

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**TENTATIVAS DE SUICIDIO EN EL ÁREA SANITARIA  
IV (OVIEDO), DURANTE EL TRIENIO 2003-2005. PERFÍL  
CLÍNICO Y PSICOSOCIAL**

**JUAN LUIS LÓPEZ RODRÍGUEZ**

**2007**



Universidad  
de Oviedo

Reservados todos los derechos  
© El autor

Edita: Universidad de Oviedo  
Biblioteca Universitaria, 2009  
Colección Tesis Doctoral-TDR nº 41

ISBN 978-84-691-7818-8  
D.L.: AS.05359-2008



**A mi mujer Elena, y a mis hijos Helena, e Israel**

## **AGRADECIMIENTOS**

**Al Prof. Dr. Julio Bobes García, por sus enseñanzas, disponibilidad y apoyo durante la realización de este trabajo, así como por saber transmitirme su entusiasmo por la investigación.**

**A la Prof. Dra. Pilar Alejandra Sáiz Martínez, por su inestimable colaboración y animosidad, así como por su “sabia “tutorización” en la dirección de este trabajo.**

**Al Prof. Dr. Manuel Bousoño García, por sus consejos y apoyo durante el programa de Doctorado.**

**A la Prof. Dra. Paz González García-Portilla, por su amistad y ánimo constante a lo largo de todos estos años.**

**Al resto de compañeros que fueron pasando por el Área de Psiquiatría Juan, Jorge, Luis Fernando, Micaela, Estela, M<sup>a</sup> del Ángel, Menchu, Sara, etc, porque de todos ellos fui aprendiendo algo.**

**Al Dr. Antonio Álvarez y al Dr. , coordinadores del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central durante el desarrollo de este estudio.**

**A Beni y Violeta, administrativas del Servicio de Urgencias, y a Consuelo y Nacho de Archivos del HUCA por su ayuda a la hora de facilitarme la “ardua” labor de la recogida de datos.**

---

<b><u>I.- INTRODUCCIÓN</u></b> .....	1
I.1.- Interés del tema.....	1
I.2.-Aproximación histórica al comportamiento suicida .....	7
I.3.- Evolución terminológica y conceptual .....	14
I.4.- Clasificación de las conductas suicidas .....	24
I.5.- Factores de riesgo suicida .....	29
I.5.1.- Factores Sociodemográficos.....	29
I.5.1.1.- Edad .....	29
I.5.1.2.- Sexo .....	31
I.5.1.3.- Estado civil.....	32
I.5.1.4.- Estatus socioeconómico.....	35
I.5.1.5.- Medio geográfico.....	37
I.5.1.6.- Hora, día y mes de la conducta .....	38
I.5.1.7.- Método utilizado con mayor frecuencia .....	40
I.5.1.8.- Repetición de la tentativa suicida.....	41
I.5.2.- Trastornos psíquicos y conducta suicida .....	43
I.5.2.1.- Trastornos Afectivos.....	45
I.5.2.2.- Trastornos de la personalidad .....	47
I.5.2.3.- Trastornos Esquizofrénicos .....	48
I.5.2.4.- Consumo de alcohol y abuso de sustancias .....	49
<b><u>II.- HIPÓTESIS</u></b> .....	52
<b><u>III.- OBJETIVOS</u></b> .....	53
<b><u>IV.- MATERIAL Y MÉTODO</u></b> .....	54
IV.1.- Material .....	54
IV.1.1.- Población de estudio.....	54
IV.1.2.- Zona de Salud .....	57
IV.2.- Procedimiento .....	61
IV.2.1.1.- Aspectos éticos.....	62
IV.2.1.2.- Confidencialidad.....	62
IV.3.- Instrumento de Evaluación	
<b>IV.1.2.1.-WHO/EURO MULTICENTRE STUDY OFSUICIDAL     BEHAVIOUR MONITORING FORM.....</b>	63
IV.4.- Método .....	65
IV.5.- Procesamiento estadístico de los datos.....	67
IV.6.- Cronograma.....	69

---

<b><u>V.- RESULTADOS</u></b> .....	70
<b>V.1.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE TODA LA MUESTRA-ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DEL SEXO</b> .....	70
<b>V.1.1.- Datos sociodemográficos</b> .....	70
V.1.1.- Población diana .....	70
V.1.2.- Sexo.....	70
V.1.3.- Edad .....	71
V.1.3.1.- Edad media .....	71
V.1.3.2.- Grupos de edad.....	72
V.1.4.- Estado civil.....	76
V.1.5.- Soporte Familiar.....	80
V.1.6.- Nivel Educativo.....	83
V.1.7.- Actividad Económica.....	86
V.1.8.- Concejo de residencia.....	89
V.1.9.- Cambio de domicilio.....	92
V.1.10.- Nacionalidad.....	94
<b><u>V.2.- Estudio de la tentativa actual</u></b> .....	97
V.2.1.- Hora de la tentativa.....	97
V.2.2.- Día de la semana.....	101
V.2.3.- Mes de la tentativa.....	104
V.2.4.- Día del mes de la tentativa.....	108
V.2.5.- Método empleado.....	112
V.2.6.- Intencionalidad suicida.....	114
V.2.7.- Tentativas previas.....	117
V.2.8.- Repetición de la tentativa.....	119
V.2.9.- Tiempo transcurrido entre tentativas.....	120
V.2.10.- Derivación.....	121
V.2.11.- Diagnóstico actual.....	124
V.2.12.- Contacto con los dispositivos de Salud Mental.....	127
<b><u>V.3.- ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DE LA EDAD...</u></b>	129
<b><u>V.3.1.- Edad y datos sociodemográficos</u></b> .....	129
V.3.1.1.- Edad y estado civil.....	129
V.3.1.2.- Edad y convivencia.....	130
V.3.1.3.- Edad y nivel educativo.....	131
V.3.1.4.- Edad y actividad económica.....	133
V.3.1.5.- Edad y concejo de residencia.....	134
V.3.1.6.- Edad y cambio de domicilio.....	135
V.3.1.7.- Edad y nacionalidad .....	136

---

<b><u>V.3.2.- Edad y estudio de la tentativa actual.....</u></b>	137
V.3.2.1.- Edad y hora de la tentativa .....	137
V.3.2.2.- Edad y día de la semana .....	138
V.3.2.3.- Edad y mes de la tentativa .....	139
V.3.2.4.- Edad y día del mes de la tentativa .....	140
V.3.2.5.- Edad y método empleado .....	141
V.3.2.6.- Edad e intencionalidad suicida .....	143
V.3.2.7.- Edad y tentativas previas .....	144
V.3.2.8.- Edad y repetición de la tentativa .....	145
V.3.2.9.- Edad y tiempo transcurrido entre tentativas .....	147
V.3.2.10.- Edad y derivación .....	148
V.3.2.11.- Edad y diagnóstico actual .....	150
V.3.2.12.- Edad y contacto con Salud Mental .....	151

#### **V.4. – ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL**

<b><u>V.4.1.- Estado civil y datos sociodemográficos.....</u></b>	153
V.4.1.1.- Estado civil y convivencia.....	153
V.4.1.2.- Estado civil y nivel educativo.....	154
V.4.1.3.- Estado civil y actividad económica.....	156
V.4.1.4.- Estado civil y concejo de residencia.....	157
V.4.1.5.- Estado civil y cambio de domicilio.....	159
V.4.1.6.- Estado civil y nacionalidad.....	160

#### **V.4.2.- Estado civil y estudio de la tentativa actual**

V.4.2.1.- Estado civil y hora de la tentativa.....	161
V.4.2.2.- Estado civil y día de la tentativa.....	162
V.4.2.3.- Estado civil y mes de la tentativa.....	163
V.4.2.4.- Estado civil y día del mes de la tentativa.....	165
V.4.2.5.- Estado civil y método de la tentativa.....	166
V.4.2.6.- Estado civil y tentativas previas.....	167
V.4.2.7.- Estado civil y repetición de la tentativa.....	168
V.4.2.8.- Estado civil e intencionalidad.....	170
V.4.2.9.- Estado civil y diagnóstico.....	171
V.4.2.10.- Estado civil y contacto con Salud Mental.....	172

<b><u>V.5. – ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DEL SOPORTE FAMILIAR</u></b> .....	174
<b><u>V.5.1.- Soporte familiar y datos sociodemográficos</u></b>	
V.5.1.1.- Soporte familiar y nivel educativo.....	174
V.5.1.2.- Soporte familiar y actividad económica.....	175
V.5.1.3.- Soporte familiar y concejo de residencia.....	177
V.5.1.4.- Soporte familiar y cambio de domicilio.....	178
V.5.1.5.- Soporte familiar y nacionalidad.....	179
<b><u>V.5.2.- Soporte familiar y estudio de la tentativa actual</u></b>	
V.5.2.1.- Soporte familiar y hora de la tentativa.....	181
V.5.2.2.- Soporte familiar y día de la tentativa.....	182
V.5.2.3.- Soporte familiar y mes de la tentativa.....	183
V.5.2.4.- Soporte familiar y día del mes de la tentativa.....	185
V.5.2.5.- Soporte familiar y método de la tentativa.....	186
V.5.2.6.- Soporte familiar y tentativas previas.....	188
V.5.2.7.- Soporte familiar y repetición de la tentativa.....	189
V.5.2.8.- Soporte y derivación.....	191
V.5.2.9.- Soporte familiar y diagnóstico.....	192
V.5.2.10.- Soporte familiar e intencionalidad.....	194
V.5.2.11.- Soporte familiar y contacto con Salud Mental.....	195
<b><u>V.6. – ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DEL NIVEL EDUCATIVO</u></b> .....	197
<b><u>V.6.1.- Nivel educativo y datos sociodemográficos</u></b>	
V.6.1.1.- Nivel educativo y actividad económica.....	197
V.6.1.2.- Nivel educativo y concejo de residencia.....	198
V.6.1.3.- Nivel educativo y cambio de domicilio.....	200
V.6.1.4.- Nivel educativo y nacionalidad.....	201
<b><u>V.6.2.- Nivel educativo y estudio de la tentativa actual</u></b> .....	202
V.6.2.1.- Nivel educativo y hora de la tentativa.....	202
V.6.2.2.- Nivel educativo y día de la tentativa.....	203
V.6.2.3.- Nivel educativo y mes de la tentativa.....	204
V.6.2.4.- Nivel educativo y día del mes de la tentativa.....	206
V.6.2.5.- Nivel educativo y método de la tentativa.....	207
V.6.2.6.- Nivel educativo y tentativas previas.....	208



V.6.2.7.- Nivel educativo y derivación.....	210
V.6.2.8.- Nivel educativo y diagnóstico.....	211
V.6.2.9.- Nivel educativo e intencionalidad.....	213
V.6.2.10.- Nivel educativo y repetición de la tentativa.....	214
V.6.2.11.- Nivel educativo y contacto con Salud Mental.....	216
<b><u>V.7. – ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DEL NIVEL ECONÓMICO</u></b> .....	218
<b><u>V.7.1.- Nivel económico y datos sociodemográficos</u></b> .....	218
V.7.1.1.- Nivel económico y concejo de residencia.....	218
V.7.1.2.- Nivel económico y cambio de domicilio.....	220
V.7.1.3.- Nivel económico y nacionalidad.....	221
<b><u>V.7.2.- Nivel económico y estudio de la tentativa actual ...</u></b> .....	222
V.7.2.1.- Nivel económico y hora de la tentativa.....	222
V.7.2.2.- Nivel económico y día de la tentativa.....	223
V.7.2.3.- Nivel económico y mes de la tentativa.....	225
V.7.2.4.- Nivel económico y día del mes de la tentativa.....	226
V.7.2.5.- Nivel económico y método de la tentativa.....	227
V.7.2.6.- Nivel económico y tentativas previas.....	228
V.7.2.7.- Nivel económico y derivación.....	230
V.7.2.8.- Nivel económico y diagnóstico.....	231
V.7.2.9.- Nivel económico e intencionalidad.....	233
V.7.2.10.- Nivel económico y repetición de la tentativa.....	234
V.7.2.11.- Nivel económico y contacto con Salud Mental.....	236
<b><u>V.8. – ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DEL MÉTODO UTILIZADO</u></b> .....	238
<b><u>V.8.1.- Método y datos sociodemográficos</u></b> .....	238
V.8.1.1.- Método y concejo de residencia.....	238
V.8.1.2.- Método y cambio de domicilio.....	239
V.8.1.3.- Método y nacionalidad.....	240
<b><u>V.8.2.- Método y estudio de la tentativa actual</u></b> .....	242
V.8.2.1.- Método y hora de la tentativa.....	242
V.8.2.2.- Método y día de la tentativa.....	243
V.8.2.3.- Método y mes de la tentativa.....	244
V.8.2.4.- Método y día del mes de la tentativa.....	246

V.8.2.5.- Método y tentativas previas.....	247
V.8.2.6.- Método y derivación.....	249
V.8.2.7.- Método y diagnóstico.....	250
V.8.2.8.- Método e intencionalidad.....	252
V.8.2.9.- Método y repetición de la tentativa.....	253
V.8.2.10.- Método y contacto con Salud Mental.....	255
<b><u>V.9. – ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DE LA INTENCIONALIDAD EN LA TENTATIVA ACTUAL</u></b> .....	257
<b><u>V.9.1.- Intencionalidad y datos sociodemográficos</u></b> .....	257
V.9.1.1.- Intencionalidad y concejo de residencia.....	257
V.9.1.2.- Intencionalidad y cambio de domicilio.....	258
V.9.1.3.- Intencionalidad y nacionalidad.....	259
<b><u>V.9.2.- Intencionalidad y estudio de la tentativa actual</u></b> .....	261
V.9.2.1.- Intencionalidad y hora de la tentativa.....	261
V.9.2.2.- Intencionalidad y día de la tentativa.....	262
V.9.2.3.- Intencionalidad y mes de la tentativa.....	263
V.9.2.4.- Intencionalidad y día del mes de la tentativa.....	265
V.9.2.5.- Intencionalidad y método de la tentativa.....	267
V.9.2.6.- Intencionalidad y tentativas previas.....	268
V.9.2.7.- Intencionalidad y derivación.....	270
V.9.2.8.- Intencionalidad y diagnóstico.....	271
V.9.2.9.- Intencionalidad y repetición de la tentativa.....	273
V.9.2.10.- Intencionalidad y contacto con Salud Mental.....	274
<b><u>V.10. – ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA DE TENTATIVAS PREVIAS</u></b> .....	276
<b><u>V.10.1.- Tentativas previas y datos sociodemográficos</u></b> .....	276
V.10.1.1.- Tentativas previas y concejo de residencia.....	276
V.10.1.2.- Tentativas previas y cambio de domicilio.....	278
V.10.1.3.- Tentativas previas y nacionalidad.....	279
<b><u>V.10.2.- Tentativas previas y estudio de la tentativa actual</u></b> .....	281
V.10.2.1.- Tentativas previas y hora de la tentativa.....	281
V.10.2.2.- Tentativas previas y día de la tentativa.....	282
V.10.2.3.- Tentativas previas y mes de la tentativa.....	284

V.10.2.4.- Tentativas previas y día del mes de la tentativa.....	285
V.10.2.5.- Tentativas previas y derivación.....	287
V.10.2.6.- Tentativas previas y diagnóstico.....	288
V.10.2.7.- Tentativas previas y repetición de la tentativa.....	290
V.10.2.8.- Tentativas previas y contacto con Salud Mental.....	291
<b><u>V.11. – ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DE LA REPETICIÓN DE LA TENTATIVA SUICIDA DURANTE EL PERÍODO DE MONITORIZACIÓN.</u></b> .....	293
<b><u>V.11.1.- Repetición de la tentativa y datos sociodemográficos</u></b> .....	293
V.11.1.1.- Repetición de la tentativa y concejo de residencia....	293
V.11.1.2.- Repetición de la tentativa y cambio de domicilio....	295
V.11.1.3.- Repetición de la tentativa y nacionalidad.....	296
<b><u>V.11.2.- Repetición de la tentativa durante el período de monitorización y estudio de la tentativa actual</u></b> .....	298
V.11.2.1.- Repetición y hora de la tentativa.....	298
V.11.2.2.- Repetición y día de la tentativa.....	299
V.11.2.3.- Repetición y mes de la tentativa.....	301
V.11.2.4.- Repetición y día del mes de la tentativa.....	302
V.11.2.5.- Repetición de la tentativa y derivación.....	304
V.11.2.6.- Repetición y diagnóstico.....	305
V.11.2.7.- Repetición y contacto con Salud Mental.....	307
<b>VI.- DISCUSIÓN</b> .....	309
<b>VII.- CONCLUSIONES</b> .....	385
<b>VIII.- BIBLIOGRAFIA</b> .....	386
<b>IX.- ANEXO</b> .....	411

### 1.1.- INTERÉS DEL TEMA

*“¡Oh!, ¡Que esta sólida, excesivamente sólida carne pudiera derretirse, deshacerse y disolverse en rocío, o que no hubiese fijado el Eterno su ley contra el Suicidio! ¡Oh Dios! ¡Dios! ¡Qué fastidiosas, rancias, vanas e inútiles me parecen las prácticas todas de este mundo!”*

“Hamlet”

(W. Shakespeare)

El hombre del siglo XXI con una ciencia en desarrollo y un entendimiento causal sobre una gran diversidad de fenómenos y procesos, no ha logrado aún, con toda su sabiduría y ciencia, librarse de ese miedo-atracción ancestral que provoca la muerte, máxime cuando la culminación de este hecho es resultado de un acto destructivo (la conducta suicida) que no es privativa de ninguna edad.

Dentro de los cuantiosos acontecimientos enigmáticos que aporta la vida humana, la conducta suicida es uno de ellos. Son inciertas, hasta el momento, las razones por las cuáles una persona atenta contra su vida, cuando su más preciado tesoro es la vida misma. La conducta suicida como fenómeno, abarca el intento o tentativa y el suicidio, este último, particularmente, con una rica historia.

En la actualidad se habla del llamado derecho a morir y del derecho de darse uno la muerte a sí mismo. Este "se ipsum occidere" no es otra cosa que el suicidio.

El suicidio es un fenómeno que posee sus antecedentes desde épocas inmemoriales, tan antiguo como la existencia misma de la humanidad, modificando sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica imperante.

Es común pensar acerca del suicidio. En su libro "Suicidio", Earl Grollman (1988) dice: "Casi todo mundo ha contemplado el suicidio en un momento u otro de sus vidas". El psicólogo Paul Quinnett (1987) en su obra "Suicidio, una decisión para siempre" dice que: "Las investigaciones han mostrado que una mayoría sustancial de gente ha considerado el suicidio en un momento de sus vidas, y lo han considerado seriamente". A pesar de esto, generalmente se cierra el entrecejo cuando alguien habla de suicidarse, y tales pensamientos por sí mismos son causa suficiente para una "hospitalización" involuntaria y un "tratamiento" psiquiátrico, especialmente si la persona quiere realmente suicidarse y rehúsa "terapias" que cambien su pensar.

La acción, para que pueda calificarse de suicida ha de ser querida para producir la muerte, ya por su propia naturaleza, "ex opera operate" (dispararse una pistola en la sien); ya por propia intención o designio, "ex opera operantis" (negarse a tomar alimento).

El hombre ha intentado desde siempre dar una explicación racional ante el acto suicida. El debate sobre el derecho a terminar con la vida por mano propia ha originado desde siempre en las sociedades controversias de toda índole. Pero a pesar de las innumerables controversias de todos los tiempos por explicar lo socialmente inaceptable, en cada acto suicida la sociedad no deja de conmocionarse. Lo inexplicable, la muerte como una forma de agresión contra si mismo, sólo es aceptable como un acto de locura.

Si se analizase el momento psicoevolutivo del sujeto, sus conflictos actuales, el grupo familiar, el grupo social de pertenencia, como así también el momento vital por el cual está atravesando la persona que realiza un acto suicida, se podrían encontrar algunas de las motivaciones o significaciones que de alguna manera explicarían la conducta suicida.

