. Planificación: “Muy elevada”, planes concretos y específicos para tratar de suicidarse, implicando método, lugar, momento, etc.; “moderada”, alguno de los elementos anteriores pero no todos y con menor estructuración; “baja” planes generales, inespecíficos, muy poco elaborados...

23. JUICIO DIAGNÓSTICO: se refiere a la descripción del estado mental del paciente en el momento de la atención; en caso de que sea un paciente conocido puede que conste únicamente el diagnóstico previo que coincidirá con la pregunta; en ese caso se consignará éste.

25. Reacción frente al intento: es decir, capacidad de considerar críticamente el intento y grado en el que se mantienen creencias irracionales y distorsiones cognitivas: “crítica adecuada”, comprensión de la irracionalidad de la situación, de sus posibles causas, implicaciones y consecuencias; “parcial”, se critican adecuadamente algunos de los aspectos anteriores, pero no todos o con matices; “nula”, mantienen que el intento fue una decisión correcta sin aceptar sus aspectos negativos.

28. Apoyo familiar: referido al grado de apoyo familiar con el que la persona cuenta. Por ejemplo, si alguien tiene familia, pero ésta vive en otro país y en realidad la persona vive sola, no tiene apoyo familiar, podría consignarse “la familia no colabora”.

29. ¿Cuándo ha podido recoger toda la información consignada?: Esto se refiere al tiempo transcurrido entre la hora y fecha del informe de urgencias y el

momento en que está disponible toda la información referida al intento actual, no al momento en el que se completa la información. Si en algún caso el estado de la persona no ha permitido evaluarla, se contará desde que se hace la primera evaluación.

39. Enfermedad o incapacidad física: proceso que provoca a la persona pérdida importante en su calidad de vida y/o sometimiento a tratamientos largos y con importantes efectos secundarios y/o riesgo alto de muerte.

- Enfermedad terminal: fase final de cualquiera de las enfermedades a que se refiere el punto 2, en que el paciente se encuentra en cuidados paliativos -ya no hay posibilidad de curación- y su pronóstico de vida es menor de 6 meses.

- Enfermedad grave,...: en cualquiera de sus fases diagnósticas excepto fase Terminal.

40. OTRAS ENFERMEDADES PADECIDAS EN LA ACTUALIDAD: cualquier enfermedad que conste en el informe, aguda o crónica, que no está incluida en las definiciones anteriores.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Abe, R., Shioiri, T., & Someya, T. (2007). Suicide in Japan. *Psychiatr.Serv.*, 58, 1013.
- Aghanwa, H. (2004). The determinants of attempted suicide in a general hospital setting in Fiji Islands: a gender-specific study. *Gen.Hosp.Psychiatry*, 26, 63-69.
- Ahmad, O., Boschi-Pinto, C., Lopez, A. D., Murray, C. J. L., Lozano, R., & Inoue, M. (2000). *Age standarization: the new WHO world standard popultation*. The World Health Organization: Geneva.
- American Psychiatric Association (APA) (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am.J.Psychiatry*, 160, 1-60.
- American Psychiatric Association Steering Committee on Practice Guidelines (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. American Psychiatric Association Steering Committee on Practice Guidelines.
- Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Resa, E. G., Blasco, H., Conesa, D. B., Saiz-Ruiz, J. et al. (2004). Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt. *Psychiatr.Serv.*, 55, 792-797.
- Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Basurte-Villamor, I., Saiz-Ruiz, J., Leiva-Murillo, J. M., de Prado-Cumplido, M. et al. (2006). Using data mining to explore complex clinical decisions: A study of hospitalization after a suicide attempt. *J Clin.Psychiatry*, 67, 1124-1132.
- Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Mann, J. J., & Oquendo, M. A. (2008). Suicidal behavior in young women. *Psychiatr.Clin.North Am.*, 31, 317-331.
- Baraff, L. J., Janowicz, N., & Asarnow, J. R. (2006). Survey of California emergency departments about practices for management of suicidal patients and resources available for their care. *Ann.Emerg.Med*, 48, 452-8, 458.
- Barr, W., Leitner, M., & Thomas, J. (2005). Psychosocial assessment of patients who attend an accident and emergency department with self-harm. *J Psychiatr.Ment.Health Nurs.*, 12, 130-138.
- Beautrais, A. L. (2002). Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emerg.Med (Fremantle.)*, 14, 35-42.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1997). Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 36, 1543-1551.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Fergusson, D. M., Deavoll, B. J., & Nightingale, S. K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons

making serious suicide attempts: a case-control study. *Am.J.Psychiatry*, 153, 1009-1014.