Uno de los principales problemas sanitarios son las conductas suicidas, a pesar de que la mortalidad por suicidio en población general es relativamente baja (1%-2% de la mortalidad por cualquier causa) y ocupa entre la 9ª y 10ª posición en las causas de mortalidad en los países occidentales, ésta puede ser evitable en gran medida.

Las tentativas de suicidio tienen una frecuencia entre 8 y 15 veces mayor que el suicidio consumado (Tavani-Petrone, 1986), siendo muy frecuentes en los servicios de urgencias de las ciudades, refiriendo algunos investigadores porcentajes en torno al 3,2 % del total de urgencias hospitalarias (Modestin y Kamm, 1990).

Diekstra, (1989) refiere que el número de tentativas de suicidio tratadas en la Comunidad Europea anualmente es de aproximadamente 430.000, lo que supone 215 casos por 100.000 habitantes, siendo el 60% en menores de 30 años.

Sellar (1990) y Schmidtke et al. (1996) revelan que en la década de los 60 y 70 la demanda de asistencia por autointoxicación medicamentosa se había elevado con respecto a años anteriores, pero posteriormente la incidencia de admisiones hospitalarias por este motivo parecía haber disminuido.

Las investigaciones llevadas a cabo en España, indican unas cifras en torno a 10 suicidios por cada 100.000 habitantes, y se supone que por cada suicidio consumado existen entre 8 y 10 tentativas fallidas (Díaz y Pedregal, 1994).

Camp (1977) refiere que en Barcelona, las intoxicaciones voluntarias representaban el 2,4% de los pacientes asistidos en el área de urgencias del Hospital Clínico.

Weissman et al. (1999) refieren en un estudio realizado en población general, que la prevalencia de tentativas suicidas oscilaba entre 0,72% en Beirut al 5,93% en Puerto Rico.

Carbajosa et al. (1981) refieren una tasa de 4.28 intentos de suicidio/10.000 habitantes/año en el Principado de Asturias. Estas cifras probablemente sean inferiores a las reales, las cuáles se ocultan por motivos diferentes (Bertolote, 2001).

Artal et al. (1988) reseñan que las tentativas de suicidio suponen un 11,5% del total de urgencias psiquiátricas atendidas en el Hospital Marqués de Valdecilla de Santander.

Gomez Beneyto (1995) describe unas tasas de prevalencia de 112 personas mayores de 15 años/100.000 habitantes en Valencia, y 100/100.000 habitantes para el área metropolitana.

Según el WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide, las tasas más elevadas de comportamiento suicida se dan en Helsinki (340/100.000) y las más bajas en Guipúzcoa (20/100.000), con una ratio entre ambas ciudades de 17:1 (Schmidkte et al. 1996; Bille-Brahe, U. et al. 1997).

Hermida Lazcano (1997) refiere una incidencia de 227,4 casos/100.000 habitantes de intoxicaciones agudas en el ámbito de un hospital de tercer nivel en la Comunidad Autónoma Gallega.

Sáiz Martínez et al. (1997b) refieren que en España existe una incidencia de tentativas suicidas aproximadamente de entre 30.000/40.000 personas/año. Esto, vendría a suponer unas tasas de entre 50 y 90/100.000 habitantes/año, aunque las tasas reales probablemente sean superiores.



Pedrós Roselló y Vera Alberó (2001), estudian las tentativas de suicidio atendidas por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva (Valencia) y refieren una tasa anual media de suicidios de 8,22 por 100.000, durante los años 1993 a 1998.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que durante el año 2000, aproximadamente entre 10 y 40 millones de personas realizaron una tentativa de suicidio y en sus estimaciones para el año 2020, basadas en las tendencias actuales, aproximadamente entre 15 y 30 millones de personas cometerán una tentativa suicida. Esto supone una media de un intento de suicidio cada 1-2 segundos (Jiménez et al. 2004).

Querejeta et al. (2004) estudian las conductas suicidas en Euskalerría y refieren unas tasas de 2,9 por 100.000 habitantes en 1980 y de 6,36 por 100.000 en 1991.

### **Resumen:**

Las tentativas de suicidio son el factor de riesgo más importante para el suicidio consumado. Las tentativas de suicidio continúan siendo un fenómeno poco estudiado; al respecto, no han aparecido nuevos estudios epidemiológicos en los últimos años. Aún así, se considera que, al igual que en el caso del suicidio ha aumentado la incidencia de las tentativas suicidas, especialmente en población joven. La OMS destaca la importancia de los comportamientos suicidas no letales como un grave problema de Salud Pública. Así pues, tanto la valoración como el tratamiento de este tipo de conductas en los servicios de urgencias van a resultar factores clave en el tratamiento de las personas con conductas suicidas y potencialmente en la prevención del suicidio.

#### IV.1.2.- PROCEDIMIENTO

En primer lugar se solicitaron las autorizaciones necesarias, tanto a la Coordinación de los Servicios de Salud Mental, como a la Gerencia del Hospital Universitario Central de Asturias, Instituciones pertenecientes ambas al SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias), para la explotación de los datos explicándoles los motivos del estudio.

Una vez en posesión de las autorizaciones necesarias, los pasos que se siguieron fueron los siguientes:

1.- Revisión mensual de las hojas de “triage” del Servicio de Urgencias en busca de aquellos sujetos que habían acudido al mismo como consecuencia de una tentativa de suicidio.

2.- Revisión mensual de los partes de incidencia del Servicio de Urgencias de Psiquiatría.

3.- Se solicitaron al Servicio de Archivos del Hospital Universitario Central de Asturias los historiales clínicos de las personas que habían acudido a los Servicios de Urgencias durante el período de estudio (1 de Enero de 2003 y 31 de Diciembre de 2005) en demanda de asistencia como consecuencia de una conducta suicida.

4.- Los pacientes que contaban con Historia Clínica en los Servicios de Salud Mental, esta, fue revisada con el fin de obtener el diagnóstico psiquiátrico.

#### **IV.1.2.1.- ASPECTOS ETICOS**

Antes de comenzar el estudio, se solicitó autorización escrita al Comité Ético de Investigación Clínica de Asturias en evitación de los problemas éticos que pueden suscitar este tipo de investigaciones.

#### **IV.1.2.2.- CONFIDENCIALIDAD**

La base de datos así como los protocolos fueron manejados exclusivamente por el propio investigador. Los pacientes fueron identificados con un código numérico, evitando usar sus nombres en los procedimientos estadísticos.

Los datos recogidos fueron introducidos en un archivo informático al que sólo tuvo acceso el investigador del estudio.

### **IV.3.- INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN**

#### **IV.3.1.- WHO/EURO MULTICENTRE STUDY OF SUICIDAL BEHAVIOUR MONITORING FORM (Anexo I).**

Se trata de un protocolo constituido por un total de 29 variables de carácter cuantitativo y que recogen información acerca de:

**A.- Datos sociodemográficos:** Edad, sexo, estado civil, soporte familiar (extraído a partir del tipo de convivencia de los sujetos a estudio), nivel educativo, actividad laboral, lugar de residencia habitual en el momento de la conducta suicida, cambio de domicilio durante el último año, y nacionalidad.

**B.- Tentativa de suicidio actual:** Refiriéndose a la hora en que llevó a cabo la tentativa, día de la semana, mes, año, método empleado, derivación, intencionalidad suicida, repetición del intento durante el tiempo de monitorización, días transcurridos entre la repetición de la conducta suicida.

**C.- Tentativas previas:** Se trata de averiguar los antecedentes de tentativas previas, y la cuantificación de las mismas.

**D.- Diagnósticos psiquiátricos:** Utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su 10ª edición (CIE-10).

**E.- Tratamiento actual en algún dispositivo de la Red de Salud Mental:**

Se trata de averiguar si los sujetos están a tratamiento psíquico o lo han estado, en alguno de los dispositivos de la Red de Salud Mental.

### I.2.- APROXIMACIÓN HISTÓRICA

El suicidio es un fenómeno universal que, aunque ha estado presente en todas las culturas y épocas históricas, ha sido enormemente variable la actitud mantenida hacia él en las distintas sociedades, dependiendo de condiciones religiosas, filosóficas e intelectuales de cada momento.

La actitud de los hombres ante la muerte no ha sido la misma a través de los tiempos; cuando un hombre de hoy habla de su muerte piensa que si le fuera dado elegir querría una muerte súbita, sin dolor, equivalente al sueño. Un hombre del medievo estaría aterrado ante esa idea porque, como el padre de Hamlet, moriría "en la flor del pecado"; Por ello preferiría un tiempo de arrepentimiento y de balance de sus deudas con Dios y con los hombres. En las oraciones medievales, que aún se conocen, se reza: "líbranos señor de la muerte repentina".

El primer intento de suicidio del que se tiene referencia se remonta al año 991 a. C. en que el suicida expresa, según el traductor Eymar (1896) en un papiro, de forma poética, su estado depresivo, quizás a nivel psicótico.

Fue Hipócrates, en el siglo IV a. C. en Grecia, el primero en hablar del suicidio en forma de síntomas autodestructivos.

La Historia antigua, como fiel testimonio de tantos hechos, también recoge en su seno el fin de grandes personalidades mediante la autoquiritia; ejemplo de ello lo constituye, el suicidio de Saúl, primer Rey de Israel citado en el Antiguo Testamento, Alejandro Magno, que lo realizó envenenándose y Séneca, abriéndose las venas.

En Oriente, el suicidio fue considerado durante siglos como un acto elogiado, tal y como sucedió con el suicidio masivo de filósofos Confucionistas tras ser incinerados los libros sagrados de Confucio durante la época de la China gobernada por el emperador Chi Koang-Ti (Sarró y de la Cruz, 1991).

El Brahmanismo, creyendo que el alma camina unida al pecado cometido, hasta que no se reúna con el espíritu de Brama, señala el fundamento de algunas formas de suicidio sacro o ritual, como el sutte o sacrificio de las viudas, este ritual fue declarado ilegal por los ingleses en 1829. Los libros sagrados hindúes describen diversas formas de darse muerte voluntariamente, e incluso hoy en día los discípulos de los brahmanes se suicidan frecuentemente (Pellejero y Rego, 1992).

Mientras que en la antigua Grecia el suicidio era considerado de forma ambivalente, en Roma se aceptaba incluso como un hecho de valentía. Al igual que en Grecia, se instituyeron Tribunales de instancia, para escuchar a aquellos que querían quitarse la vida y autorizar el eventual suicidio.

Los esclavos no eran dueños de su vida, por lo que tampoco tenían derecho a suicidarse, de tal forma que si un esclavo se suicidaba tras ser adquirido por otro dueño, éste recuperaba el importe de la transacción, que era abonado por el anterior propietario (Pellejero y Rego, 1992).

En Egipto, los contemporáneos de Cleopatra llegaron incluso a fundar la academia Synapothanuménes, con la finalidad de hallar los métodos más óptimos para conseguir la muerte dulce.

En las antiguas religiones del Norte, el gesto suicida era frecuente, y se pensaba que una muerte violenta podía poner al sujeto directamente al lado de Odín en el Walahalla.

La religión judía por el contrario, censura fuertemente el suicidio. Ya en el viejo Testamento se encuentra el episodio de Sansón, el de Saúl, el de Ahitofel, o el de Abimelech; mientras que en el libro de los Apóstoles se cita el caso de Razis.

La cultura cristiana en sus primeros siglos aceptaba el suicidio en ciertas circunstancias. Esta actitud, se modificó hacia una posición intransigente, que culmina con San Agustín, al sentenciar que cualquier forma de suicidio se sitúa en contra de la Ley Natural, puesto que el que se mata a sí mismo es un homicida; y es tanto más culpable cuanto que se trata de un inocente (Sarró y De la Cruz, 1991).

En Europa los celtas glorificaban a quienes se daba muerte voluntariamente. Silvio Itálico afirmaba que los celtas eran una nación pródiga de su sangre y muy dada a apresurar la muerte. Los pueblos godos creían que quienes fallecían de muerte natural estaban destinados a pudrirse eternamente en antros llenos de animales ponzoñosos (De Boismont, 1856). Por ello, en los límites de las tierras de los Visigodos, había una roca elevada llamada «la roca de los abuelos» desde cuya altura se precipitaban los viejos cuando estaban cansados de la vida.



Es conocida asimismo, la percepción celta de la muerte como tránsito positivo, lo que se reflejaba en la festividad de los funerales y en la gloria del suicidio.

En la Galia, cuando moría un príncipe o un jefe, sus servidores estaban obligados a acompañarle, de forma que los funerales se convertían en sangrientas masacres. En los pueblos que habitaban la península ibérica antes de la llegada de los romanos, especialmente en los íberos, nos han llegado igualmente noticias de suicidios colectivos, como el ocurrido en el sitio de Numancia, o de Sagunto. Asimismo, se tiene constancia de formas de suicidio ritual entre los antiguos habitantes de las Islas Canarias (Fedden, 1972) que se precipitaban desde un monte sagrado para alcanzar la felicidad eterna.

Para Pelicier (1985), lo esencial de la concepción occidental sobre el suicidio se debe a Séneca, quien afirmaba que “no hay necesidad que nos obligue a vivir. El vivir de por sí no es deseable, sino el buen vivir...”.

Con el advenimiento de la Edad Media, surge la condena cristiana al suicidio, bajo el argumento de que sólo Dios puede decidir sobre la vida y la muerte. Resulta ilustrativo que Dante haya ubicado a los suicidas en el séptimo círculo, por debajo de los herejes y los asesinos, bajo la forma de espinos venenosos en cuyas ramas anidan arpías que devoran interminablemente las hojas, como si la violencia que el alma se infligió a sí misma no tuviera fin.

El suicidio en Japón ha sido siempre un fenómeno que ha interesado a los investigadores por su peculiaridad y elevadas tasas, existiendo una forma de suicidio practicado entre los devotos de la divinidad Amidas, mediante el cual se arrojaban al mar o se enterraban vivos (Sarró y De la Cruz, 1991). En la sociedad japonesa el suicidio se relaciona estrechamente con el respeto a la tradición, y en muchas ocasiones se convierte en una sanción autoinflingida por haber faltado a un papel determinado por la sociedad (Pinguet, 1984).

Los actos suicidas en la España de los siglos XVIII y XIX se condenaban porque iban en contra del orden establecido o contra Dios, aunque la pena era menor, si estos actos se debían a la miseria, la enfermedad o la falta de trabajo.

Desde mediados del siglo XIX, los teólogos han conceptualizado el suicidio mas como una tragedia que como un acto incorrecto (Best, 1986), considerando, actualmente, irresponsable en el momento final, a la víctima, que sufriría de un trastorno que la confunde e incapacita para tomar una decisión racional.

La época moderna del estudio del suicidio comenzará con el inicio del siglo XX, con dos líneas de investigación sobre todo: la sociológica asociada a E. Durkheim y la psicológica asociada a S. Freud.

Las teorías psicoanalíticas de Freud (1914) admiten la tendencia autodestructiva (lucha entre los instintos de muerte y los instintos de vida). Para Freud el suicidio era un fenómeno intrapsíquico originado primariamente en el inconsciente y en el que prima la agresividad y la hostilidad hacia sí mismo, que no puede exteriorizarse. La base del suicidio esta en el instinto de muerte.

Las tesis sociológica de Durkheim (1858, 1917) sostenían que las creencias religiosas, los sistemas educativos y la moralidad, evolucionaban a través de una conciencia de grupo total, que ejerce sobre el individuo una determinada presión moral que determina el que las normas de conducta social sean imperativas. Durkheim, en su libro "El Suicidio" (1897), admite tres formas de suicidio:

FORMAS DE SUICIDO	CARACTERÍSTICAS
Tipo Egoísta	Por defectos de integración social, padeciendo aislamiento social y soledad. Su conducta está centrada en sí mismo.
Tipo Anómico	Se produce cuando se rompe el equilibrio entre la sociedad y el individuo; Se da generalmente cuando las sociedades entran "en crisis".
Tipo Altruista	Cuando es el cuerpo social el que dicta el suicidio. Se suele observar principalmente en otras civilizaciones en las que ha sido indicado por el grupo.

Tabla I. Formas de Suicidio según Durkheim (1897)

Durkheim, también se ocupa de analizar si factores ajenos a la sociedad pueden afectar al porcentaje de suicidios, como pueden ser la raza, la temperatura, el clima. A continuación se plantea debido a las similitudes del suicidio con la locura, si el primero puede ser una clase de enajenación mental. Si el suicida fuera un loco, se trataría de una locura parcial y delimitada, es decir, una monomanía. Antiguamente se admitía la existencia de estos fugaces de locura que únicamente afectan a una facultad mental, pero distintos estudios han demostrado que su existencia no es posible por lo que queda desechada esta hipótesis. Una vez descartado este punto queda investigar si todos los casos de suicidios caben dentro de la clasificación de los suicidios vesánicos, es decir saber si el suicidio es un acto típico de los alienados.

### **Resumen:**

En la actualidad, aun cuando el suicidio es un grave problema de Salud Pública, situándose entre las principales causas de muerte, el respeto a la voluntad y a los derechos del individuo ha llevado a considerarlo, nuevamente, como un acto racional de elección entre la muerte y el dolor. Desde esta perspectiva, han aparecido en la sociedad occidental movimientos que defienden "el derecho a una muerte digna" de los pacientes terminales (Ghosh y Victor, 1996).

En España, La Generalitat de Catalunya en 2006 publica el llamado "Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio" en el cual se hace hincapié en la necesidad de que el respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas sea compatible con el progreso científico y técnico.

### I.3.- EVOLUCIÓN TERMINOLÓGICA Y CONCEPTUAL

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, en su vigésima primera edición (1992), define el suicidio como voz formada desde un punto de vista etimológico, a la semejanza de homicidio, de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar a la persona que lo realiza. El diccionario introduce también el concepto de conducta suicida, pues se admite en ella, no sólo la muerte autoprovocada, sino también el concepto de cualquier acción perjudicial para el que la realiza.

El término “suicide” es citado en 1635 en la “Religio Medici” de T.Browne y en el diccionario de Inglés de Oxford en 1651, aunque ya había sido utilizada, aunque de forma minoritaria en el “Biothanatos” de Donne, escrito en 1608 (Álvarez, 1973).

La academia Francesa, inscribe el término “suicide” en 1762 para definir el acto, y en 1798 para designar la persona que comete suicidio (Pelicier, 1985). El diccionario Francés-Español de Cormon (1800), diferencia entre “suicidio” (muerte que uno se da a si mismo) y “suicida” (aquél que se da muerte). En la parte española no aparece la voz suicidio, sino matarse (De las Heras, 1986).

Morselli (1879) en su obra "Il suicidio" define el suicidio como "el acto individual por excelencia". Más adelante, Aquille-Delmas (1932) refiere que el suicidio es una perversión del instinto de conservación. Para Aquille, el suicidio no es una enfermedad, sino un síntoma (Díaz Sastre, 1998).

Durkheim (1897) define el suicidio como "toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo realizado por la misma víctima". Tras esta definición, observa en su argumentación que pueden quedar incluidos los hechos accidentales, así establece la siguiente matización: "Hay suicidio cuando la víctima, en el momento en que realiza la acción, sabe con toda certeza lo que va a resultar de él"

Freud (1917) en su obra *Duelo y Melancolía*, propone que el suicidio consiste en la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado, siendo para Freud el suicidio, un homicidio contra sí mismo.

Ferri (1928), define el suicidio como "la muerte realizada en su contexto por un desarrollo exclusivamente egoísta, con la intención de evitar un mal inminente o creído como tal".

Deshaies (1947), define el suicidio como "el acto de la persona de producirse la muerte como medio o fin, de una manera generalmente consciente, asumiéndola.

Ringel (1953), mantiene que el sustrato psíquico del suicidio y de la tentativa es el mismo, concibiendo estos hechos como la conclusión de una conducta que afecta a toda la personalidad.