Beck, A. T., Beck, R., & Kovacs, M. (1975). Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *Am.J.Psychiatry*, 132, 285-287.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J.Consult Clin.Psychol.*, 47, 343-352.

Beck, A. T. & Steer, R. A. (1989). Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters. *J.Affect.Disord.*, 17, 203-209.

Beck, A. T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J., & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch.Gen.Psychiatry*, 4, 561-571.

Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R. et al. (2006a). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *J.Affect.Disord.*

Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R. et al. (2006b). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *J.Affect.Disord.*

Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de, G. R., Bruffaerts, R. et al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J.Affect.Disord.*, 101, 27-34.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., De Silva, D. et al. (2005c). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol.Med.*, 35, 1457-1465.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., De Silva, D. et al. (2005a). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol.Med.*, 35, 1457-1465.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., De Silva, D. et al. (2005b). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol.Med.*, 35, 1457-1465.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De, L. D., Bolhari, J., Botega, N., De, S. D. et al. (2005d). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol.Med.*, 35, 1457-1465.

Borges, G., Breslau, J., Su, M., Miller, M., Medina-Mora, M. E., & guilar-Gaxiola, S. (2009). Immigration and suicidal behavior among Mexicans and Mexican Americans. *Am.J Public Health*, 99, 728-733.

Bryan, C. J., Johnson, L. G., David, R. M., & Joiner, T. E., Jr. (2008). Hypomanic symptoms among first-time suicide attempters predict future multiple attempt status. *J Clin.Psychol.*, 64, 519-530.

Burke, A. W. (1978). Attempted suicide among Commonwealth immigrants in Birmingham. *Int.J.Soc.Psychiatry*, 24, 7-11.

Caballero Vallés, P. J., Dorado Pombo, S., Jerez Basurco, B., Medina Sampedro, M., & Brusínt Olivares, B. (2004). Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000. *An.Med.Interna (Madrid)*, 21, 62-68.

Caballero Valles, P. J., Dorado, P. S., Diaz, B. A., Garcia Gil, M. E., Yubero, S. L., Torres, P. N. et al. (2008). [Epidemiologic survey of acute poisoning in the south area of the Community of Madrid: the VEIA 2004 study]. *An.Med Interna*, 25, 262-268.

Cadereke, M., Monti, K., & Öjehagen, A. (2002). Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *Eur Psychiatry*, 17, 82-91.

Canadian Coalition for Senior's Mental Health (2006). *The assessment of suicide risk and prevention of Suicide*.

Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312, 1913-1915.

Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M. C., & Haro-Abad, J. M. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clin.Pract.Epidemol.Ment.Health*, 1, 13.

Casey, P. R., Dunn, G., Kelly, B. D., Birkbeck, G., Dalgard, O. S., Lehtinen, V. et al. (2006b). Factors associated with suicidal ideation in the general population: five-centre analysis from the ODIN study. *Br.J.Psychiatry*, 189, 410-415.

Casey, P. R., Dunn, G., Kelly, B. D., Birkbeck, G., Dalgard, O. S., Lehtinen, V. et al. (2006a). Factors associated with suicidal ideation in the general population: five-centre analysis from the ODIN study. *Br.J.Psychiatry*, 189, 410-415.

Casey, P. R., Dunn, G., Kelly, B. D., Birkbeck, G., Dalgard, O. S., Lehtinen, V. et al. (2006c). Factors associated with suicidal ideation in the general population: five-centre analysis from the ODIN study. *Br.J.Psychiatry*, 189, 410-415.

Chorpita, B. F. & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychol.Bull.*, 124, 3-21.