Stengel (1961) diferencia entre intento y tentativa de suicidio. En el intento, hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método, no se ha logrado. En la tentativa, conducta parasuicida o comúnmente llamado gesto autolítico, no existe voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. No obstante, hay conductas parasuicidas que han acabado en suicidio consumado.

Schneidman (1985) definió el suicidio como “el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución”.

Esta proliferación de definiciones, obligó a la OMS (1976) a intentar unificar la terminología y a proponer unos términos concretos.

La OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades define el suicidio “como un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y siendo considerado el resultado por el autor como un instrumento para obtener cambios deseables en su actividad consciente y medio social”.

Uno de los problemas que se plantearon fue el concerniente a la terminología, puesto que fueron varios los términos utilizados referentes al suicidio, encontrándonos con algunos como:

Autodestrucción ..... Tabachnick y Farberow (1969)

Autolisis, autoaniquilación ..... Sarró (1983)

Parasuicidio, pseudosuicidio..... Kreitman (1977)

En 1929, Bonger propone la utilización del término “suicidiología”, el cuál es rescatado por Schneidman en 1961 y finalmente aceptado por la American Suicidology Asociation (ASA) en 1969 (De las Heras, 1986).

Kessel (1963), propugna el cambio de terminología, y pide cambiar el término de tentativa de suicidio por “autoagresión deliberada o autointoxicación”

Weissman (1972), realiza la inclusión del suicidio dentro de las conductas autodestructivas, no siendo necesario que la finalidad sea la muerte.

Kastembaum (1976), refiere que “el suicidio es lo que la gente entiende generalmente por suicidio”, por tanto, sería el acto instrumental por las que un sujeto termina intencionadamente con su vida.



Kreitman (1977), utiliza el concepto de parasuicidio con el fin de eliminar la orientación psicológica hacia la muerte y lo define como “acto sin desenlace fatal en el que el individuo de forma deliberada inicia una conducta no habitual, sin intervención de otros, en la que se autolesiona o ingiere sustancias en dosis mayores a las terapéuticas y cuyo objetivo es producir cambios que el sujeto desea por medio de las consecuencias actuales o esperadas de su acción”.

Baechler (1981), propugna como definición “toda conducta que busca y encuentra la solución de un problema existencial en el hecho de atentar contra la vida del sujeto”. Este autor no equipara suicidio a trastorno mental.

Slater y Roth (1986) refieren que la conducta suicida es multicausal, en la que intervienen factores sociales, culturales, biológicos y psicopatológicos, afectando a todas las culturas en mayor o menor grado.

O’Carrol et al. (1996), refieren que después de mucho tiempo, aún no existe una nomenclatura unánime para definir el término, dando lugar a un sinfín de problemas. A modo de muestra se presentan a continuación alguno de los términos utilizados para referirse a las conductas suicidas tomada de Díaz et al. 1997:

Referidos a los actos	Intento o tentativa de suicidio. Acto suicida. Suicidio ampliado u homicidio-suicidio. Suicidio doble o pactos suicidas. Suicidio colectivo.
Referidos a los actos suicidas según el resultado	Suicidio, autolisis, autodestrucción o autoaniquilamiento. Tentativa o intento de suicidio. Parasuicidio, autoenvenenamiento (autointoxicación) o autolesión.
Referidos a actos con riesgo lesivo potencial sin intención suicida	Parasuicidio. Autoenvenenamiento. Autolesión. Autodaño. Pseudosuicidio. Gestos suicidas. Suicidio fingido. Conducta autodestructiva indirecta crónica. Equivalente suicida.
Referidos a sujetos o poblaciones que presentan dichos actos	Suicidio. Tentativa de suicidio. Parasuicidio.
Referidos a sujetos con potencialidad para dichos actos	Suicida. Presunción.
Referidos a actos o aspectos psicológicos en sujetos con potencialidad de actos suicidas	Síndrome presuicida. Suicidalidad o tendencia suicida. Autodestructividad. Lógica suicida. Ideación suicida.

Tabla II. Términos utilizados para referirse a conductas suicidas (Díaz et al. 1997).

Baca et al (2000a) resumen el estado actual de la conceptualización de las conductas suicidas, manifestando que su definición, criterios y clasificación aún no está clara todavía, y es preciso distinguir tres grandes grupos:

- 1.- Ideación suicida
- 2.- Conductas relacionadas con el suicidio
- 3.- Suicidio consumado

Constatando que las mismas forman parte de un conglomerado de conductas autolesivas, cuyo núcleo principal es la intención de auto provocarse la muerte.

Por ello, la OMS (1969) propone los siguientes términos:

ACTO SUICIDA	Todo hecho por el que un sujeto se causa lesión a sí mismo, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento.
INTENTO DE SUICIDIO	Acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.
SUICIDIO	Muerte resultante de un acto suicida

Tabla III. Terminología propuesta por la O.M.S. (1969)

El Instituto Nacional para la Salud Mental de EE.UU (1971), propone para los sujetos con “conductas suicidas” una clasificación basada en tres aspectos:

- 1.- Sujetos con ideación suicida
- 2.- Sujetos con tentativa suicida
- 3.- Sujetos que cometían suicidio

Posteriormente, el Comité de Nomenclatura y Clasificación de la OMS (1976), distingue tres categorías:

- A) Suicidio consumado o completo
- B) Intento de suicidio (acto que ocasiona injuria física, pero sin ocasionar la muerte.
- C) Ideación suicida (ideas o gestos que indican una pérdida del deseo de vivir, pero sin ocasionar injurias físicas).

Sánchez y Arroyo (1979), proponen una diferenciación de los sujetos con intentos de suicidio. Por una parte estarían los individuos jóvenes, mayoritariamente mujeres, que viven en núcleos urbanos, utilizando psicofármacos y que la finalidad es la llamada de atención, con lo que se demuestra la ausencia de voluntad real de morir. Por otra parte, estarían los sujetos de mayor edad (> 35 años), varones, que utilizan métodos suicidas más letales (venenos, ahorcamientos, etc.) con una clara intencionalidad suicida, llegando a la consumación, mas frecuentemente que el grupo anterior.

A este respecto, otros autores han establecido las diferencias entre los sujetos que se suicidan y los que lo intentan, así:

Díaz y Pedregal (1994); Soto y Otazo (1995), definen en sus investigaciones al “suicida” como un hombre sin pareja estable, de edad avanzada (involutiva-senil) (Fernández e Hinojal, 1991) y que utiliza el método del ahorcamiento principalmente; siendo agricultor y jubilado principalmente y con antecedentes psiquiátricos (Trastornos afectivos o Esquizofrenia).

Las tentativas de suicidio tendrían como perfil el de una mujer joven (< 30 años), soltera, estudiante o ama de casa, la cual elige generalmente la utilización de fármacos con pocas probabilidades de éxito y que suele estar diagnosticada de Trastorno adaptativo (F-43.2, CIE-10).

Mann (1987), resume en la siguiente tabla las características de estos dos grupos reseñados:

<b>TIPO “PARASUICIDIO”</b>	<b>TIPO “SUICIDIO FRUSTRADO”</b>
Más jóvenes	Mayores
Mujeres	Varones
Conflicto interpersonal	Conflicto intrapersonal
Actos impulsivos	Actos planeados
Comunicación con otros	Aislamiento de los demás
Método de baja letalidad	Método de alta letalidad
Intencionalidad baja/moderada	Intencionalidad moderada/alta
Alta probabilidad de ayuda	Baja probabilidad de ayuda
Mayor hostilidad	Menor hostilidad
Mayor psicopatología del carácter	Menor psicopatología del carácter

Tabla IV.- Tipos de tentativas de suicidio (Mann, 1987)

### I.4.- CLASIFICACION DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

Desde que en el siglo XIX autores como Jousset y Moreau de Tours (1875) y Durkheim (1897) realizasen una clasificación de las conductas suicidas, muchos han sido los autores que han hecho referencia a la clasificación del suicidio. Con anterioridad al siglo XIX, las conductas suicidas fueron clasificadas en función de la perspectiva que se tuviera al respecto en ese momento, aunque con relativa utilidad clínica.

Cronológicamente, las clasificaciones que más destacaron han sido las siguientes:

Jousset y Moreau de Tours (1875), clasificaron las conductas suicidas en 4 tipos diferentes, a saber (González y Ramos, 1997):

- 1.- Suicidio maniático: secundario a concepciones de tipo delirante.
- 2.- Suicidio melancólico: relacionado con estado general de depresión.
- 3.- Suicidio obsesivo: debido a una idea fija de muerte.
- 4.- Suicidio Impulsivo o automático: como resultante de una brusca e irresistible impulsión.

Dukheim (1897) clasifica los suicidios vesánicos, tomando como referencia las reglas de Jousset y Moureau de Tours, en:

- 1.- Suicidio maniático: producido como consecuencia de alucinaciones o de concepciones delirantes.
- 2.- Suicidio melancólico: la idea del suicidio nace de estados de extrema depresión en los que el individuo deja de apreciar los vínculos que le unen con la vida.
- 3.- Suicidio obsesivo: la idea del suicidio es similar a un instinto, la idea fija de la muerte se va apoderando del individuo.
- 4.- Suicidio impulsivo o automático: carece de razón tanto en la realidad como en la imaginación del sujeto

Tras esta clasificación, Durkheim descarta que estos tipos engloben todos los suicidios, por lo tanto queda también descartado la hipótesis de que el suicidio nazca de la locura ya sea esta transitoria y duradera. Un porcentaje alto de suicidios son deliberadamente preparados y además no son fruto de alucinaciones.

Duché (1964), teniendo en consideración la intencionalidad suicida, los clasifica en:

- 1.- El suicidio como huída
- 2.- El suicidio como búsqueda de ayuda
- 3.- El suicidio como llamada de atención
- 4.- El suicidio en sentido estricto



Beck et al. (1974), tienen en consideración aspectos tales como la certeza del acto, la letalidad, la intención de muerte, las circunstancias facilitadoras y el método elegido, y las clasifican en tres categorías:

- 1.- Ideas de suicidio
- 2.- Intento de suicidio
- 3.- Suicidio completo o consumado

Baechler (1981), contempla 4 tipos diferentes de suicidios, y los clasifica en:

- 1.- Suicidio escapista
- 2.- Suicidio Agresivo
- 3.- Suicidio Oblativo
- 4.- Suicidio Lúdico

Giner et al. (1982), refieren cuatro tipos de conducta suicida:

- 1.- Pseudo-intento de suicidio
- 2.- Intento de suicidio
- 3.- Suicidio frustrado
- 4.- Suicidio consumado

Menninger (1983), en función de la destructividad que se pretenda, clasifica los clínicamente los suicidios en:

- 1.- Suicidio agudo (tentativa o suicidio consumado)
- 2.- Suicidio atenuado
- 3.- Suicidios crónicos o parciales

Lester (1990), refiriéndose a Litman, cita la clasificación de éste último, el cual describe las conductas suicidas en función de la edad o psicopatología presente, incluyendo:

- 1.- Perturbado abandonico
- 2.- No perturbado abandonico
- 3.- Perturbado marginado
- 4.- Masoquista maligno
- 5.- Violento
- 6.- Depresivo maduro
- 7.- Adolescente conflictivo
- 8.- Adolescente depresivo
- 9.- Psicótico borderline caótico
- 10.- Anciano no perturbado

Mann y Arango (1992), con respecto a los intentos de suicidio, hacen una diferenciación entre:

- 1.- Conducta autodestructiva: en la cual no existe intención de suicidio.
- 2.- Intento de suicidio: conducta autolesiva con intención de acabar con la vida.
- 3.- Parasuicidio o gesto suicida, en el cual no existe riesgo vital y esta caracterizado por la impulsividad y métodos poco letales.
- 4.- Suicidio fallido: planes detallados y métodos altamente letales.

Diekstra (1993), hace una aportación de criterios operativos en la distinción entre:

- 1.- Tentativa de suicidio
- 2.- Parasuicidio
- 3.- Suicidio

Díaz et al. (2004) tomando como referencia a Hyman, sugieren, como clasificación a nivel de práctica cotidiana, que el fenómeno suicida se puede presentar de varias formas para el médico:

Muerte atribuida a suicidio o sospechosa de deberse a suicidio.

Sujetos que sobreviven a una tentativa suicida.

Sujetos que consultan por ideas o impulsos suicidas.

Sujetos que consultan por otras causas pero que admiten tener ideas o impulsos suicidas.

Sujetos que niegan intencionalidad suicida pero cuyo comportamiento parece mostrar potencialidad suicida para el observador o para los allegados.

### **Resumen:**

Los orígenes y significado que se atribuyen al suicidio y a los comportamientos suicidas hemos visto que han sido múltiples y variados, entendiendo en la actualidad por suicida: todo aquel comportamiento que busca y encuentra una solución a un problema existencial mediante un acto que atenta contra la propia vida del individuo.

Acto suicida: es el hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida.

Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

Ideación suicida: cuando el individuo persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio.

### **I.4.- FACTORES DE RIESGO SUICIDA**

#### **I.4.1.- FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS:**

##### **I.4.1.1.- EDAD:**

Está demostrado fehacientemente que la incidencia de tentativa de suicidio es mayor entre los jóvenes, calculándose que el grupo de edad con mayor afectación es el comprendido entre los 18 y los 30 años de edad (Weisman, 1974; Milla, 1984; Rojas, 1984; Bertran et al. 1984; García-Macia et al. 1984), llegando a alcanzar una tasa tres veces por encima de la de la población general (Alonso Fernández, 1985).

La mayoría de los autores que han estudiado las conductas suicidas refieren que durante el período de la adolescencia es cuando mayor número de tentativas suicidas se realiza (Dotzaver et al. 1963; Rueggsegger, 1964; Poldinger, 1969; Bancroft y Marsack, 1977), aunque estas tentativas suelen ser calificadas como “menos graves” Gimenez et al. (1983), aunque con un mayor componente de violencia y agresividad que las realizadas en otras edades (Tardiff, 1981; Inamdar et al. 1982).

El WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide pone de manifiesto como las tasas más elevadas de conductas parasuicidas se dan en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 24 años en el caso de las mujeres, seguido por el grupo de 25-34 y de 35-44 años. Para los hombres, las tasas más elevadas se dan en el grupo de 25 a 34 años, seguido por el de 35-44 y los jóvenes de 15-24 años.

Los datos procedentes del National Center of Health Statistics (1996) ponen de manifiesto unos ratios de tentativas de suicidio en los grupos de jóvenes que oscilan en torno a 1:10 suicidio/parasuicidio, mientras que en los grupos de edad avanzada se sitúan en torno a 1:2.

El grupo de edad de 15 a 30 años, es el de máximo predominio en las mujeres igualándose las tasas con el aumento de la edad, siendo similar por encima de los 50 años (García Maciá et al. 1984). Estos datos son apoyados por los obtenidos por Seguí (1989), Villasana et al. (1990), Soto et al. (1991), Micol et al. (1993), Cocaña et al. (1994, 1995, 1999).

Hawton y Catalán (1992) afirman que la tentativa de suicidio es más frecuente entre las mujeres en el grupo de edad de 15 a 19 años, disminuyendo la incidencia, tanto en hombres como en mujeres, después de los 60 años.

En Asturias, Carbajosa et al. (1980) llevan a cabo un estudio acerca de tentativas de suicidio y encuentran las tasas más altas entre los 15 y los 20 años para las mujeres y en torno a los 20 años en los varones.

### I.4.1.2.- SEXO:

Al abordar el factor sexo en las conductas suicidas se debe hacer una clara distinción entre el suicidio consumado y las tentativas suicida. En el primero de los casos, en la totalidad de los estudios realizados, los datos aportados son concluyentes: en los varones, la tasa de suicidios consumados es más elevada que en las mujeres, no obstante esto, la proporción hombre/mujer va a variar en función de los países, así por ejemplo, en los países Europeos la proporción se sitúa en torno a 3 hombres por mujer. En los países asiáticos, esta proporción disminuye hasta situarse en 1.3 y en los países americanos, se eleva hasta 4.1.

Parece estar consensuado que las tentativas de suicidio son más frecuentes entre las mujeres que en los varones. La distribución por edades para las tentativas es según el estudio multicéntrico WHO/EURO más elevada para las edades comprendidas entre los 15 y los 34 años, siendo las tasas más bajas para los mayores de 55 años (Fernández, 1994).

La razón entre mujeres y varones si sitúa en torno a 3:1 (Lester, 1972; Schneidman, 1976; Gázquez y Benavente, 1983). En cambio otros autores señalan una proporción de 2:1 (Weissman, 1974; Auxina y Anguera, 1975; Cocaña, 1999).

En el estudio WHO/EURO sobre población europea se obtiene una relación mujer/hombre de 1,5:1 siendo más frecuentes entre las mujeres para todos los grupos de edad. Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados.

Datos procedentes de otros continentes insisten en la mayor prevalencia de intentos de suicidio entre las mujeres, con una relación mujer/hombre de 1:8 en Nueva Zelanda (Ministry of Health, 2003) y de 3:0 en Estados Unidos, (Miniño et al. 2000).

En España, la proporción entre mujeres y hombres tiende a igualarse, en lo que a intentos de suicidio se refiere, pasando de una proporción de 1:9 a favor de las mujeres en la década de los 70, a 1:2 en la actualidad (Tejedor et al. 1999).

### **I.4.1.3.- ESTADO CIVIL:**

Existe una total convicción entre los diferentes investigadores en que este tipo de conductas son más frecuentes en personas sin una estructura familiar estable (solteras, separadas, divorciadas, viudas) (Amaro et al. 1981; Martí, 1983; Rojas, 1984).

Durkheim, (1897), ya consideraba el hecho de tener pareja como un factor de protección de la estructura familiar, entendiendo esta, como el grupo completo formado por padre e hijos; puntualizando que como la pareja son miembros de ella, contribuyen también a producir este resultado, solo que no como marido y mujer, sino como padre o madre, como elemento de asociación familiar. La desaparición de uno de ellos (muerte, separación, etc.) acrecienta el riesgo de matarse del otro, porque de ello va a resultar una perturbación para la familia, cuyo superviviente sufre el golpe.



En EE.UU., se refieren tasas de suicidio dos veces superiores entre las personas solteras que en las casadas, y si se tiene en cuenta el estado de viudedad y divorcio, las tasas si sitúan entre 3 y 5 veces superiores respectivamente (González et al. 1997). No obstante, en España, Díaz Sastre (1998) en su estudio realizado en la Comunidad de Madrid sobre intentos de suicidio, encuentra que el estado civil más frecuente era el soltero, seguido de casado, separado y viudo

Si relacionamos edad y estado civil, encontramos que las tasas más elevadas se dan en mujeres jóvenes o adolescentes, tanto solteras como divorciadas y de edades comprendidas entre los 25 y 35 años de edad, mientras que en los varones, la edad se situaría entre los 30 y 40 años de edad (Bancroft et al. 1977; Platt et. al 1992). Cuando se produce una tentativa de suicidio en personas con pareja estable, es frecuente una reciente ruptura de la pareja por separación ó divorcio (Cocaña, 1997).

Carbajosa Menéndez et al. (1981), encuentran las tasas de tentativas más elevadas en personas solteras, aunque sólo en el grupo de las mujeres relatan la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la relación estado civil-sexo.

Villasana et al. (1990) y Vizán Ferrero (1994) encuentran entre los solteros tasas superiores de tentativas de suicidio, estando estos representados en un porcentaje superior al 50% de la muestra.

Con respecto a los suicidios consumados, las tasas más elevadas corresponden a sujetos viudos o divorciados, a diferencia de los intentos de suicidio en los que aunque no se han encontrado demasiadas diferencias si parece estar demostrado que entre los solteros las tasas son ligeramente más elevadas (Farberow y Shneidman, 1969), teniendo en cuenta que la población que realiza tentativas son en su mayoría población joven, y por ende, la mayoría de ellos no han formado pareja.

En el Estudio Multicéntrico Europeo sobre tentativas de suicidio (Schmidtke et al. 1996) se intenta separar el efecto de la edad sobre el estado civil, llegando a la conclusión, de que a pesar de la influencia de la edad sobre el estado civil, los solteros y los divorciados se encuentran sobre representados en las conductas suicidas.

Los datos sobre el estado civil de los sujetos que acuden a los servicios de urgencia de los hospitales por tentativa de suicidio varían en función de la edad y el sexo, así, las mujeres adolescentes y jóvenes, tanto solteras como divorciadas y los varones solteros de edades comprendidas entre los 30 y 40 años, son los que más frecuentemente lo intentan (Soto y Ruiz, 1995; Cosar et al. 1997; Franco Martín et al. 1997; Gallego et al. 1999).

### I.4.I.4.- ESTATUS SOCIOECONOMICO:

El INEM (Instituto Nacional de Empleo), divide a la población en tres grupos: desempleada, activa e inactiva (la cual incluye amas de casa, jubilados y estudiantes). La mayoría de los estudios demuestran la relación existente entre desempleo y conducta suicida. En este tipo de relación, se consideran como hechos básicos las consecuencias sociales y psicológicas (Sáiz et al. 1997).

Klerman (1987) hace referencia a la situación de desempleo como un factor de riesgo de conducta suicida y haciendo énfasis en la elevación de este tipo de conductas en EE.UU entre los años 1939 y 1932 coincidiendo con la gran depresión económica acaecida en esas fechas.

Para otros autores (Platt y Kreitman, 1984; Hawton y Rose, 1986; Fernández Pol, 1986) existe una clara asociación entre tentativa suicida y situación de desempleo. No obstante, hay autores que no han encontrado diferencias significativas en esta asociación (Furness et al. 1985; Nielsen et al. 1990).

En España, García Maciá (1984) refiere porcentajes del 36% de tentativas suicidas en personas en situación de desempleo reduciéndose este porcentaje a menos de la mitad en sujetos con contratos de trabajo eventual.

Platt (1986) revisa varios estudios sobre la proporcionalidad entre desempleo y tentativa suicida y obtiene una relación elevada al compararlo con la población general, siendo más elevada en las mujeres que en los varones. Concluye diciendo que si bien no estaba del todo clara la relación entre desempleo y conducta suicida, lo que si parecía un hecho evidente es que la falta de trabajo puede actuar como favorecedora de la crisis suicida en personas vulnerables.

No obstante, otros autores encuentran un mayor nivel de ocupación en el grupo de tentativas, y de paro en el grupo control, es decir, no hallan una relación entre desempleo y tentativa (Seguí, 1989; Nielsen et al. 1990).

Las consecuencias psicológicas y sociales son hechos básicos en la conducta suicida (González García-Portilla et al. 1997).

Fernández, (2001), en su estudio sobre características de las conductas suicidas llevado a cabo en el área de Gijón, refiere un 58% entre tentativas e ideación suicida entre los sujetos en situación de desempleo, y un 87% entre el grupo de inactivos.

### I.4.1.5.- MEDIO GEOGRÁFICO:

Con respecto al medio geográfico, se puede decir, a nivel general, que las tasas de conductas suicidas son superiores en el medio urbano, tanto para los suicidios consumados como para las tentativas (Durkheim, 1898), aunque parece existir el convencimiento de que en las ciudades existe un mayor número de tentativas aunque de menor letalidad que en las zonas rurales, siendo esto debido a un mejor acceso a la estructura sanitaria existente en las zonas urbanas (Tejedor et al. 1998).

Este fenómeno podría ser explicado desde la perspectiva de la calidad de vida, puesto que en las zonas rurales los sujetos gozan de unas peores condiciones de vida, influyendo en las mismas el aislamiento social en el que se ven inmersos los mismos (González et al. 1997).

Es también notorio como en aquellas zonas urbanas con existencia de áreas marginales, las tasas de conductas suicidas en estas, son mas elevadas que en las zonas residenciales, y no por el hecho de que la pobreza sea un factor determinante, sino porque en las áreas marginales de las urbes están asentados grupos poblacionales con problemas adaptativos, drogodependencias, delincuencia, etc. (Morgan et al. 1975; Gibbons et al. 1978).

En Asturias, Carbajosa et al. (1981) realizan un estudio sobre las conductas suicidas en el Principado de Asturias y refieren como un 76% de las tentativas suicidas fueron llevadas a cabo en el medio urbano, frente al 24% restante que fueron realizadas en el medio rural.

Cocaña (1999) en su estudio sobre los factores de riesgo de la conducta parasuicida, encuentra que un 75,6% de los sujetos residían en el medio urbano, frente al 24,4% que residían en el medio rural.

Fernández (2001) refiere un porcentaje del 93% en el grupo de tentativa de suicidio y de un 94% en el grupo de ideación suicida que resid en el medio urbano.

### **I.4.1.6.- HORA, DIA Y, MES DE LA CONDUCTA:**

El intervalo comprendido entre la tarde y la noche es para la mayoría de los investigadores el horario de mayor riesgo suicida, existiendo para algunos (Franco Martín et al. 1997; Francisco Gallego et al. (1999) una correlación entre conducta suicida y patología psíquica diversa (trastorno de personalidad, neuróticos, pacientes dependientes de alguna sustancia tóxica, etc).

Con respecto al día de la semana, la mayor frecuencia de tentativas de suicidio se produce en domingo (Ho et al. 1998; Jessen et al. 1999). En pacientes ingresados por tentativas suicidas, los autores españoles encuentran los fines de semana como los días más frecuentes para la realización de la tentativa (Franco Martín et al. 1997; Francisco Gallego et al. 1999).

El influjo de factores tanto climáticos como estacionales en la conducta suicida es algo perteneciente a las creencias populares, sin embargo, Durkheim demostró que los factores climáticos en absoluto influían en las conductas suicidas, no obstante, si encontró relación entre factores estacionales y suicidio.

Para la mayoría de los autores, las tasas de tentativas suicidas son más bajas en los meses de invierno, incrementándose hasta la primavera y con picos en Mayo y Junio (Francisco Gallego et al. 1999).

En el Estudio Multicéntrico Europeo esta distribución estacional sólo es observada en las mujeres (Jessen et al. 1999), aunque en culturas diferentes los picos de tentativas de suicidio ingresadas se ven en los meses de junio, agosto y septiembre (Ho et al. 1998).

Con la llegada de la primavera, Francisco Gallego et al. (1999), encuentran, tasas de tentativas, más elevadas que en otras épocas del año siendo coincidentes en este aspecto con Durkheim, aunque otros autores (Sarró y De la Cruz, 1991) no consiguen establecer esta relación.

Cocaña (1999) encuentra que los meses de Junio, Enero y Julio eran los más frecuentemente citados por los pacientes parasuicidas para realizar el acto suicida (14,6 %, 11,4 % y 10,6 % respectivamente).

### I.4.1.7.- MÉTODO UTILIZADO:

En la elección del método van a depender varios factores (edad, sexo, condiciones socioculturales y mayor o menor accesibilidad por parte del sujeto) (Díaz, 1990; Sarró y De la Cruz, 1991, Gracia y Rodríguez, 1991).

Para el suicidio consumado se utilizan con mayor frecuencia métodos tradicionalmente violentos y de mayor letalidad, en tanto que la intoxicación medicamentosa con uno o más fármacos asociados a veces al consumo de alcohol, es más usual en las tentativas (Sarró y De la Cruz, 1991).

El tipo de sustancia medicamentosa, tanto para los suicidios como para las tentativas, parece ser las mismas, encontrándose la diferencia en la cantidad, más que en el tipo de sustancia elegida para el autoenvenenamiento. Así, en las conductas suicidas con resultado de muerte, la cuantía de sustancia implicada es más elevada que en los parasuicidios (Neeleman y Wessely, 1997).

La mayoría de autores coinciden en aseverar que el método elegido con mayor frecuencia en ambos sexos, son los psicofármacos, llegando a constatarse que entre un 60 a un 90% de las tentativas son llevadas a cabo por este método (Auxina y Anguera, 1975; Kovacs et al. 1975; Sarro, 1981; Villasana et al. 1990; Bland et al. 1994; Schmidtke et al. 1996; Vieta et al. 1992; Cocaña, 1999; Fernández, 2001; Baca-García et al. 2004).



Con referencia a edad y sexo, los métodos más utilizados por los varones suelen ser más violentos y los menos cruentos son los preferidos por las mujeres.

En el medio urbano, el método mayoritariamente elegido para las tentativas es la intoxicación medicamentosa (Schmidtke et al. 1996; Hawton et al. 1997; Álvarez Menéndez et al. 1997; Francisco Gallego et al. 1999; Cocaña, 1999) tanto en hombres como en mujeres, mientras que en el medio rural el método predominante es la sofocación o la precipitación, por lo que se convierte en un método generalmente más letal (Alem, 1973).

### **1.4.1.8.- REPETICIÓN DE LA TENTATIVA SUICIDA**

Las tentativas de suicidio suelen mostrarse iterativas (Feinstein y Plutchit, 1990). Algunos autores refieren que cuando se produce un primer intento autolítico antes de los 25 años de edad, la repetición se hace casi inevitable (Nyman y Jonson, 1986).

Durante el primer año, especialmente los primeros seis meses, es el período de mayor riesgo para la repetición de la tentativa (Hawton y Catalan, 1992), mientras que para otros investigadores la repetición ocurre más frecuentemente dentro de los tres primeros meses (Bancroft y Marsach, 1977).

Sarró et al. (1979) refieren que un 10% repiten la tentativa a las pocas horas, otro 10% antes de la primera semana, un 21% en el transcurso de unos meses y otro 19% al cabo de unos años.

Bousoño et al. (1995), establecen en base a sus datos un perfil de alto riesgo de repetición de la tentativa suicida, caracterizado por edad superior a los 25 años, presencia de niveles altos o moderados de distrés psicológico, puntuaciones elevadas en las escalas de Hamilton de ansiedad y depresión, historia previa de trastorno psiquiátrico y tratamiento psiquiátrico previo.

Ribes, J. (1995) realiza un estudio epidemiológico de las tentativas de suicidio en la ciudad de Valencia y su área metropolitana, encontrando que el 13 % de los pacientes realizaron una repetición de la tentativa, produciéndose ésta principalmente en el primer trimestre del primer año tras la tentativa.

Menéndez (2003) estudia el perfil evolutivo de los parasuicidios en la Isla de Tenerife y refiere que el sexo mujer aparecía como factor de riesgo para la repetición de la tentativa.

Zahl et al. (2004) estudian la repetición de la autolesión deliberada y del riesgo subsecuente de suicidio a largo plazo de 11583 pacientes y encuentran que el 39% de los sujetos repitieron la tentativa, incrementándose el riesgo de suicidio más con la repetición de episodios múltiples en mujeres jóvenes.

Pastor (2004) estudia los intentos de suicidio atendidos por un servicio de urgencias extrahospitalarias en la Provincia de Ciudad Real y encuentra que un 27,8% intenta el suicidio antes de los 3 meses tras el alta.

### **1.4.2.- TRASTORNOS PSÍQUICOS Y CONDUCTA SUICIDA**

Si se tiene en consideración de que más del 90% de los sujetos que se suicidan presentan un trastorno psiquiátrico, podemos afirmar una clara correlación entre conducta suicida y enfermedad psíquica. Los diagnósticos más representados son: Trastornos afectivos (64%), Alcoholismo (15%), Esquizofrenia (3%), y T. Neuróticos (3%) (Barraclough et al 1974).

A mediados del siglo XIX, DeBoismont afirmaba que el que se suicida es un desdichado o un loco. Actualmente, se considera que la enfermedad mental es una condición necesaria aunque insuficiente para el suicidio (Rich et al. 1986).

Tanney, (1992), considera que los sujetos con trastornos mentales tienen antecedentes de tentativa de suicidio en un 6,7% de los casos.

Una alta proporción de sujetos con Trastorno Mental han realizado tentativas de suicidio (Barber et al. 1998), y por el contrario, en los pacientes con conductas suicidas existe una alta prevalencia de trastorno mental (Hinojal y Rodríguez, 1986; Bousoño et al. 1995 y 2001; Franco Martin et al. 1997), a pesar que pueda pasar desapercibida en los servicios de urgencias (Suominen et al. 1999).

Ferreira et al. (1998) encuentran que un 96% de los sujetos que habían realizado alguna tentativa suicida, presentaba, al menos un trastorno mental codificado en el Eje I (DSM-III-R), y uno o más trastornos en el Eje II eran identificados en el 44% de los casos.

Beautrais, (1996) realiza un estudio en pacientes con antecedentes de tentativas suicida y comprueba que el 90% de los mismos presentaban algún diagnóstico psiquiátrico, predominando los trastornos afectivos.

Los diagnósticos más frecuentes en tentativas suicidas de adultos son los trastornos distímicos, trastornos de personalidad y abuso de sustancias (Tanney, 1992).

Jiménez (2003) realiza un estudio de las tentativas autolíticas atendidas en el área sanitaria de Talavera de la Reina durante un periodo de 9 años y encuentra que los diagnósticos más comunes fueron los trastornos adaptativos, depresión y trastornos de la personalidad..

Menéndez (2003) estudia el perfil evolutivo de los parasuicidios en la Isla de Tenerife y refiere que los repetidores de conductas suicidas presentaban mayor morbilidad psiquiátrica, sobre todo cuadros depresivos.

Martín (2004) estudia el perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa de la Comunidad de Madrid y encuentra que el diagnóstico que se daba con mayor frecuencia, era el de trastorno de adaptación (41,9%) de los casos, seguido de los trastornos de personalidad (17,6%). Como diagnóstico secundario, el más frecuente era el de dependencia alcohólica (4,4%).

Polewska et al. (2005) realizan un estudio prospectivo de 5 años en sujetos con historia de tentativas suicidas previas en Cracovia y encuentran que el alcoholismo y la depresión eran los diagnósticos más frecuentes en los varones.

### **I.4.2.1.- TRASTORNOS AFECTIVOS:**

Los pacientes que presentan algún tipo de trastorno del humor tienen un riesgo de suicidio treinta veces mayor que la población general. A nivel global, los estudios prospectivos en pacientes deprimidos destacan que un 15% de estos pacientes se suicidan (Guze y Robins, 1979).

Hagnell et al. (1982), realizan un estudio prospectivo de una cohorte de 3563 sujetos y refieren un riesgo de suicidio en pacientes deprimidos casi ochenta veces superior al del conjunto de la población estudiada.

Gracia et al. (1992), refieren que la patología más frecuente encontrada por todos los autores es todo el espectro de los trastornos afectivos.

Cocaña (1999) en su estudio sobre los factores de riesgo de la conducta parasuicida, encuentra que un 73,1% de los sujetos estudiados referían un diagnóstico de Trastorno Afectivo.

Fernández (2001) estudia las características de las conductas suicidas en pacientes ingresados en una unidad psiquiátrica y refiere que un 30,6% de los varones tenía como diagnóstico (CIE-10) Trastorno Afectivo, en tanto que en las mujeres, este porcentaje era del 37,5%.

Menéndez, M.E. (2003) estudia el perfil evolutivo de los parasuicidios en la Isla de Tenerife y refiere que los repetidores de conductas suicidas presentaban mayor morbilidad psiquiátrica, sobre todo cuadros depresivos.

Doshi et al. (2005) estudian las consultas por tentativa de suicidio en el Departamento de Emergencias de un Hospital Nacional durante el período 1997 a 2001 y refieren que el diagnóstico más frecuente eran los Trastornos del humor (34%), seguidos del abuso de alcohol (16%).

Sudhir et al. (2006) estudian las características de personas con elevados intentos suicidas admitidos en un Hospital general y refieren que el diagnóstico psiquiátrico más prevalente fueron los Trastornos del Humor.

### **I.4.2.2.- TRASTORNOS DE PERSONALIDAD:**

Los trastornos de la personalidad constituyen una importante causa de conducta suicida. De ellos, son muy frecuentes en los trastornos límite, histriónicos, dependiente, narcisista y antisocial. Se asocian más a las tentativas de suicidio que a los suicidios consumados.

Allenbeck (1988) realiza una revisión y encuentra que la existencia de un trastorno de la personalidad triplica el riesgo de tentativa de suicidio.

Soloff (1994), refiere que el trastorno límite de la personalidad se halla asociado a un 33% de los suicidios consumados y si se une a las tentativas, el porcentaje se elevaría hasta el 55%.

Mehlum (1994), considera que el trastorno límite de la personalidad sería el equivalente de la personalidad suicida.

En una revisión realizada por Koldobsky (1996), llega a la conclusión de que el índice de suicidios en los trastornos límite de la personalidad se sitúa entre el 3-9%.

Jhonsson (1996) anota como factores de riesgo de repetición de tentativa el ser joven y el trastorno de la personalidad.

Martín, B. (2004) estudia el perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa de la Comunidad de Madrid y encuentra que el diagnóstico que se daba con mayor frecuencia, era el de trastorno de adaptación (41,9%) de los casos, seguido de los trastornos de personalidad (17,6%).

### **I.4.2.3.- TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS:**

Miles (1977), en su revisión sobre condiciones de predisposición al suicidio, argumenta que desde el punto de vista epidemiológico las cifras son realmente dispares, oscilando estas desde un 3 hasta un 18%, atribuyéndose esta dispersión, más a cuestiones metodológicas que a verdaderas diferencias.

Roy (1986), refiere que el riesgo de suicidio entre esquizofrénicos supera al del resto de las patologías psiquiátricas, llegando casi a igualarse a los trastornos afectivos, siendo las cifras entre el 18 y el 55% respecto a los intentos suicidas, y del 10 al 15% para los suicidios consumados.

Para Mortensen et al. (1993), el suicidio es la principal causa de muerte prematura entre los pacientes esquizofrénicos, constituyendo el motivo más frecuente de muerte entre los pacientes jóvenes (50% en hombres y 35% en mujeres).



Las conductas autodestructivas han venido considerándose como conductas propias de estados mentalmente perturbados, atribuyéndose más de la mitad de los suicidios a la última manifestación psicopatológica de diversas enfermedades psiquiátricas (Rodríguez Martínez, 1997).

### **I.4.2.4.- CONSUMO DE ALCOHOL Y ABUSO DE SUSTANCIAS:**

El abuso de sustancias, principalmente el alcohol y en menor medida otras drogas, se ha asociado con frecuencia a la conducta suicida, tanto como factor de riesgo, así como factor precipitante de la misma.

Para Goodwin (1983), el abuso de alcohol es más frecuente entre los sujetos que realizan tentativas de suicidio que entre aquellos que llegan a consumir el suicidio.

Los consumidores de sustancias de abuso tóxicas, presentan un riesgo de conducta suicida 12 veces superior al de la población general (Frances et al. 1986) siendo el abuso de alcohol un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios.

Brent et al. (1988), asocian el consumo de alcohol con determinadas formas de suicidio, siendo las armas de fuego las de mayor frecuencia.

Para Blumenthal (1990) la incidencia de suicidio entre consumidores de sustancias tóxicas es 20 veces la de la población general, siendo entre estas, el alcohol después de los trastornos afectivos el segundo factor de riesgo de suicidio.

Roy et al. (1990) estudian la asociación entre intento de suicidio y consumo de alcohol y encuentran en un 19% de los alcohólicos estudiados, antecedentes de tentativa de suicidio.

Ghosh y Victor, (1996) señalan que la desinhibición junto a una alteración de la capacidad de juicio puede conllevar comportamientos de riesgo como las autolesiones y las sobredosis.

La intoxicación alcohólica puede ser en ocasiones una intoxicación deliberada con el fin de suicidarse, aunque por lo general suele ser consumido previamente a la tentativa, lo que facilita el impulso suicida (Weissman, 1974; Morgan et al. 1975a; Millá Santos, 1984; Kotila, 1989).