Christiansen, E. & Jensen, B. F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust.N.Z.J Psychiatry*, 41, 257-265.

Commission on Chronic Illness (1957). *Chronic illness in the United States*. Cambridge: Harvard University Press.

- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J., Forbes, N., & Caine, E. D. (1998). Age differences in behaviors leading to completed suicide. *Am.J Geriatr.Psychiatry*, *6*, 122-126.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., kway-Jones, K. et al. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am.J.Psychiatry*, *162*, 297-303.
- Crosby, A. E., Cheltenham, M. P., & Sacks, J. J. (1999). Incidence of suicidal ideation and behavior in the United States, 1994. *Suicide Life Threat.Behav.*, *29*, 131-140.
- Cupina, D. (2009). Life events, gender and suicidal behaviours in the acute community setting. *Australas.Psychiatry*, *17*, 233-236.
- da Silva Cais, C. F., Stefanello, S., Fabricio Mauro, M. L., Vaz Scavacini de, F. G., & Botega, N. J. (2009). Factors associated with repeated suicide attempts. Preliminary results of the WHO Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Crisis*, *30*, 73-78.
- De Leo, D., Dello, B. M., & Dwyer, J. (2002a). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *Br.J.Psychiatry*, *181*, 226-229.
- De Leo, D., Padoani, W., Lonqvist, J., Kerkhof, A. J., Bille-Brahe, U., Michel, K. et al. (2002b). Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study. *J Affect.Disord.*, *72*, 291-295.
- de Man, A. F., Leduc, C. P., & Labreche-Gauthier, L. (1992). Correlates of suicide ideation in French-Canadian adults and adolescents: a comparison. *J.Clin.Psychol.*, *48*, 811-816.
- Dennis, M. S., Wakefield, P., Molloy, C., Andrews, H., & Friedman, T. (2007). A study of self-harm in older people: mental disorder, social factors and motives. *Ageing Ment.Health*, *11*, 520-525.
- Desai, R. A., Dausey, D. J., & Rosenheck, R. A. (2005). Mental health service delivery and suicide risk: the role of individual patient and facility factors. *Am.J.Psychiatry*, *162*, 311-318.
- Diekstra, R. F. & Garnefski, N. (1995). On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. *Suicide Life Threat.Behav.*, *25*, 36-57.
- Dirección general de instituciones penitenciarias (2005). *Programa marco de prevención del suicidio en instituciones penitenciarias*. Ministerio del Interior.
- Dixon, W. A., Heppner, P. P., & Rudd, M. D. (1994). Problem-solving appraisal, hopelessness, and suicide ideation: evidence for a mediational model. *J Counsel Psychol*, *41*, 91-98.

Dupere, V., Leventhal, T., & Lacourse, E. (2009). Neighborhood poverty and suicidal thoughts and attempts in late adolescence. *Psychol.Med*, 39, 1295-1306.

European Commission (2008). *European Pact for Mental Health and Well-being*. European Commission.

Fekete, S., Voros, V., & Osvath, P. (2005). Gender differences in suicide attempters in Hungary: retrospective epidemiological study. *Croat.Med J*, 46, 288-293.

Fleischmann, A., Bertolote, J. M., De, L. D., Botega, N., Phillips, M., Sisask, M. et al. (2005). Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. *Psychol.Med.*, 35, 1467-1474.

Forman, E. M., Berk, M. S., Henriques, G. R., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2004). History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *Am.J Psychiatry*, 161, 437-443.

Frierson, R. L. (1991). Suicide attempts by the old and the very old. *Arch.Intern.Med*, 151, 141-144.

García de Diego, V. p. (1950). *Diccionario ilustrado latino-español, español-latino*. Barcelona: Spes.

García Pérez, M. A., Martín Moreno, V., Ramírez Puerta, D., González Martínez, Y., Hidalgo Vicario, I., Escribano Ceruelo, E. et al. (2007). Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. *Gaceta Sanitaria*, 21, 219-226.

Gibb, B. E., Andover, M. S., & Miller, I. W. (2009). Depressive characteristics of adult psychiatric inpatients with a history of multiple versus one or no suicide attempts. *Depress.Anxiety*, 26, 568-574.