Martín, B. (2004) estudia el perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa de la Comunidad de Madrid y encuentra que el diagnóstico secundario, que se daba con mayor frecuencia era el de dependencia alcohólica (4,4%).

### **Resumen:**

Las razones por las cuáles una persona intenta quitarse la vida son múltiples. De hecho, a lo largo de la historia se han propuesto diferentes explicaciones, basadas en otros tantos modelos psicológicos y socioculturales y que van desde interpretaciones sociológicas (Durkheim), hasta enfoques psicoanalíticos (Freud) para el cual el suicidio representa una autoagresión.

No obstante lo anterior, si analizamos las casuísticas estudiadas en diferentes países en los cuáles existe afinidad tanto cultural como racial, observamos como las tasas de suicidio son considerablemente diferentes (Diekstra 1989).

## **II.- HIPÓTESIS**

- 1.- Existen factores sociodemográficos que incrementan el riesgo de realización de tentativas suicidas (edad, género, estado civil, factores socioeconómicos, nivel educativo y emigración).
- 2.- Ciertos trastornos mentales y del comportamiento se asocian con mayor riesgo de comisión de tentativa suicida.
- 3.- La presencia de tentativas suicidas previas, es uno de los principales factores involucrados en la repetición de dichas conductas.
- 4.- La realización de conductas suicidas, se asocia con determinados patrones de temporalidad (época del año, día de la semana y hora del día).
- 5.- El método más frecuente utilizado para la realización de tentativas suicidas es la intoxicación medicamentosa.

### **III.- OBJETIVOS**

- 1.- Describir el perfil sociodemográfico de las personas que realizan tentativa de suicidio en el Área Sanitaria IV (Oviedo) de Asturias (edad, género, estado civil, factores socioeconómicos, nivel educativo y emigración).
- 2.- Determinar los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentemente asociados con la comisión de tentativa de suicidio en el Área Sanitaria IV de Asturias.
- 3.- Estudiar la asociación entre tentativas de suicidio de repetición y gravedad del comportamiento suicida.
- 4.- Estimar el patrón de temporalidad (época del año, día de la semana y hora del día) asociado con la realización de tentativas de suicidio en el Área Sanitaria IV de Asturias.
- 5.- Determinar el método más comúnmente utilizado para la realización de tentativas de suicidio en el Área Sanitaria IV de Asturias.

## IV.- MATERIAL Y MÉTODO

### IV.1.- MATERIAL

#### IV.1.1.- POBLACIÓN DE ESTUDIO

Para la realización del presente estudio, se ha utilizado una muestra constituida por 1633 sujetos que acudieron a los Servicios de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), sito en la ciudad de Oviedo, durante el período comprendido entre el 1 de Enero de 2003 y el 31 de Diciembre de 2005, y que cumplían los criterios de inclusión y exclusión que se especifican en la siguiente tabla.

#### **Criterios de inclusión y exclusión del presente estudio**

---

##### **Criterio de inclusión:**

**Realización de intento suicida:** “conducta potencialmente autolesiva con intención de muerte, independientemente del resultado”.

##### **Criterio de exclusión:**

Intoxicaciones enólicas, alimentarias, CO<sub>2</sub>, etc.

---

El Hospital Universitario Central de Asturias, es un hospital general del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) que proporciona cobertura sanitaria universal y gratuita a 312.381 usuarios que residen en el Área sanitaria IV de Asturias.

El total de sujetos que acudieron durante ese período de tiempo a los Servicios de Urgencias fue de 259.293 sujetos, de los cuáles, 1633 (0,63 %) lo hicieron por presentar algún tipo de conducta suicida. En la tabla 6 se muestra el porcentaje de tentativas suicidas dentro del contexto de las urgencias hospitalarias.

**TABLA 6**

<b>AÑO</b>	<b>MES</b>	<b>URGENCIAS TOTALES</b>	<b>CONDUCTA AUTOLÍTICA</b>	<b>%</b>
<b>2003</b>	<b>ENERO</b>	<b>7173</b>	<b>33</b>	<b>0,46</b>
	<b>FEBRERO</b>	<b>6624</b>	<b>45</b>	<b>0,67</b>
	<b>MARZO</b>	<b>7825</b>	<b>43</b>	<b>0,54</b>
	<b>ABRIL</b>	<b>7549</b>	<b>48</b>	<b>0,63</b>
	<b>MAYO</b>	<b>7436</b>	<b>57</b>	<b>0,76</b>
	<b>JUNIO</b>	<b>7456</b>	<b>48</b>	<b>0,64</b>
	<b>JULIO</b>	<b>7864</b>	<b>51</b>	<b>0,64</b>
	<b>AGOSTO</b>	<b>7687</b>	<b>56</b>	<b>0,72</b>
	<b>SEPTIEMBRE</b>	<b>7259</b>	<b>45</b>	<b>0,61</b>
	<b>OCTUBRE</b>	<b>7394</b>	<b>38</b>	<b>0,51</b>
	<b>NOVIEMBRE</b>	<b>7399</b>	<b>35</b>	<b>0,47</b>
	<b>DICIEMBRE</b>	<b>7846</b>	<b>25</b>	<b>0,31</b>
<b>2004</b>	<b>ENERO</b>	<b>7600</b>	<b>48</b>	<b>0,63</b>
	<b>FEBRERO</b>	<b>6929</b>	<b>37</b>	<b>0,53</b>
	<b>MARZO</b>	<b>7573</b>	<b>46</b>	<b>0,60</b>
	<b>ABRIL</b>	<b>7182</b>	<b>36</b>	<b>0,50</b>
	<b>MAYO</b>	<b>7457</b>	<b>33</b>	<b>0,44</b>
	<b>JUNIO</b>	<b>7337</b>	<b>49</b>	<b>0,66</b>
	<b>JULIO</b>	<b>7228</b>	<b>40</b>	<b>0,55</b>
	<b>AGOSTO</b>	<b>7381</b>	<b>50</b>	<b>0,67</b>
	<b>SEPTIEMBRE</b>	<b>7405</b>	<b>45</b>	<b>0,60</b>
	<b>OCTUBRE</b>	<b>7547</b>	<b>51</b>	<b>0,67</b>
	<b>NOVIEMBRE</b>	<b>7173</b>	<b>48</b>	<b>0,66</b>
	<b>DICIEMBRE</b>	<b>7464</b>	<b>40</b>	<b>0,53</b>

## MATERIAL Y MÉTODO

---

<b>2005</b>	<b>ENERO</b>	<b>7733</b>	<b>41</b>	<b>0,53</b>
	<b>FEBRERO</b>	<b>6678</b>	<b>32</b>	<b>0,47</b>
	<b>MARZO</b>	<b>7520</b>	<b>51</b>	<b>0,67</b>
	<b>ABRIL</b>	<b>7344</b>	<b>44</b>	<b>0,59</b>
	<b>MAYO</b>	<b>7580</b>	<b>50</b>	<b>0,65</b>
	<b>JUNIO</b>	<b>7692</b>	<b>51</b>	<b>0,66</b>
	<b>JULIO</b>	<b>7677</b>	<b>65</b>	<b>0,84</b>
	<b>AGOSTO</b>	<b>7553</b>	<b>62</b>	<b>0,82</b>
	<b>SEPTIEMBRE</b>	<b>7199</b>	<b>44</b>	<b>0,61</b>
	<b>OCTUBRE</b>	<b>7506</b>	<b>46</b>	<b>0,61</b>
	<b>NOVIEMBRE</b>	<b>7023</b>	<b>57</b>	<b>0,81</b>
	<b>DICIEMBRE</b>	<b>7434</b>	<b>43</b>	<b>0,57</b>



#### IV.1.2.- ZONA DE SALUD

El área sanitaria IV tiene su cabecera en la localidad de Oviedo del Concejo de Oviedo, ocupando el centro y centro-sur de la región.

Integran este área los Concejos de Belmonte de Miranda, Bimenes, Cabranes, Grado, Llanera, Morcín, Nava, Noreña, Oviedo, Proaza, Quirós, Las Regueras Ribera de Arriba, Riosa, Salas, Santo Adriano, Sariego, Siero, Somiedo, Teverga, Yernes y Tameza (Anexo I).



El número total de habitantes del área sanitaria es de 312.381 de los cuáles 148.023 (473,85 ‰) son varones y 164.358 (526,15 ‰) son mujeres.

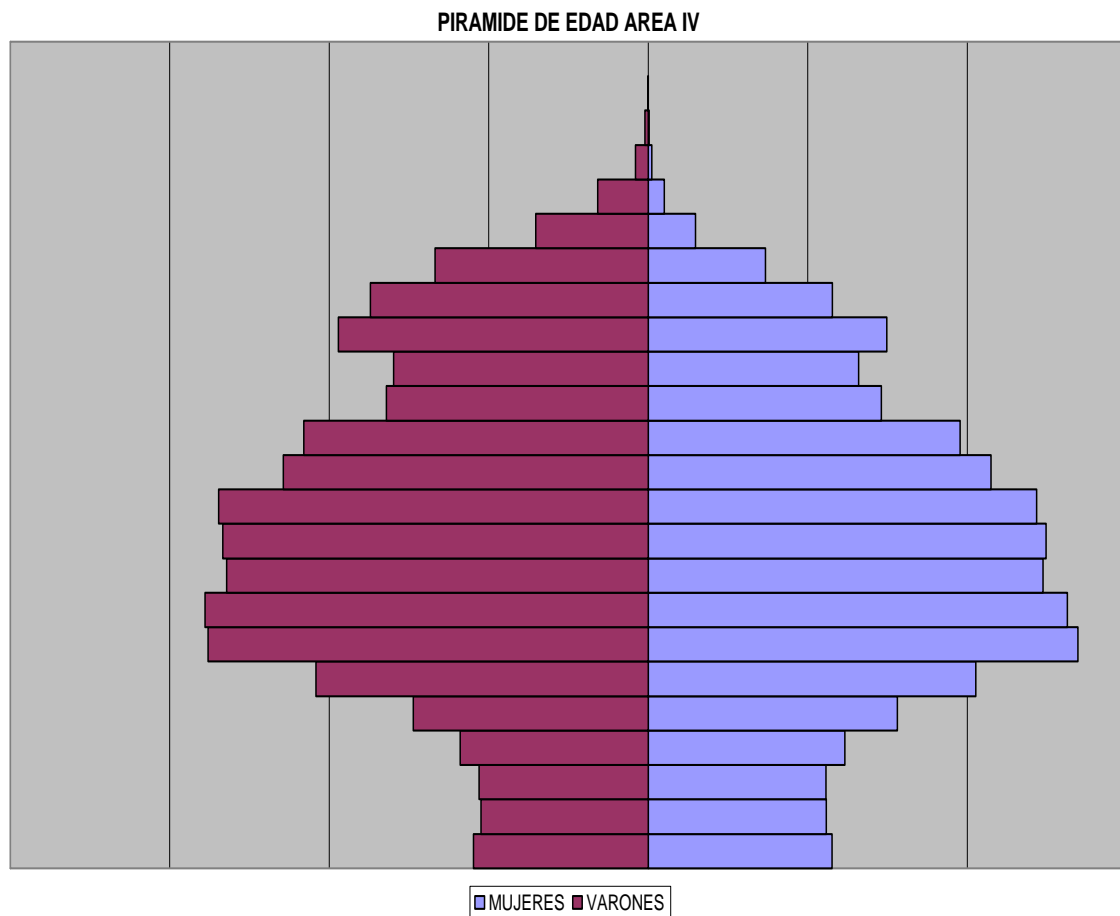
**POBLACION DE DERECHO DEL AREA SANITARIA IV**

COHORTE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N	‰	N	‰	N	‰
< 13	14.759	99,7	13.755	83,7	28.514	91,2
13-19	11.774	79,5	11.038	61,2	22.816	73,0
20-29	23.893	161,4	23.920	145,5	47.813	153,1
30-39	23.042	155,6	24.265	147,6	47.307	151,4
40-49	23.278	157,2	25.451	154,8	48.729	156,0
50-59	18.877	127,5	20.421	124,2	39.298	125,8
60-69	14.610	98,7	16.897	102,8	31.507	100,8
70-79	12.646	85,4	17.737	107,9	30.383	97,3
80-89	4.560	30,8	9.100	55,4	13.660	43,7
> 89	584	3,9	1.774	10,8	2.358	7,5
<b>TOTAL</b>	<b>148.023</b>	<b>473,8</b>	<b>164.358</b>	<b>526,1</b>	<b>312.381</b>	<b>1000</b>

Fuente: SADEI

La pirámide poblacional del Área Sanitaria se muestra en la siguiente Tabla.

**PIRAMIDE POBLACIONAL DEL AREA IV**



Fuente: Gerencia de Atención Primaria Área IV. Actualizada a 1-1-2006

Por concejos, el número de habitantes se reparte de la siguiente forma:

<b>Población</b>	<b>Habitantes (N)</b>	<b>Hombres [N (%)]</b>	<b>Mujeres [N (%)]</b>
Belmonte:	2.159	1.101 (51)	1058 (49)
Bimenes:	2.038	962 (47,2)	1.076 (52,8)
Cabranes:	1.155	578 (50,1)	577 (49,9)
Grado:	11.454	5.525 (48,2)	5.929 (51,8)
Llanera:	12.302	6.059 (49,2)	6.243 (50,8)
Morcín:	3.068	1.515 (49,4)	1.553 (50,6)
Nava:	5.406	2.668 (49,3)	2.738 (50,7)
Noreña:	4.490	2.166 (48,2)	2.324 (51,8)
Oviedo:	201.154	93.574 (46,5)	107.580 (53,5)
Proaza:	853	441 (51,7)	412 (47,3)
Quirós:	1.488	776 (52,2)	712 (47,8)
Regueras, Las	2.145	1.048 (48,8)	1.097 (51,2)
Ribera de Arriba:	1.979	977 (49,4)	1.002 (50,6)
Riosa:	2.510	1.287 (51,3)	1.223 (48,7)
Salas:	6.705	3.297 (49,2)	3.408 (50,8)
Santo Adriano:	319	158 (49,5)	161 (50,5)
Sariego:	1.372	670 (49,9)	702 (51,1)
Siero:	47.890	23.183 (48,4)	24.707 (51,6)
Somiedo:	1.565	838 (53,6)	727 (46,4)
Teverga:	2.111	1.095 (51,9)	1.016 (48,1)
Yernes y Tameza:	218	105 (48,2)	113 (51,8)

#### IV.4.- MÉTODO

Para el presente estudio, se ha llevado a cabo un Análisis Epidemiológico Descriptivo Transversal. Para ello, se diseñó un estudio Comunitario Muestral Transversal.

La Epidemiología descriptiva es la rama de la epidemiología orientada hacia el estudio de un evento epidemiológico y a la distribución de su frecuencia en una población, referida a un lugar y a un tiempo dado. Proporciona datos de interés para formular hipótesis tendentes a aclarar las causas del evento y su relación con otros eventos epidemiológicos.

Los estudios transversales o de corte, conocidos también como estudio sincrónicos, son un tipo de estudio epidemiológico descriptivo, que consiste en el estudio de uno o más eventos epidemiológicos en un momento dado. La unidad de tiempo dada depende de las condiciones del estudio y del investigador para conocer la prevalencia de una enfermedad en un área o institución por medio de la encuesta.

Cuando el corte se refiere a la distribución de la frecuencia de una enfermedad o efecto en un área dada, se trata de un estudio de prevalencia, como es el caso de una encuesta de morbilidad. Los cortes pueden ser tomados una vez, o pueden ser repetidos a intervalos de tiempo fijo o variable. Una cohorte equivale a una especie de censo que puede repetirse o no de forma periódica.

Los estudios Comunitarios de morbilidad se basan en el estudio individualizado de los sujetos de una comunidad, pudiendo comprender a todos los sujetos, estudios censales, o a una muestra representativa de la misma, estudios muestrales.

#### IV.5- PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

El procesamiento estadístico de los datos se realizó en el Área de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo.

Para el mismo se utilizaron los softwares del entorno de Windows y el paquete estadístico de Ciencias Sociales SPSS/PC+ (V.14), con el que se realizó el procesamiento estadístico de los datos obtenidos.

Se creó una base de datos compuesta por las 35 variables obtenidas de los datos de los 1633 sujetos que conforman la muestra definitiva.

La falsedad de la hipótesis nula, mediante la comparación de los resultados de las diferentes variables estudiadas, fue contrastada mediante las siguientes pruebas:

☒ Prueba de Chi-cuadrado para comparación de grupos independientes, utilizándose la corrección de Yates siempre que ha sido posible (grados de libertad = 1).

☒ Prueba de t de Student para variables relacionadas (procedimiento T-Test Pairs del Sistema SPSS/PC+) en las comparaciones realizadas dentro del mismo grupo de sujetos.

☒ Cálculo de “odds ratio” (razón de probabilidad), con sus correspondientes intervalos de confianza del 95 %. Dicho parámetro, se consideraba estadísticamente significativo, siempre que el intervalo de confianza no incluyera el valor 1.

El nivel de significación seleccionado, fue en todos los casos, del 5%, es decir, siempre que  $p < 0,05$  se rechazó la hipótesis nula.

En primer lugar se realizó un análisis de distribución de frecuencias con las variables sociodemográficas para posteriormente buscar las relaciones estadísticamente significativas entre los diferentes parámetros que habían sido obtenidos.



#### **IV.6.- CRONOGRAMA**

Con el objeto de abordar los objetivos establecidos, se han seguido las siguientes etapas:

Diseño del estudio: Octubre - Diciembre 2002.

Recogida de los datos: Enero 2003 - Diciembre 2005

Procesamiento y análisis de los resultados: Enero - Diciembre 2006

Conclusiones y edición del Trabajo de Investigación: Enero - Junio 2007

**V.- RESULTADOS**

**V.1.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE TODA LA MUESTRA – ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DEL SEXO**

**V.1.1.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

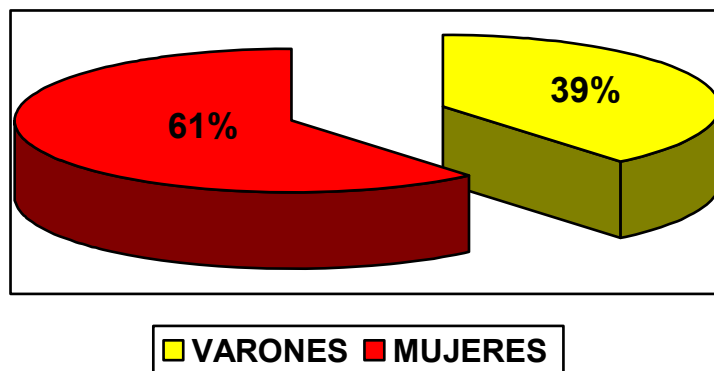
**V.1.1.- Población diana**

La muestra está constituida por los 1.633 casos que acudieron a los Servicios de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (H.U.C.A.) por presentar algún tipo de conducta suicida durante los años 2003-2005 y cuyas características principales se describen a continuación:

**V.1.2.- SEXO**

La población muestral estaba compuesta por 636 varones (38,9 %) y 997 mujeres (61,1 %)

**Gráfico 1. Sexo**



La proporción de hombres que han realizado tentativa suicida es inferior a la proporción de hombres en la población general del Área Sanitaria. En las mujeres evidentemente sucede lo contrario. No obstante, las diferencias no son estadísticamente significativas.

**Tabla 1 .- Sexo. Proporciones muestrales y poblacionales.**

	HOMBRES			MUJERES		
	PM	PP	P*	PM	PP	P*
<b>TENTATIVA</b>	<b>0,39</b>	<b>0,47</b>	<b>NS</b>	<b>0,61</b>	<b>0,53</b>	<b>NS</b>

PM= Proporción muestra; PP= Proporción población; \*P= Prueba Z

### V.1.3.- EDAD

#### V.1.3.1.- Edad media

La edad media [media (desviación estándar)] de la muestra fue de [38,66 (15,13)] años de edad, siendo la edad mínima de 13 y la máxima de 95 años.

Cuando se considera la distribución de la edad en función del sexo, se obtiene la siguiente tabla:

**Tabla 2.- Edad media de la muestra**

Hombres (n = 636)	Mujeres (n = 997)	P
<b>38,24 (14,53)</b>	<b>38,93 (15,50)</b>	<b>NS</b>

\* t-student

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad media de hombres y mujeres.

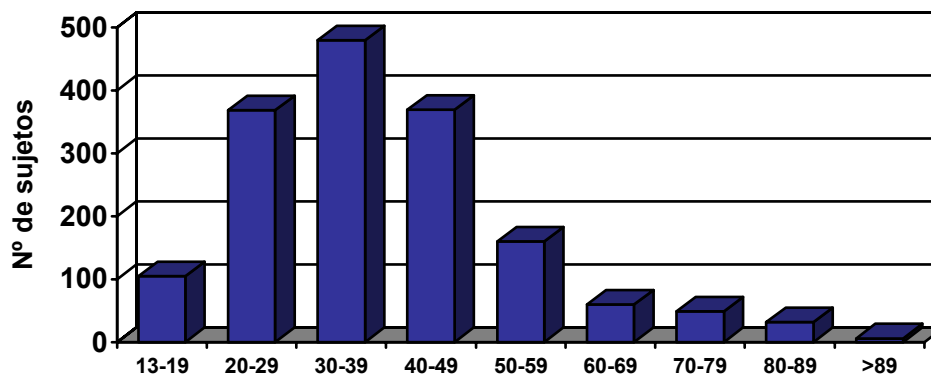
**V.1.3.2.- Grupos de edad**

La población a estudio se ha agrupado por decenios, obteniéndose la siguiente distribución muestral:

**Tabla 3.- Grupos de edad.**

Grupos de edad	Total [N(%)]
13-19 años	105 (6,4)
20-29 años	368 (22,5)
30-39 años	479 (29,3)
40-49 años	369 (22,6)
50-59 años	160 (9,8)
60-69 años	60 (3,7)
70-79 años	49 (3)
80-89 años	32 (2)
≥ 90 años	6 (0,4)
Dato desconocido	5 (0,3)

**Gráfico 2. Grupos de edad**

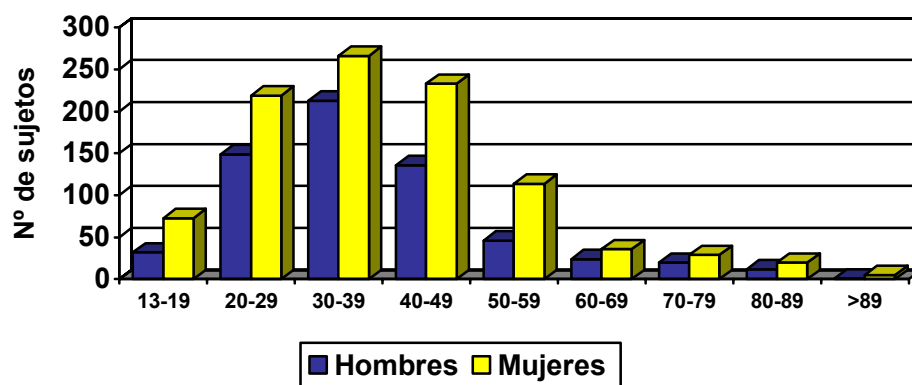


En los hombres predominan las edades comprendidas entre los 30 y los 39 años de edad seguido del grupo de 20 a 29 años de edad, mientras que en el grupo de las mujeres, predominan en primer lugar las edades comprendidas entre los 30 y los 39 años de edad pero son seguidas del grupo de 40 a 49 años de edad.

**Tabla 4.- Grupos de edad según el sexo**

Grupos de edad [N(%)]	Hombres	Mujeres	Total
13-19 años	32 (5)	73 (7,3)	105 (6,4)
20-29 años	149 (23,4)	219 (22)	368 (22,5)
30-39 años	213 (33,5)	266 (26,7)	479 (29,3)
40-49 años	136 (21,4)	233 (23,4)	369 (22,6)
50-59 años	46 (7,2)	114 (11,4)	160 (9,8)
60-69 años	24 (3,8)	36 (3,6)	60 (3,7)
70-79 años	20 (3,1)	29 (2,9)	49 (3)
80-89 años	12 (1,9)	20 (2)	32 (2)
≥ 90 años	1 (0,2)	5 (0,5)	6 (0,4)
Dato desconocido	3 (0,5)	2 (0,2)	5 (0,3)

**Gráfico 3. Grupos de edad según el sexo**



Se han comparado los grupos etarios de la muestra con los mismos grupos de población general del Área IV (Oviedo). Los datos de la población general del Área, son los referentes al Censo de Población de 2001, facilitados por SADEI (Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales), que es, sin duda, el más importante y el de más amplia tradición en España, y que constituye el bloque de estadísticas demográficas más completo de que disponemos en nuestro país. Estos Censos, son actualizados cada 10 años y se reflejan en la siguiente tabla:

**Tabla 5.- POBLACION DE DERECHO DEL AREA SANITARIA IV**

COHORTE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
< 13	14.759	99,7	13.755	83,7	28.514	91,2
13-19	11.774	79,5	11.038	61,2	22.816	73,0
20-29	23.893	161,4	23.920	145,5	47.813	153,1
30-39	23.042	155,6	24.265	147,6	47.307	151,4
40-49	23.278	157,2	25.451	154,8	48.729	156,0
50-59	18.877	127,5	20.421	124,2	39.298	125,8
60-69	14.610	98,7	16.897	102,8	31.507	100,8
70-79	12.646	85,4	17.737	107,9	30.383	97,3
80-89	4.560	30,8	9.100	55,4	13.660	43,7
> 89	584	3,9	1.774	10,8	2.358	7,5
<b>TOTAL</b>	<b>148.023</b>	<b>473,8</b>	<b>164.358</b>	<b>526,1</b>	<b>312.381</b>	<b>1000</b>

Fuente: SADEI

**Tabla 6.- Proporciones de los grupos comparadas con la de la Población general.**

	PM	PP	P*
13 a 19 años	0,6	0,6	NS
20 a 29 años	0,23	0,15	0,000
30 a 39 años	0,29	0,18	0,000
40 a 49 años	0,23	0,17	0,000
50 a 59 años	0,10	0,15	0,000
60 a 69 años	0,4	0,10	0,000
70 a 79 años	0,3	0,11	0,000
80 a 89 años	0,2	0,06	0,000
≥ 90 años	0,0	0,1	0,001

**PM= Proporción muestra; PP= Proporción población; \*P= Prueba Z**

Para los hombres, hay una mayor proporción entre los grupos de edad menores de 13 años y de 30 a 39 años que realizan tentativa de suicidio que los mismos en población general, resultando esta diferencia estadísticamente significativa, ( $p = 0,042$  y  $0,028$ ) respectivamente.

En las mujeres, hay una mayor proporción entre los grupos de edad menores de 13 años, 20 a 29 años y 30 a 39 años que realizan tentativa de suicidio que los mismos en población general, asimismo el grupo de edad de entre 70 a 79 años aunque este último está menos representado que en la población general. Esta diferencia resulta estadísticamente significativa, ( $p = 0,028$ ;  $0,046$ ;  $0,025$  y  $0,046$ ) respectivamente.

Tabla 7.- Grupos de edad/sexo. Comparación con la población general

GR. EDAD	HOMBRES			MUJERES		
	PM	PP	P*	PM	PP	P*
< 13 años	0.00	0,10	0.042	0	0.08	0.028
13 a 19 años	0.05	0,06	NS	0.07	0.05	NS
20 a 29 años	0.24	0,15	NS	0.22	0.13	0.046
30 a 39 años	0.34	0.17	0.01	0.27	0.16	0.025
40 a 49 años	0.21	0.16	NS	0.23	0.16	NS
50 a 59 años	0.07	0.14	NS	0.11	0.13	NS
60 a 69 años	0.04	0.09	NS	0.04	0.10	NS
70 a 79 años	0.03	0.09	NS	0.03	0.11	0.046
80 a 89 años	0.02	0.04	NS	0.02	0.07	NS
≥ 90 años	0.00	0.01	NS	0.01	0.02	NS

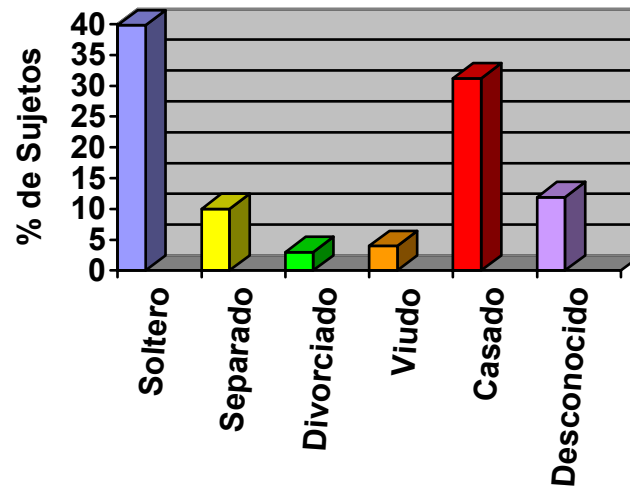
PM= Proporción muestra; PP= Proporción población; \*P= Prueba Z

#### V.1.4.- ESTADO CIVIL

Los solteros representan el 39,8 % de la muestra, siendo es estado civil predominante en ambos sexos. Los casados o con pareja estable son el segundo grupo más numeroso de tentativas, con el 31,2 % de los casos. Los viudos, divorciados, y separados presentan tasas bastante inferiores: 4 %, 3%, y 10 % respectivamente. En 195 (11 %) de los casos, no fue posible conocer su estado civil.



Gráfico 4 . Estado civil



En el grupo de los hombres, 312 (49,1 %) estaban solteros, 12 (1,9%) viudos, 17 (2,7 %) divorciados, 50 (7,9 %) separados, 169 (26,5 %) casados ó cohabitando con algún vínculo legal. El resto, es decir 76 (11,9%) sujetos no fue posible conocer su situación.

En el grupo de las mujeres, 338 (33,9 %) estaban solteras, 53 (5,3%) viudas, 32 (3,2 %) divorciadas, 114 (11,4 %) separadas, 341 (34,2 %) casadas ó cohabitando con algún vínculo legal. El resto, es decir 53 (5,3%) sujetos no fue posible conocer su situación.

Tabla 8. -Estado civil.

<b>E. CIVIL</b>	<b>HOMBRES</b> [N(%)]	<b>MUJERES</b> [N(%)]	<b>TOTAL</b> [N(%)]
<b>SOLTERO</b>	312 (49,1)	338 (33,9)	650 (39,8)
<b>CASADO</b>	169 (26,5)	341 (34,2)	510 (31,2)
<b>SEPARADO</b>	50 (7,9)	114 (11,4)	164 (10)
<b>DIVORCIADO</b>	17 (2,7)	32 (3,2)	49 (3)
<b>VIUDO</b>	12 (1,9)	53 (5,3)	65 (4)
<b>Desconocido</b>	76 (11,9)	119 (11,9)	195 (11,9)

En los hombres, todos los grupos representados presentan tasas más elevadas que en los mismos grupos de población general, al igual que en el grupo de las mujeres con excepción en este último del estado de viudedad.

Tabla 9.- Estado civil.

	<b>HOMBRES</b>		<b>MUJERES</b>	
	<b>PM</b> [N(%)]	<b>PG</b> [N(%)]	<b>PM</b> [N(%)]	<b>PG</b> [N(%)]
<b>SOLTERO</b>	312 (49,1)	65662 (21,2)	338 (33,9)	61581 (19,8)
<b>CASADO</b>	169 (26,5)	73399 (23,66)	341 (34,2)	73820 (23,8)
<b>SEPARADO</b>	50 (7,9)	2636 (0,85)	114 (11,4)	3523 (1,13)
<b>DIVORCIADO</b>	17 (2,7)	1599 (0,52)	32 (3,2)	2694 (0,87)
<b>VIUDO</b>	12 (1,9)	3863 (1,25)	53 (5,3)	21484 (6,92)

PM= Población muestral; PG= Población General

**Tabla 10.- Estado civil. Proporciones muestrales y poblacionales**

	HOMBRES			MUJERES		
	PM	PP	P*	PM	PP	P*
<b>SOLTERO</b>	0,56	0,45	0,001	0,38	0,38	NS
<b>CASADO</b>	0,30	0,50	0,001	0,39	0,45	0,001
<b>SEPARADO</b>	0,09	0,02	0,001	0,13	0,02	0,001
<b>DIVORCIADO</b>	0,03	0,01	0,00	0,04	0,02	0,001
<b>VIUDO</b>	0,02	0,03	NS	0,06	0,13	0,001

**PM= Proporción muestra; PP= Proporción población; \*P= Prueba Z**

Dentro de los hombres que han cometido Tentativa de suicidio, están sobre representados, respecto a la población general, el estado civil soltero, casado, separado y divorciado, resultando estadísticamente significativo ( $p = 0,000$ ).

Dentro de las mujeres que han cometido tentativa de suicidio, están sobre representados, respecto a la población general, el estado civil, separada, divorciada y/o viuda, resultando estadísticamente significativo ( $p = 0,000$ ).

Para un mejor estudio y comprensión, se ha agrupado el estado civil en tres grupos, un primer grupo para los solteros, un segundo grupo para los casados y un tercer grupo que abarca a los separados, divorciados y/o viudos.

Cuando se compara la variable estado civil en función del sexo, se obtienen diferencias estadísticamente significativas, mostrándose los valores en la siguiente tabla:

Tabla 11.- Estado civil y sexo

<b>E. CIVIL</b>	<b>HOMBRES</b> [N(%)]	<b>MUJERES</b> [N(%)]
<b>SOLTEROS</b>	312 (55,7)	338 (38,5)
<b>CASADOS</b>	169 (30,2)	341 (38,8)
<b>SEP/DIV/VIUD</b>	79 (14,1)	199 (22,7)
<b>TOTAL</b>	560	878

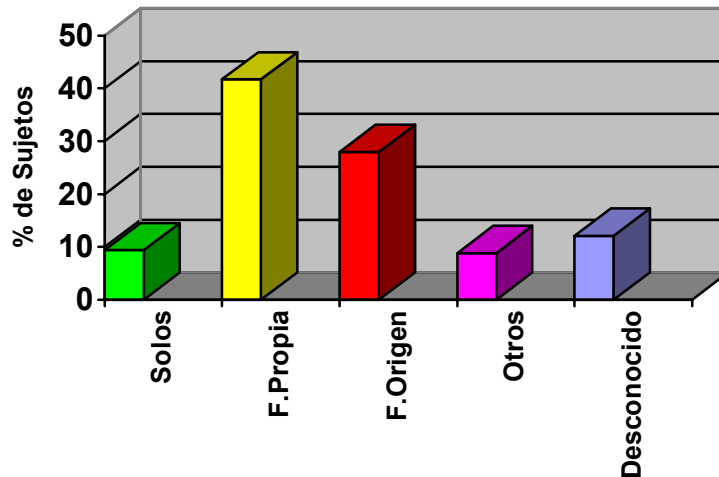
**$X^2$  (gl) = 42,61 (2); p = 0,000**

Se puede observar como el grupo de hombres solteros, presentan unos porcentajes mayores que el mismo grupo de las mujeres, sin embargo estas últimas presentan mayores porcentajes de casadas, separadas, divorciadas y/o viudas que el mismo grupo de los hombres.

#### **V.1.5.- SOPORTE FAMILIAR**

La mayoría de los sujetos del estudio vivían con su familia, bien propia o de origen. Desglosándose los datos, se obtienen 154 (9,4 %) sujetos que vivían solos, 94 (5,8 %) que vivían solos con sus hijos, 468 (28,7 %) vivían con pareja e hijos, 117 (7,2%) con pareja sin hijos, 457 (28 %) vivían con su familia de origen, 145 (8,8 %) vivían con otras personas y/o en Instituciones, y 198 (12,1 %) no fue posible averiguar el soporte familiar.

**Gráfico 5.- Soporte familiar**



En el grupo de los hombres, 60 (9,4 %) vivían solos, 207 (32,5 %) con familia de origen, 193 (30 %) con familia propia, 99 (15,5 %) con otras personas y/o en alguna Institución (residencias, cárcel). El resto, es decir 77 (12,1%) sujetos, no fue posible conocer su situación.

En el grupo de las mujeres, 94 (9,4 %) vivían solas, 250 (25,1 %) con familia de origen, 486 (48,7 %) con familia propia, 46 (4,6 %) con amigos, y/o en alguna Institución (residencia, cárcel). El resto, es decir 121 (12,1%) sujetos, no fue posible conocer su situación.

**Tabla 12.- Soporte familiar de la muestra**

SOPORTE FAMILIAR	HOMBRES [N(%)]	MUJERES [N(%)]	TOTAL [N(%)]
<b>Solo</b>	60 (9,4)	94 (9,4)	154 (9,4)
<b>Familia origen</b>	207 (32,5)	250 (25,1)	457 (28)
<b>Familia propia</b>	193 (30)	486 (48,7)	679 (41,7)
<b>Otros</b>	99 (15,5)	46 (4,6)	145 (3,3)
<b>Desconocido</b>	77 (12,1)	121 (12,1)	198 (12,1)

Tabla 13.- Soporte familiar. Proporciones muestrales y poblacionales

	HOMBRES			MUJERES		
	PM	PP	P*	PM	PP	P*
SOLOS	0,11	0,14	0,01	0,11	0,15	0,000
F. ORIGEN	0,37	0,23	0,000	0,29	0,18	0,000
F. PROPIA	0,35	0,59	0,000	0,55	0,61	0,000
OTROS	0,18	0,02	0,000	0,05	0,03	0,000

PM= Proporción muestra; PP= Proporción población; \*P= Prueba Z

Entre los hombres que habían cometido tentativa de suicidio, se observa una mayor proporción que en la población general, de los que viven con familia de origen y en otras situaciones, y sin embargo hay una menor proporción de los que viven solos o con familia propia. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas, ( $p = 0,01$ ) para la situación de convivencia solo y ( $p = 0,000$ ) para el resto de las situaciones.

Entre las mujeres que habían cometido tentativa de suicidio, se observa una mayor proporción que en la población general, de las que viven con familia de origen y en otras situaciones, y sin embargo hay una menor proporción de las que viven solas o con familia propia. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas, ( $p = 0,000$ ) para cualesquiera de las situaciones de convivencia.

Para realizar la comparación estadística entre la convivencia y el sexo, se ha agrupado la variable convivencia en tres grupos, un primer grupo para los sujetos que viven solos, un segundo grupo para los que viven en el seno de una familia, ya sea de origen (padres, hermanos, hijos, etc.) o propia y un tercer grupo que abarca a los que viven en instituciones o con otras personas.

Cuando se compara la variable convivencia en función del sexo, se obtienen diferencias estadísticamente significativas, mostrándose los valores en la siguiente tabla:

**Tabla 14.- Soporte familiar y sexo**

<b>SOPORTE FAMILIAR</b>	<b>HOMBRES [N(%)]</b>	<b>MUJERES [N(%)]</b>
<b>Solo</b>	60 (10,7)	94 (10,7)
<b>Familia</b>	400 (71,6)	736 (83,8)
<b>Otros</b>	99 (17,7)	48 (5,5)
<b>TOTAL</b>	559	878

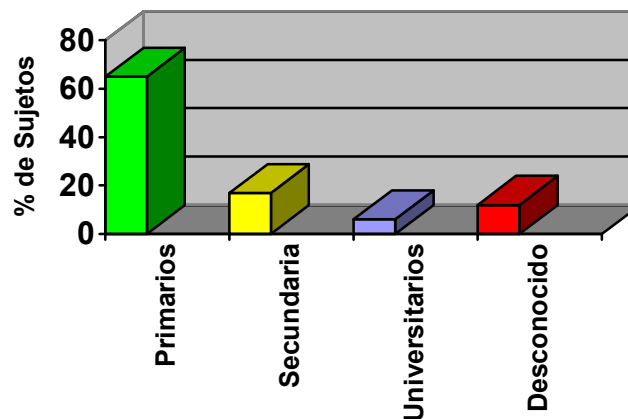
**$X^2$  (gl) = 56,55 (2); p = 0,000**

Se puede observar como el grupo de los hombres convive con “otros” con mayor frecuencia que el mismo grupo de las mujeres, sin embargo estas, conviven con familia mas frecuentemente que los hombres.