Gmitrowicz, A., Szymczak, W., Kropiwnicki, P., & Rabe-Jablonska, J. (2003). Gender influence in suicidal behaviour of Polish adolescents. *Eur.Child Adolesc.Psychiatry*, 12, 205-213.

Goldney, R. D. (1975). Out-patient follow-up of those who have attempted suicide: fact or fantasy? *Aust.N.Z.J Psychiatry*, 9, 111-113.

Goldney, R. D., Wilson, D., Dal, G. E., Fisher, L. J., & McFarlane, A. C. (2000). Suicidal ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic events. *Aust.N.Z.J.Psychiatry*, 34, 98-106.

Goldney, R. D., Winefield, A. H., Tiggemann, M., Winefield, H. R., & Smith, S. (1989b). Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatr.Scand.*, 79, 481-489.

Goldney, R. D., Winefield, A. H., Tiggemann, M., Winefield, H. R., & Smith, S. (1989a). Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatr.Scand.*, 79, 481-489.

- Goldstein, R. B., Black, D. W., Nasrallah, A., & Winokur, G. (1991). The prediction of suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch.Gen.Psychiatry*, *48*, 418-422.
- Gordon, R. S., Jr. (1983a). An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.*, *98*, 107-109.
- Gordon, R. S., Jr. (1983b). An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.*, *98*, 107-109.
- Hamdi, E., Amin, Y., & Mattar, T. (1991). Clinical correlates of intent in attempted suicide. *Acta Psychiatr.Scand.*, *83*, 406-411.
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br.J Psychiatry*, *170*, 205-228.
- Haw, C. & Hawton, K. (2008). Life problems and deliberate self-harm: associations with gender, age, suicidal intent and psychiatric and personality disorder. *J Affect.Disord.*, *109*, 139-148.
- Hawton, K. & Harriss, L. (2006). Deliberate self-harm in people aged 60 years and over: characteristics and outcome of a 20-year cohort. *Int.J Geriatr.Psychiatry*, *21*, 572-581.
- Head, L., Campbell-Hewson, G. L., & O'Keane, V. (1999). No harm done? Psychological assessment in the A&E department of patients who deliberately harm themselves. *J R.Coll.Physicians Lond*, *33*, 51-55.
- Hegerl, U. & Schafer, R. (2007). [From the Nuremberg Alliance Against Depression to a European network (EAAD)--extending community-based awareness-campaigns on national and European level]. *Psychiatr.Prax.*, *34 Suppl 3*, S261-S265.
- Hegerl, U. & Wittenburg, L. (2009). Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behavior. *Psychiatr.Serv.*, *60*, 596-599.
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., Kuoppasalmi, K. I. et al. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am.J.Psychiatry*, *150*, 935-940.
- Henriques, G., Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2005). Suicide attempters' reaction to survival as a risk factor for eventual suicide. *Am.J Psychiatry*, *162*, 2180-2182.
- Hintikka, J., Pesonen, T., Saarinen, P., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamaki, H. (2001). Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, *36*, 590-594.