#### **V.1.6.- NIVEL EDUCATIVO**

Predominan los sujetos con estudios primarios 1062 (65 %), seguidos de los sujetos con educación secundaria 276 (16,9 %) y de los sujetos con estudios universitarios 99 (6,1 %). En 196 (12 %) casos no fue posible averiguar el nivel educativo.

**Gráfico 6.- Nivel Educativo**



En el grupo de los hombres, 427 (67,1%), tenían estudios primarios 113 (17,8%), estudios de secundaria y 19 (3 %) estudios universitarios

En el grupo de las mujeres, 635 (63,7 %) tenían estudios primarios 163 (16,3 %) estudios de secundaria, y 80 (8 %) estudios universitarios.

**Tabla 15. -Nivel educativo de la muestra**

NIVEL EDUCATIVO	HOMBRES [N(%)]	MUJERES [N(%)]	TOTAL [N(%)]
<b>PRIMARIOS</b>	427 (67,1)	635 (63,7)	1062 (65)
<b>SECUNDARIA</b>	113 (17,8)	163 (16,3)	276 (16,9)
<b>UNIVERSITARIOS</b>	19 (3)	80 (8)	99 (6,1)
<b>Desconocido</b>	77 (12,1)	119 (11,9)	196 (12)

La proporción de sujetos con estudios primarios es muy superior tanto en hombres como en mujeres a la proporción de la población general, en tanto que la proporción de sujetos con estudios de secundaria y universitarios es muy inferior a la proporción del mismo grupo de la población general



**Tabla 16.- Nivel educativo. Proporciones muestrales y poblacionales**

	HOMBRES			MUJERES		
	PM	PP	P*	PM	PP	P*
PRIMARIOS	0,76	0,28	0,000	0,72	0,35	0,000
SECUNDARIOS	0,20	0,54	0,000	0,19	0,47	0,000
UNIVERSITARIOS	0,03	0,18	0,000	0,09	0,19	0,000

**PM= Proporción muestra; PP= Proporción población; \*P= Prueba Z**

Entre los hombres y las mujeres que habían cometido tentativa de suicidio, se observa una mayor proporción que en la población general de sujetos con estudios primarios, y sin embargo hay una menor proporción de sujetos con estudios de secundaria y universitarios. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas, ( $p = 0,000$ ) respectivamente para todas las situaciones.

Cuando se compara el nivel educativo de la muestra con el sexo, se obtienen diferencias estadísticamente significativas. En la siguiente tabla se pueden observar más claramente estos resultados:

**Tabla 17.- Nivel educativo y sexo**

NIVEL EDUCATIVO	HOMBRES [N(%)]	MUJERES [N(%)]
PRIMARIOS	427 (76,4)	635 (72,3)
SECUNDARIA	113 (20,2)	163 (18,6)
UNIVERSITARIOS	19 (3,4)	80 (9,1)
TOTAL	559	878

**$X^2$  (gl) = 17,42 (2);  $p = 0,000$**

Se puede observar como el grupo de los hombres están más representados que el grupo de las mujeres en los niveles primarios y secundarios 76,4% y 20,2% frente a 72,3% y 18,6% respectivamente y sin embargo, estos porcentajes se invierten para el nivel de estudios universitarios 3,4% y 9,1% respectivamente.

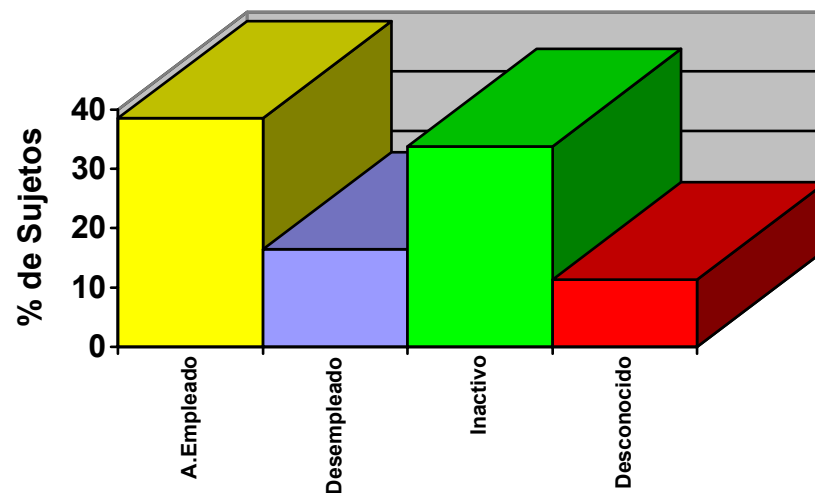
### **V.1.7.- ACTIVIDAD ECONÓMICA**

El Instituto Nacional de Empleo (INEM), clasifica a la población en tres grupos: desempleada, activa e inactiva (que incluye amas de casa, jubilados y estudiantes).

Para el presente estudio se ha clasificado a la población en función del percibimiento de prestaciones económicas.

Se encontró que 628 (38,5 %) se encontraban en activo laboralmente, 268 (16,4 %) percibían algún tipo de prestación económica aunque sin trabajo activo, 552 (33,8 %) no recibían prestaciones económicas ni desarrollaban trabajos remunerados (amas de casa, estudiantes, etc.). En 185 (11,3 %) casos no fue posible averiguar este dato.

Gráfico 7.- Actividad Económica



En el grupo de los hombres, 282 (44,3 %) se encontraban en activo laboralmente, 127 (20 %) inactivos aunque percibían algún tipo de prestación económica, y 155 (24,4 %) se encontraban en paro y sin percibir prestaciones económicas.

En el grupo de las mujeres, 346 (34,7 %) se encontraban en activo laboralmente, 141 (14,1 %) inactivas aunque percibían algún tipo de prestación económica, y 397 (39,8 %) se encontraban en paro y sin percibir prestaciones económicas.

Tabla 18. -Actividad económica de la muestra

A. ECONÓMICA	HOMBRES [N(%)]	MUJERES [N(%)]	TOTAL [N(%)]
E. Activo, empleado	282 (44,3)	346 (34,7)	628 (38,5)
E. Activo, desempleado	127 (20)	141 (14,1)	268 (16,4)
E. Inactivo	155 (24,4)	397 (39,8)	552 (33,8)
Desconocido	72 (11,3)	113 (11,3)	185 (11,3)

Cuando se compara la variable actividad laboral en función del sexo, se obtienen diferencias estadísticamente significativas, mostrándose los valores en la siguiente tabla:

**Tabla 19.- Actividad económica. Proporciones muestrales y poblacionales**

	HOMBRES			MUJERES		
	PM	PP	P*	PM	PP	P*
<b>Activo, empleado</b>	0,50	0,55	0,001	0,39	0,35	0,001
<b>Activo, desemp</b>	0,23	0,28	0,001	0,16	0,23	0,001
<b>E. Inactivo</b>	0,27	0,17	0,001	0,45	0,43	NS

**PM= Proporción muestra; PP= Proporción población; \*P= Prueba Z**

Entre los hombres que habían cometido tentativa de suicidio, se observa una mayor proporción que en la población general, de sujetos económicamente inactivos, y sin embargo una menor proporción de sujetos económicamente activos-empleados y económicamente activos-desempleados. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas ( $p = 0,001$ ).

Entre las mujeres que habían cometido tentativa de suicidio, se observa una mayor proporción que en la población general, de sujetos económicamente inactivos y económicamente activos-empleados, y sin embargo una menor proporción de sujetos económicamente activos-desempleados. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas ( $p = 0,001$ ).

Cuando se compara la actividad económica de la muestra con el sexo, se obtienen diferencias estadísticamente significativas. En la siguiente tabla se pueden observar más claramente estos resultados:

**Tabla 20. -Actividad económica y sexo**

<b>A. ECONÓMICA</b>	<b>HOMBRES</b> <b>[N(%)]</b>	<b>MUJERES</b> <b>[N(%)]</b>
<b>E. Activo, empleado</b>	282 (50)	346 (39,1)
<b>E. Activo, desempleado</b>	127 (22,5)	141 (16)
<b>E. Inactivo</b>	155 (27,5)	397 (44,9)
<b>TOTAL</b>	564	884

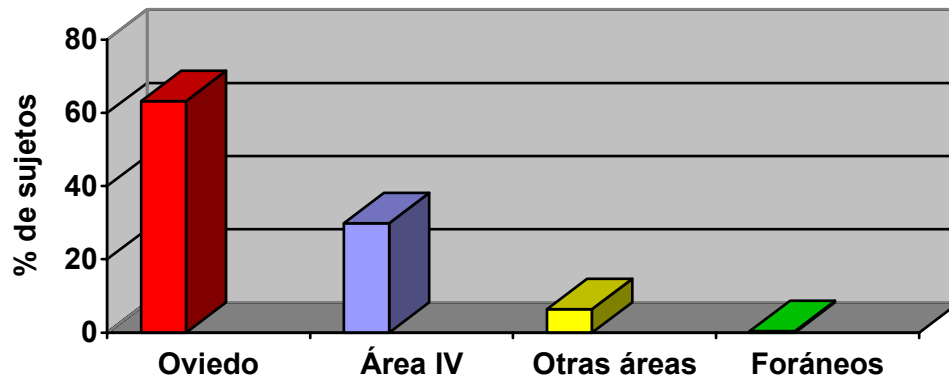
**$X^2$  (gl) = 44,81 (2); p = 0,000**

Se observa como el grupo de los hombres, presentan una actividad económica con mayor frecuencia que el mismo grupo de las mujeres, sin embargo, estas últimas, presentan una mayor frecuencia de inactividad laboral.

### **V.1.8.- CONCEJO DE RESIDENCIA**

Del total de la muestra, encontramos 1035 (63,4 %) sujetos que residían en el Concejo de Oviedo, 409 (25,06 %) residían en otros concejos del Área Sanitaria en estudio, 182 (11,15 %) que residían en el resto de Concejos de la Comunidad Autónoma, y 7 (0.4 %) que tenían su residencia habitual fuera del Principado de Asturias y en el momento de la tentativa se encontraban en el Área en estudio.

**Gráfico 8.- Concejo de Residencia**



En el grupo de los hombres, 387 (60,8 %) residían en el Concejo de Oviedo, 162 (25,5 %) residían en otros concejos del Área Sanitaria en estudio, 83 (13,1%) residían en el resto de Concejos de la Comunidad Autónoma, y 4 (0,6 %) residían en otras Comunidades Autónomas.

En el grupo de las mujeres, 648 (65 %) residían en el Concejo de Oviedo, 247 (24,8 %) residían en otros concejos del Área Sanitaria en estudio, 99 (9,9%) residían en el resto de Concejos de la Comunidad Autónoma, y 3 (0,3 %) residían en otras Comunidades Autónomas.

**Tabla 21. -Concejo de residencia.**

Concejo	HOMBRES [N(%)]	MUJERES [N(%)]	TOTAL [N(%)]
Oviedo	387 (60,8)	648 (65)	1035 (63,4)
Misma Área	162 (25,5)	247 (24,8)	409 (25)
Otros Concejos	83 (13,1)	99 (9,9)	182 (11,1)
Otras Comunidades	4 (0,6)	3 (0,3)	7 (0,4)

La proporción de hombres que realizan tentativa de suicidio y viven en Oviedo, es superior a la proporción de los mismos en población general. Lo mismo ocurre con los grupos de hombres que realizan tentativa de suicidio y que proceden de otros Concejos fuera del Área u otras Comunidades. Sin embargo, existe una menor proporción de hombres que realizan tentativa de suicidio y viven en otros Concejos del Área IV, aunque fuera del Concejo de Oviedo respecto a la encontrada en población general.

La proporción de mujeres que realizan tentativa de suicidio y viven en Oviedo, es superior a la proporción de las mismas en población general. Sin embargo, existe una menor proporción de mujeres que realizan tentativa de suicidio y viven en el mismo Área IV, aunque fuera del Concejo de Oviedo, en otros Concejos y en otras Comunidades respecto a la encontrada en población general.

**Tabla 22. -Concejo de residencia. Proporciones muestrales y poblacionales**

	HOMBRES			MUJERES		
	PM	PP	P*	PM	PP	P*
<b>Oviedo</b>	0,61	0,54	0,001	0,65	0,49	0,001
<b>Misma Área</b>	0,25	0,08	0,001	0,25	0,09	0,001
<b>Otros Concejos</b>	0,13	0,20	0,001	0,10	0,24	0,001
<b>Otras Comuni</b>	0,01	0,15	0,001	0	0,15	0,001

**PM= Proporción muestra; PP= Proporción población; \*P= Prueba Z**

Al comparar el lugar de residencia habitual en el momento de la tentativa, con el sexo de la muestra no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas. En la siguiente tabla se muestran los resultados:

**Tabla 23. -Concejo de residencia y sexo**

<b>Concejo</b>	<b>HOMBRES [N(%)]</b>	<b>MUJERES [N(%)]</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Oviedo</b>	387 (60,8)	648 (65)	1035 (63,4)
<b>Misma Área</b>	162 (25,5)	247 (24,8)	409 (25)
<b>Otros Concejos</b>	83 (13,1)	99 (9,9)	182 (11,1)
<b>O. Comunidades</b>	4 (0,6)	3 (0,3)	7 (0,4)

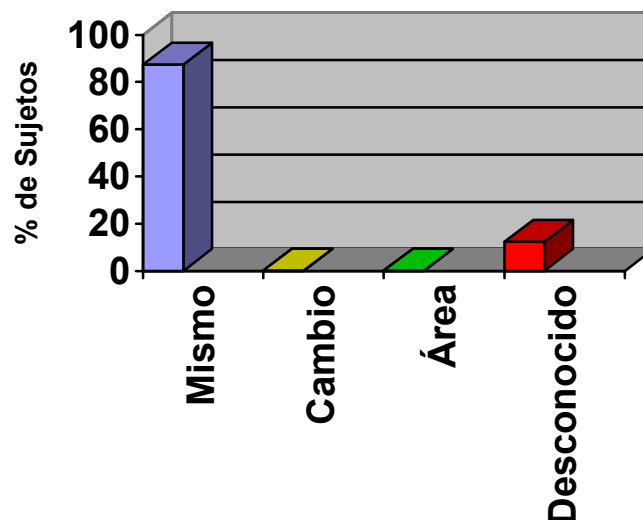
$X^2$  (gl) = 2,743 (1); p = 0,098

### V.1.9.- CAMBIO DE DOMICILIO

Del total de la muestra estudiada, 1426 (87,3 %) habían mantenido el mismo domicilio durante el último año y coincidente con la dirección que tenían cuando realizó la tentativa suicida, 3 (0,2 %) había cambiado de dirección aunque previamente residía en el mismo área, 3 (0,2 %) había cambiado de dirección, residiendo previamente en el mismo país pero en distinta área geográfica. En 201 (12,3 %) casos no fue posible averiguar este dato.



Gráfico 9.- Cambio de domicilio durante el último año



Por sexos, 553 hombres (86,9%) habían mantenido el mismo domicilio durante el último año, 2 (0,3 %) habían cambiado de dirección aunque previamente residía en la misma área, y 2 (0,2 %) habían cambiado de dirección, residiendo previamente en el mismo país pero en distinta área geográfica. En 79 (12,4 %) casos no fue posible averiguar este dato.

En el grupo de las mujeres, 873 (86,6 %) habían mantenido el mismo domicilio durante el último año, 1 (0,1 %) había cambiado de dirección aunque previamente residía en la misma área, y 1 (0,1 %) había cambiado de dirección, residiendo previamente en el mismo país pero en distinta área geográfica. En 122 (12,2 %) casos no fue posible averiguar este dato.

Tabla 24. -Cambio de domicilio durante el último año

CAMBIO DOMICILIO	HOMBRES [N(%)]	MUJERES [N(%)]	TOTAL [N(%)]
MISMA DIRECCIÓN	553 (86,9)	873 (86,6)	1426 (87,3)
CAMBIO	2 (0,3)	1 (0,1)	3 (0,2)
DISTINTA AREA	2 (0,3)	1 (0,1)	3 (0,2)
Desconocido	79 (12,4)	122 (12,2)	201 (12,3)

Cuando se compara la existencia de cambio de domicilio en el último año de la muestra con el sexo, no se obtienen diferencias estadísticamente significativas. En la siguiente tabla se pueden observar más claramente estos resultados:

Tabla 25. -Cambio de domicilio en el último año y sexo

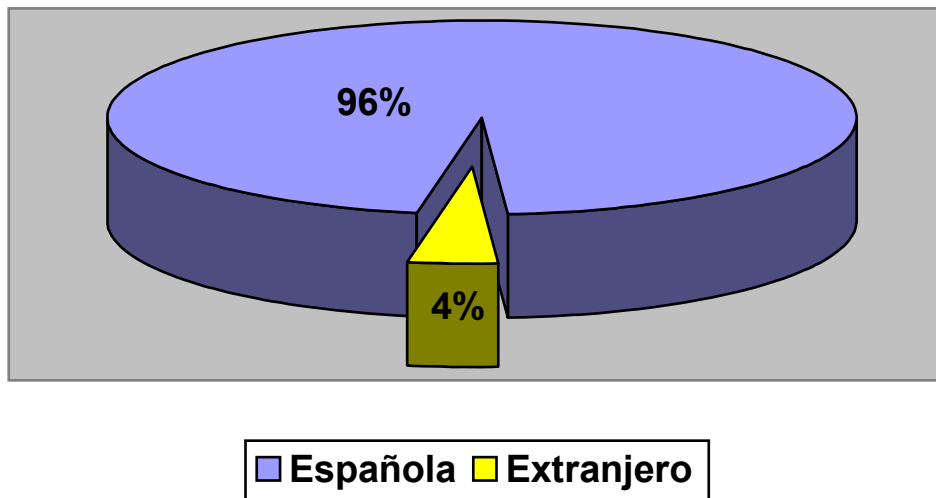
CAMBIO DOMICILIO	HOMBRES [N(%)]	MUJERES [N(%)]
MISMA DIRECCIÓN	553 (86,9)	873 (87,6)
CAMBIO	2 (0,3)	1 (0,1)
DISTINTA AREA	81 (12,7)	123 (12,3)
TOTAL	636	997

$$X^2 (gl) = 1,036 (2); p = 0,596$$

### V.1.10.- NACIONALIDAD

Con respecto a la nacionalidad, prácticamente la totalidad de la muestra 1565 (96 %) tenían nacionalidad española y 66 (4%) tenían nacionalidad extranjera.

Gráfico 10.- Nacionalidad



En el grupo de los hombres, 620 (97,5 %) tenían la nacionalidad española, y 16 (2,5 %) eran extranjeros.

En el grupo de las mujeres, 946 (94,9 %) tenían nacionalidad española, y 51 (5,1 %) eran extranjeras.

Tabla 26.- Nacionalidad

NACIONALIDAD	HOMBRES [N(%)]	MUJERES [N(%)]	TOTAL [N(%)]
<b>Española</b>	620 (97,5)	946 (94,9)	1566 (95,9)
<b>Extranjero</b>	16 (2,5)	51 (5,1)	67 (4,1)

La proporción de hombres con nacionalidad española es la misma que la de la población general, sin embargo en el grupo de mujeres, la proporción de extranjeras es superior a la del mismo grupo de población general, resultando esta diferencia estadísticamente significativa, ( $p = 0,003$ ).