- Hintikka, J., Viinamaki, H., Koivumaa-Honkanen, H. T., Saarinen, P., Tanskanen, A., & Lehtonen, J. (1998). Risk factors for suicidal ideation in psychiatric patients. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, *33*, 235-240.
- Hjern, A. & Allebeck, P. (2002). Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden: a comparative study. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, *37*, 423-429.
- Houle, J., Mishara, B. L., & Chagnon, F. (2008). An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *J Affect.Disord.*, *107*, 37-43.
- Hulten, A., Jiang, G. X., Wasserman, D., Hawton, K., Hjelmeland, H., De, L. D. et al. (2001). Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *Eur.Child Adolesc.Psychiatry*, *10*, 161-169.
- Ingersoll, G. M., Grizzle, K., Beiter, M., & Orr, D. P. (1993). Frequent somatic complaints and psychosocial risk in adolescents. *J Early Adolesc*, *13*, 67-68.
- Instituto de la Juventud (INJUVE) (2004). *Informe juventud en España. Juventud en cifras*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- Instituto Nacional de Estadística (2006b). Defunciones según la causa de muerte 2006. www.ine.es [On-line].
- Instituto Nacional de Estadística (2006a). Defunciones según la causa de muerte 2006. www.ine.es [On-line].
- Instituto Nacional de Estadística (2007a). Población por sexo, comunidades y provincias y edad (hasta 85 y más). 2007. Instituto Nacional de Estadística [On-line]. Available: www.ine.es
- Instituto Nacional de Estadística (2007b). Población por sexo, edad (grupos quinquenales) y relación lugar de nacimiento y residencia. 2007. Instituto Nacional de Estadística [On-line]. Available: www.ine.es
- Instituto Nacional de Estadística (2007c). Población por sexo, lugar de nacimiento y comunidades y provincias. 2007. Instituto Nacional de Estadística [On-line]. Available: www.ine.es
- Jauregui, J., Martinez, M. L., Rubio, G., & Santo-Domingo, J. (1999). Patients who attempted suicide and failed to attend mental health centres. *Eur.Psychiatry*, *14*, 205-209.
- Johansson, L. M., Sundquist, J., Johansson, S. E., & Bergman, B. (1997). Ethnicity, social factors, illness and suicide: a follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Acta Psychiatr Scand*, *95*, 125-135.
- Joiner, T. E., Jr., Steer, R. A., Brown, G., Beck, A. T., Pettit, J. W., & Rudd, M. D. (2003). Worst-point suicidal plans: a dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behav.Res.Ther.*, *41*, 1469-1480.

- Kalb, R. & Lungershausen, E. (1990). [Suicidal acts in advanced age]. *Fortschr.Med*, 108, 168-172.
- Kandel, D. B., Raveis, V. H., & Davies, M. (2008). Suicidal ideation in adolescence: depression, substance use, and other risk factors. *J Youth Adolesc*, 20, 289-308.
- Kapur, N., House, A., Dodgson, K., May, C., & Creed, F. (2002). Effect of general hospital management on repeat episodes of deliberate self poisoning: cohort study. *BMJ*, 325, 866-867.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005d). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA*, 293, 2487-2495.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005c). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA*, 293, 2487-2495.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005a). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA*, 293, 2487-2495.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005b). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA*, 293, 2487-2495.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999a). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch.Gen.Psychiatry*, 56, 617-626.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999b). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch.Gen.Psychiatry*, 56, 617-626.
- Kim, H. S. & Kim, H. S. (2008). Risk factors for suicide attempts among Korean adolescents. *Child Psychiatry Hum.Dev.*, 39, 221-235.
- Kinkel, R. J., Bailey, C. W., & Josef, N. C. (1988). *Suicide ideation in normal adolescents*. Flint: Department of Sociology/Anthropology/Social Work, University of Michigan.
- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. London: Wiley Sons.
- Kumar, C. T., Mohan, R., Ranjith, G., & Chandrasekaran, R. (2006). Characteristics of high intent suicide attempters admitted to a general hospital. *J Affect.Disord.*, 91, 77-81.
- Laget, J., Plancherel, B., Stephan, P., Bolognini, M., Corcos, M., Jeammet, P. et al. (2006). Personality and repeated suicide attempts in dependent adolescents and young adults. *Crisis*, 27, 164-171.

- Lang, F. R. & Carstensen, L. L. (2002). Time counts: future time perspective, goals, and social relationships. *Psychol.Aging, 17*, 125-139.
- Leenars, A. (2001). Controlling the environment to prevent suicide. In D.Wasserman (Ed.), *Suicide, an unnecessary death*. (pp. 259-264). London: Martin Dunitz.
- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A., & Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *Eur.Psychiatry, 23 Suppl 1*, 14-20.
- López Lázaro, L. (2008). Inmigración, estado de salud y uso de servicios de atención primaria. *Atención Primaria, 4*, 232-233.
- Lorant, V., Kunst, A. E., Huisman, M., Costa, G., & Mackenbach, J. (2005). Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. *Br.J.Psychiatry, 187*, 49-54.
- Losada, A., Robinson, S. G., Knight, B. G., Marquez, M., Montorio, I., Izal, M. et al. (2006). Cross-cultural study comparing the association of familism with burden and depressive symptoms in two samples of Hispanic dementia caregivers. *Aging Ment.Health, 10*, 69-76.
- MacCauley, M., Russell, V., Bedford, D., Khan, A., & Kelly, R. (2001). Assessment following deliberate self-harm: who are we seeing and are we following the guidelines? *Ir J Psych Med, 18*, 116-119.
- Madianos, M. G., Madianou-Gefou, D., & Stefanis, C. N. (1993). Changes in suicidal behavior among nation-wide general population samples across Greece. *Eur.Arch.Psychiatry Clin.Neurosci., 243*, 171-178.
- Madoz-Gúrpide, A., Baca-García, E., Diaz-Sastre, C., Ceverino, A., Guerro, D., & Saiz, J. (1999). Demanda de asistencia previa al intento de suicidio. *Actas Españolas de Psiquiatría, 27*, 329-333.
- Magellan Health Services (2008). *Magellan clinical practice guideline for assessing and managing the suicidal patient*. Magellan Health Services.
- Malenfant, E. C. (2004). Suicide in Canada's immigrant population. *Health Rep., 15*, 9-17.
- Malone, K. M., Szanto, K., Corbitt, E. M., & Mann, J. J. (1995). Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *Am.J.Psychiatry, 152*, 1601-1607.
- Mann, J. J. (1998b). The neurobiology of suicide. *Nat.Med., 4*, 25-30.
- Mann, J. J. (1998a). The neurobiology of suicide. *Nat.Med., 4*, 25-30.
- Mann, J. J. (1999). Role of the serotonergic system in the pathogenesis of major depression and suicidal behavior. *Neuropsychopharmacology, 21*, 99S-105S.

- Mann, J. J. (2002a). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann.Intern.Med.*, *136*, 302-311.
- Mann, J. J. (2002b). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann.Intern.Med.*, *136*, 302-311.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat.Rev.Neurosci.*, *4*, 819-828.
- Mann, J. J. (2005). The medical management of depression. *N.Engl.J.Med.*, *353*, 1819-1834.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A. et al. (2005b). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, *294*, 2064-2074.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A. et al. (2005c). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, *294*, 2064-2074.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A. et al. (2005a). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, *294*, 2064-2074.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999d). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am.J.Psychiatry*, *156*, 181-189.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999c). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am.J.Psychiatry*, *156*, 181-189.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999b). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am.J.Psychiatry*, *156*, 181-189.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999a). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am.J.Psychiatry*, *156*, 181-189.
- Michaelis, B. H., Goldberg, J. F., Singer, T. M., Garno, J. L., Ernst, C. L., & Davis, G. P. (2003). Characteristics of first suicide attempts in single versus multiple suicide attempters with bipolar disorder. *Compr.Psychiatry*, *44*, 15-20.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid.
- Morgan, H. G., Barton, J., Pottle, S., Pocock, H., & Burns-Cox, C. J. (1976). Deliberate self-harm: a follow-up study of 279 patients. *Br.J Psychiatry*, *128*, 361-368.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Munoz, R. F., Ying, Y. W., Bernal, G., Perez-Stable, E. J., Sorensen, J. L., Hargreaves, W. A. et al. (1995). Prevention of depression with primary care patients: a randomized controlled trial. *Am.J.Community Psychol.*, *23*, 199-222.

Nasseri, K. & Moulton, L. H. (2009). Patterns of Death in the First and Second Generation Immigrants from Selected Middle Eastern Countries in California. *J Immigr.Minor.Health*.

National Institute for Clinical Excellence (2004). *The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London: National Institute for Clinical Excellence.

New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health (2003). *The assessment and management of people at risk of suicide*. Wellington.

Nicholas, L. M. & Golden, R. N. (2001). Managing the suicidal patient. *Clin.Cornerstone.*, 3, 47-57.

Nordentoft, M. & Branner, J. (2008). Gender differences in suicidal intent and choice of method among suicide attempters. *Crisis*, 29, 209-212.

Nordentoft, M. & Sogaard, M. (2005). Registration, psychiatric evaluation and adherence to psychiatric treatment after suicide attempt. *Nord.J Psychiatry*, 59, 213-216.

Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., Greenberg, T., & Shaffer, D. (2005). Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Arch.Gen.Psychiatry*, 62, 1122-1128.

Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E., Mann, J. J., & Giner, J. (2008). Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *Am.J Psychiatry*, 165, 1383-1384.

Osvath, P., Kelemen, G., Erdos, M. B., Voros, V., & Fekete, S. (2003). The main factors of repetition: review of some results of the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Crisis*, 24, 151-154.

Pages, K. P., Russo, J. E., Roy-Byrne, P. P., Ries, R. K., & Cowley, D. S. (1997). Determinants of suicidal ideation: the role of substance use disorders. *J.Clin.Psychiatry*, 58, 510-515.

Parellada, M., Saiz, P., Moreno, D., Vidal, J., Llorente, C., Alvarez, M. et al. (2008). Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Res.*, 157, 131-137.

Paris, J. (2004). Half in love with easeful death: the meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. *Harv.Rev.Psychiatry*, 12, 42-48.

Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Tanner, J. (1974a). Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br.J.Psychiatry*, 124, 460-469.

Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Tanner, J. (1974b). Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br.J.Psychiatry*, 124, 460-469.

- Perez-Olmos, I., Rodriguez-Sandoval, E., Dussan-Buitrago, M. M., & yala-Aguilera, J. P. (2007). [Psychiatric and social characterisation of suicide attempts treated at a children's clinic, 2003-2005]. *Rev.Salud Publica (Bogota.)*, 9, 230-240.
- Plutchik, R. & Van Praag, H. M. (1994). Suicide risk: Amplifiers and attenuators. In M.Hillbrand & N. J. Pollone (Eds.), *The psychobiology of aggression* (Binghamton, NY: Haworth Press.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373, 2223-2233.
- Resch, F., Parzer, P., & Brunner, R. (2008). Self-mutilation and suicidal behaviour in children and adolescents: prevalence and psychosocial correlates: results of the BELLA study. *Eur.Child Adolesc.Psychiatry*, 17 Suppl 1, 92-98.
- Rudd, M. D., Joiner, T., & Rajab, M. H. (1996). Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample. *J Abnorm.Psychol.*, 105, 541-550.
- Runeson, B. (2001). Parasuicides without follow-up. *Nord.J Psychiatry*, 55, 319-323.
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J., ten Have, M. et al. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch.Gen.Psychiatry*, 62, 1249-1257.
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., Jr., Glanovsky, J. L., James, A., & Jacobs, D. (2009). Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. *J Adolesc.Health*, 44, 335-341.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., & Kerkhof, A. e. (2004). *Suicidal behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Schmidtke, A., Sell, R., & Lohr, C. (2008). [Epidemiology of suicide in older persons]. *Z.Gerontol.Geriatr.*, 41, 3-13.
- Schneider, B., Wetterling, T., Sargk, D., Schneider, F., Schnabel, A., Maurer, K. et al. (2006). Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *Eur.Arch.Psychiatry Clin.Neurosci.*, 256, 17-27.
- Schwab, J. J., Warheit, G. J., & Holzer, C. E., III (1972). Suicidal ideation and behavior in a general population. *Dis.Nerv.Syst.*, 33, 745-748.
- Shain, B. N. (2007). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 120, 669-676.
- Sher, L. (1999). On the role of neurobiological and genetic factors in the etiology and pathogenesis of suicidal behavior among immigrants. *Med Hypotheses*, 53, 110-111.

- 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 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat.Behav.*, *37*, 248-263.
- Sinclair, J. M., Harriss, L., Baldwin, D. S., & King, E. A. (2005). Suicide in depressive disorders: a retrospective case-control study of 127 suicides. *J.Affect.Disord.*, *87*, 107-113.
- Skoog, I., Aevansson, O., Beskow, J., Larsson, L., Palsson, S., Waern, M. et al. (1996). Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds. *Am.J.Psychiatry*, *153*, 1015-1020.
- Slinn, R., King, A., & Evans, J. (2001). A national survey of the hospital services for the management of adult deliberate self-harm. *Psychiatric Bulletin*, *25*, 53-55.
- Sorenson, S. B. & Rutter, C. M. (1991). Transgenerational patterns of suicide attempt. *J.Consult Clin.Psychol.*, *59*, 861-866.
- StataCorp (2007). Stata Statistical Software. Release 10. [Computer software]. College Station, TX: Stata Corporation.
- Steele, M. M. & Doey, T. (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents. part 1: etiology and risk factors. *Can.J Psychiatry*, *52*, 21S-33S.
- Stefanello, S., Cais, C. F., Mauro, M. L., Freitas, G. V., & Botega, N. J. (2008). Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Rev.Bras.Psiquiatr.*, *30*, 139-143.
- Sudhir Kumar, C. T., Mohan, R., Ranjith, G., & Chandrasekaran, R. (2006). Gender differences in medically serious suicide attempts: a study from south India. *Psychiatry Res.*, *144*, 79-86.
- Suicide Risk Advisory Committee of the Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions (1996). *Guidelines for identification, assessment, and treatment planning for suicidality*.
- Swahn, M. H. & Bossarte, R. M. (2007). Gender, early alcohol use, and suicide ideation and attempts: findings from the 2005 youth risk behavior survey. *J Adolesc.Health*, *41*, 175-181.
- Tondo, L., Lepri, B., & Baldessarini, R. J. (2007). Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiatr.Scand.*, *116*, 419-428.
- Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *J.Psychiatry Neurosci.*, *30*, 398-408.
- Vandivort, D. S. & Locke, B. Z. (1979). Suicide ideation: its relation to depression, suicide and suicide attempt. *Suicide Life Threat.Behav.*, *9*, 205-218.

- Varnik, A., Kolves, K., Allik, J., Arensman, E., Aromaa, E., van, A. C. et al. (2008). Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15-24 in 15 European countries. *J.Affect.Disord.*
- Vilhjalmsson, R., Kristjansdottir, G., & Sveinbjarnardottir, E. (1998a). Factors associated with suicide ideation in adults. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 33, 97-103.
- Vilhjalmsson, R., Kristjansdottir, G., & Sveinbjarnardottir, E. (1998b). Factors associated with suicide ideation in adults. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 33, 97-103.
- Villoria Borrego, L. (2004). *Evaluación del tratamiento psiquiátrico en pacientes con intentos de suicidio*. Universidad de Alcalá.
- Waldrop, A. E., Hanson, R. F., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Naugle, A. E., & Saunders, B. E. (2007). Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: implications for prevention. *J Trauma Stress.*, 20, 869-879.
- Wang, A. G. & Mortensen, G. (2006). Core features of repeated suicidal behaviour: a long-term follow-up after suicide attempts in a low-suicide-incidence population. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 41, 103-107.
- Weisman, A. D. & Worden, J. W. (1972). Risk-rescue rating in suicide assessment. *Arch.Gen.Psychiatry*, 26, 553-560.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Joyce, P. R. et al. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol.Med.*, 29, 9-17.
- WHO European Ministerial Conference on Mental Health (2005). *Suicide prevention* World Health Organization.
- World Health Organization (2000a). *Preventing suicide. A resource for media professionals*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2000b). *Preventing suicide: A resource for general physicians*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2001). *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneve: World Health Organization.
- World Health Organization (2002a). *Multisite intervention study on suicidal behaviours-SUPRE-MISS*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2002b). *Suicide Prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*. Copenhagen.

World Health Organization (2002c). *The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options*. Geneva.

World Health Organization (2005). *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems. The ICD-10. Second Edition*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2008). Suicide rates (per 100,000) by country, year and gender. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html [Online]. Available: www.who.int

Zenere, F. J., III & Lazarus, P. J. (1997). The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. *Suicide Life Threat.Behav.*, 27, 387-402.

Zimmerman, M., Lish, J. D., Lush, D. T., Farber, N. J., Plescia, G., & Kuzma, M. A. (1995). Suicidal ideation among urban medical outpatients. *J.Gen.Intern.Med.*, 10, 573-576.



Comunidad de Madrid

www.madrid.org