**Tabla 27.- Nacionalidad. Proporciones muestrales y poblacionales**

	HOMBRES			MUJERES		
	PM	PP	P*	PM	PP	P*
<b>Española</b>	0,97	0,97	NS	0,95	0,96	0,003
<b>Extranjero</b>	0,44	0,03	0,001	0,05	0,04	NS

**PM= Proporción muestra; PP= Proporción población; \*P= Prueba Z**

Cuando se compara nacionalidad de la muestra con el sexo, se obtienen diferencias estadísticamente significativas. En la siguiente tabla se pueden observar más claramente estos resultados:

**Tabla 28. -Nacionalidad y sexo**

NACIONALIDAD	HOMBRES	MUJERES
	[N(%)]	[N(%)]
<b>Española</b>	620 (97,5)	946 (95)
<b>Extranjero</b>	16 (2,5)	50 (5)
<b>TOTAL</b>	636	996

**$X^2$  (gl) = 6,273 (1);  $p = 0,012$**

Se puede observar como el porcentaje de mujeres extranjeras es el doble que el mismo grupo de hombres.

## V.2.- ESTUDIO DE LA TENTATIVA ACTUAL

Tentativa actual es la que el paciente ha realizado justo antes de acudir al servicio de urgencias hospitalarias y ser valorado por el médico de urgencias y por el psiquiatra de guardia.

Para la inclusión en el estudio se ha tenido en cuenta la definición de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), que define como **ACTO SUICIDA:** todo hecho por el que un sujeto se causa lesión a sí mismo, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento; **SUICIDIO:** muerte resultante de un acto suicida, e **INTENTO DE SUICIDIO:** acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

### V.2.1.- HORA DE LA TENTATIVA

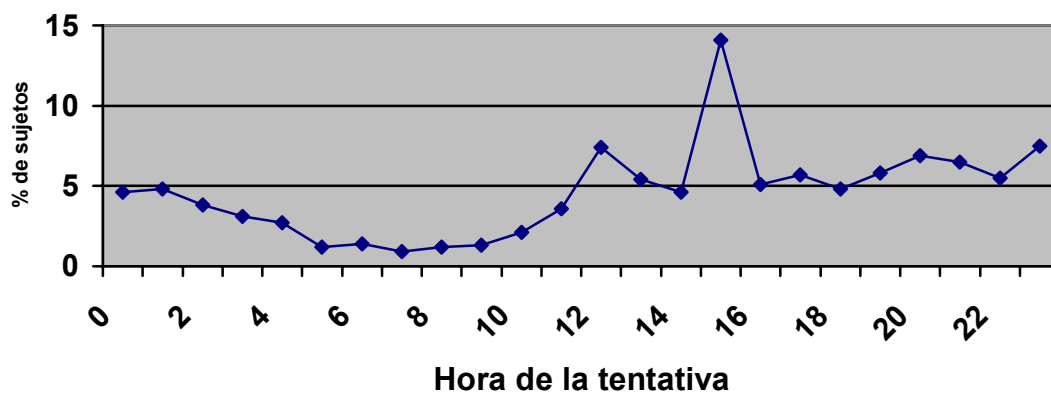
Las tentativas de suicidio en el presente estudio se han realizado con mayor frecuencia durante las horas 23 (7,5 %), seguidas de las horas 12 (7,4%), 20 (6,9 %), las 21 (6,5), las 19 (5,8 %), las 17 (5,7 %) y las 22 (5,5%). La mayoría de las tentativas se llevan a cabo desde las 12 h. hasta las 23,59.

Tabla 29. Hora de la tentativa

HORA	[N(%)]	HORA	[N(%)]
0	75 (0,7)	13	88 (5,4)
1	78 (4,8)	14	76 (4,6)
2	62 (3,8)	15	66 (14,1)
3	51 (3,1)	16	83 (5,1)
4	44 (0,4)	17	93 (5,7)
5	20 (1,1)	18	79 (4,8)
6	23 (1,4)	19	95 (5,8)
7	15 (0,9)	20	112 (6,9)
8	19 (1,2)	21	106 (6,5)
9	22 (1,3)	22	91 (5,5)
10	34 (2,1)	23	122 (7,5)
11	59 (3,6)		
12	120 (7,4)		

En el siguiente gráfico se muestran estos resultados:

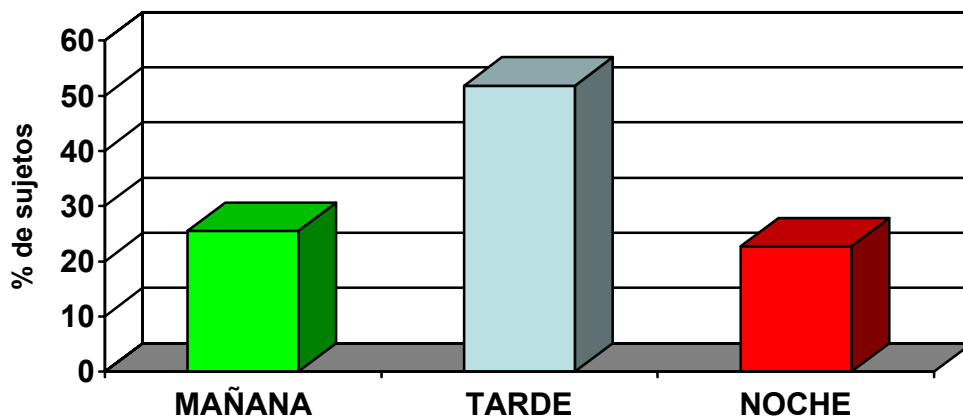
Gráfico 11.- Hora de la tentativa.



Para un mejor análisis se han agrupado las horas de la tentativa en tres grupos, un primer grupo abarcaría el período comprendido entre las 8 de la mañana y las 14,59 horas (mañana), un segundo grupo que abarcaría desde las 15 a las 23,59 horas (tarde), y un tercer grupo que abarcaría desde las 0 hasta las 7,59 horas (noche).

Se ha encontrado que 417 (27,7 %) de los sujetos estudiados eligieron el período de la mañana, 846 (48,6%) lo hicieron en el período de la tarde, y 370 (23,7%) eligieron el período de la noche.

**Gráfico 12.- HORA DE LA TENTATIVA**



Al analizar la distribución horaria en función del sexo, observamos que los varones 177 (27.8%) eligieron la mañana para llevar a cabo la tentativa, 317 (49.8%) eligieron la tarde y 142 (22.3%) lo hicieron por la noche.

Las mujeres, 240 (24.1%) eligieron la mañana para llevar a cabo la tentativa, 529 (53.1%) eligieron la tarde y 228 (22.9%) eligieron la noche.

**Tabla 30.- Hora de la tentativa**

<b>HORA</b>	<b>HOMBRES [N(%)]</b>	<b>MUJERES [N(%)]</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>MAÑANA</b>	177 (27,8)	240 (24,1)	417 (25,5)
<b>TARDE</b>	317 (49,8)	529 (53,1)	846 (51,8)
<b>NOCHE</b>	142 (22,3)	228 (22,9)	370 (22,7)
<b>TOTAL</b>	636 (38,9)	997 (61,1)	1633

Cuando se compara la hora elegida por los sujetos de la muestra para llevar a cabo la tentativa suicida con el sexo, no se obtienen diferencias estadísticamente significativas. En la siguiente tabla se observan estos resultados:

**Tabla 31.- Hora de la tentativa/sexo**

<b>HORA</b>	<b>HOMBRES [N(%)]</b>	<b>MUJERES [N(%)]</b>
<b>MAÑANA</b>	177 (27,8)	240 (24,1)
<b>TARDE</b>	317 (49,8)	529 (53,1)
<b>NOCHE</b>	142 (22,3)	228 (22,9)
<b>TOTAL</b>	636	997

$X^2 (gl) = 2,973 (2); p = 0,226$



**V.2.2.- DIA DE LA SEMANA**

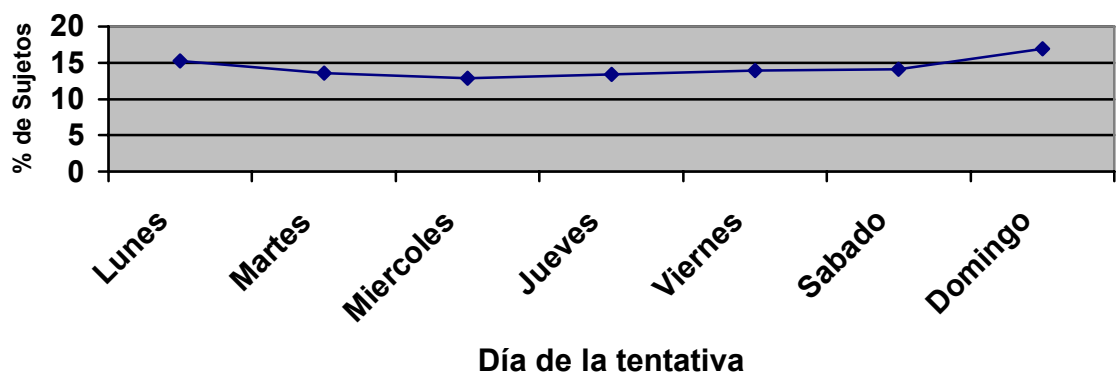
Los días de la semana en que se produce un mayor número de tentativas de suicidio han sido los domingos (16,9 %) y los lunes (15,2 %) respectivamente. Los días en que menos tentativas se han producido han sido los miércoles (12,9 %).

**Tabla 32.- Día de la tentativa**

DÍA	TOTAL [N(%)]
LUNES	247 (15,2)
MARTES	221 (13,6)
MIERCOLES	211 (12,9)
JUEVES	218 (13,4)
VIERNES	227 (13,9)
SABADO	230 (14,1)
DOMINGO	276 (16,9)
<b>TOTAL</b>	1633

En el siguiente gráfico se exponen los resultados:

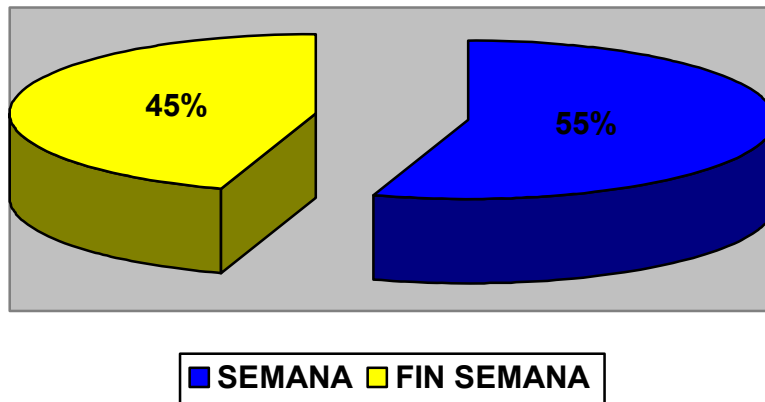
**Gráfico 13.- Día de la tentativa**



Se han agrupado los días de la semana en dos bloques, un primer bloque que agruparía los días lunes, martes, miércoles y jueves (semana) y un segundo bloque, que abarcaría los días viernes, sábado y domingo (fin de semana).

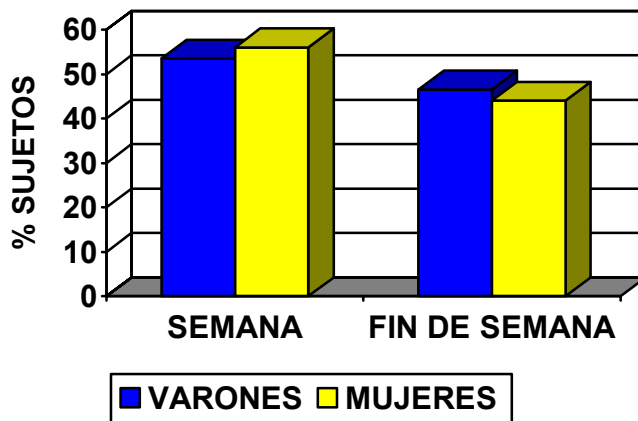
Se han encontrado que 898 (55.1%) de los sujetos lo hicieron durante la semana, en tanto que 733 (44.9%) eligieron el fin de semana.

**Gráfico 14.- DÍA DE LA TENTATIVA**



Tanto los hombres 340 (53.5%) como las mujeres 458 (56%), eligieron con mayor frecuencia para llevar a cabo la tentativa suicida los días de semana, es decir, los comprendidos entre lunes y jueves, optando por los días de fin de semana, es decir, de viernes a domingo, 296 (46.5%) varones y 438 (44%) mujeres.

Gráfico 15.- DIA DE LA TENTATIVA Y SEXO



Cuando se compara el día de la tentativa con el sexo, no se obtienen diferencias estadísticamente significativas. En la siguiente tabla se pueden observar estos resultados:

Tabla 33.- Día de la tentativa y sexo

DIA	HOMBRES [N(%)]	MUJERES [N(%)]
SEMANA	340 (53,5)	558 (56,1)
FIN DE SEMANA	295 (46,5)	437 (43,9)
TOTAL	635	995

$$X^2 (gl) = 1,00 (1); p = 0,315$$

**V.2.3.- MES DE LA TENTATIVA**

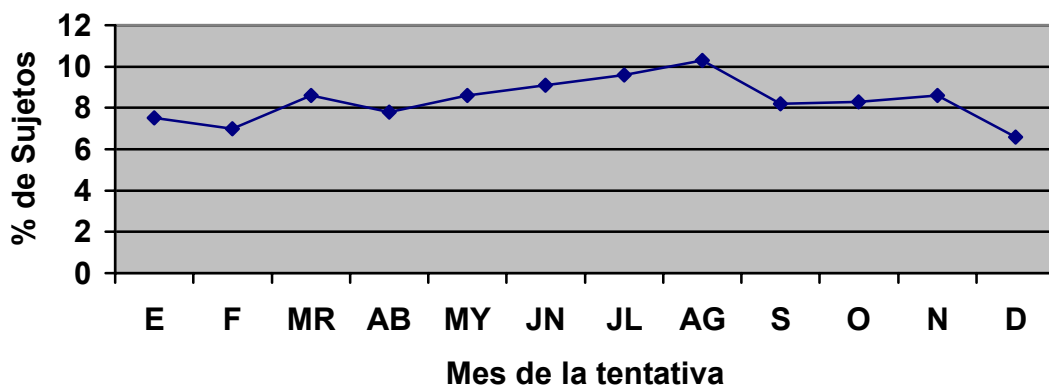
Los meses en los que se produce un mayor número de tentativas son los de Agosto, Julio, Junio, con un 10,3%, 9,6% y 9,1%, respectivamente, seguidos de Marzo, Mayo y Noviembre con un 8,6%. Los meses de Diciembre 6,6% y Febrero 7% son los meses en los que menos tentativas se han realizado.

**Tabla 34.- Mes de la Tentativa**

MES	[N (%)]	MES	[N (%)]
<b>Enero</b>	122 (7,5)	<b>Julio</b>	156 (9,6)
<b>Febrero</b>	114 (7)	<b>Agosto</b>	168 (10,3)
<b>Marzo</b>	140 (8,6)	<b>Septiembre</b>	134 (8,2)
<b>Abril</b>	128 (7,8)	<b>Octubre</b>	135 (8,3)
<b>Mayo</b>	140 (8,6)	<b>Noviembre</b>	140 (8,6)
<b>Junio</b>	148 (9,1)	<b>Diciembre</b>	108 (6,6)

En el siguiente gráfico se muestran estos resultados.

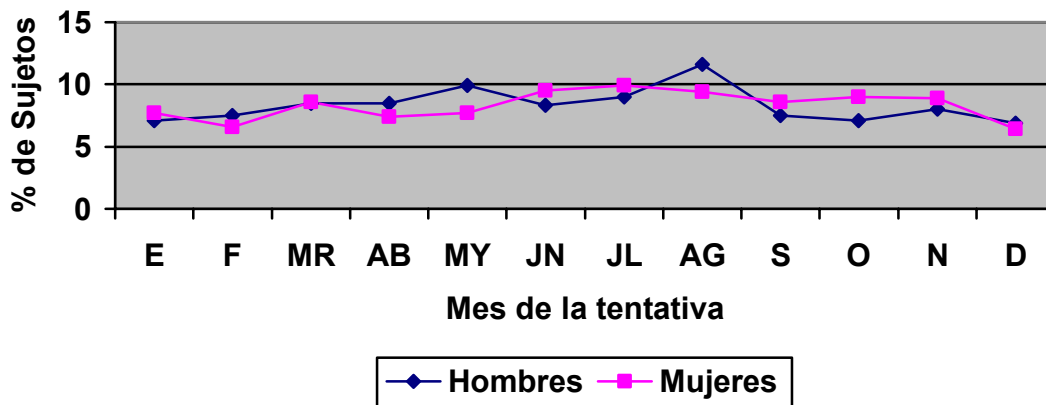
**Gráfico 16. Mes de la tentativa**



Los hombres eligieron mayoritariamente el mes de Agosto (11,6 %) para llevar a cabo la tentativa, siendo los meses de Diciembre, Enero y Octubre (6,9 %, 7,1 % y 7,1 %) respectivamente los meses en que menos tentativas se llevaron a cabo.

Las mujeres, mayoritariamente eligieron los meses de Julio, Junio y Agosto (9,9 %, 9,5 % y 9,4 %) respectivamente, siendo los meses de Diciembre y Febrero (6,4 % y 6,6 %) en los que se produjeron un menor número de tentativas.

**Gráfico 17. Mes de la tentativa y sexo**



Se ha agrupado el año por trimestres Enero, Febrero y Marzo (1° trimestre), Abril, Mayo y Junio (2° trimestre), Julio, Agosto y Septiembre (3° trimestre) y Octubre, Noviembre y Diciembre (4° trimestre).

De los sujetos a estudio, 376 (23.1%) realizaron la tentativa de suicidio durante el primer trimestre, 416 (25.5%) lo hicieron durante el segundo trimestre, 458 (28,1%) lo hicieron durante el tercer trimestre y 383 (23.5%) lo hicieron durante el cuarto trimestre.

**Tabla 35.- Mes de la Tentativa agrupado por trimestres**

MES	[N (%)]
1° Trimestre	376 (23)
2° Trimestre	416 (25,5)
3° Trimestre	458 (28)
4° Trimestre	383 (23,5)

Los hombres, 147 (23,1 %) eligieron el primer trimestre para llevar a cabo la tentativa, 170 (26,7 %) lo hicieron en el segundo trimestre, 179 (28,1 %) lo hicieron en el tercer trimestre, y 140 (22%) lo hicieron en el cuarto trimestre.

Las mujeres, 229 (23 %) eligieron el primer trimestre para llevar a cabo la tentativa, 246 (24,7 %) lo hicieron en el segundo trimestre, 279 (28 %) lo hicieron en el tercer trimestre, y 243 (24,4 %) lo hicieron en el cuarto trimestre.

**Tabla 36.- Mes de la tentativa agrupado por trimestres/sexo**

<b>MES</b>	<b>HOMBRES [N (%)]</b>	<b>MUJERES [N (%)]</b>	<b>TOTAL</b>
<b>1° Trimestre</b>	147 (23,1)	229 (23)	376 (23)
<b>2° Trimestre</b>	170 (26,7)	246 (24,7)	416 (25,5)
<b>3° Trimestre</b>	179 (28,1)	279 (28)	458 (28)
<b>4° Trimestre</b>	140 (22)	243 (24,4)	383 (23,5)
<b>TOTAL</b>	636 (38,9)	997 (61,1)	1633

Cuando se compara el mes de la tentativa con el sexo de la muestra, no se obtienen diferencias estadísticamente significativas. En la siguiente tabla se pueden observar estos resultados:

**Tabla 37.- Mes de la Tentativa (por trimestre) y sexo**

<b>TRIMESTRE</b>	<b>HOMBRES [N (%)]</b>	<b>MUJERES [N (%)]</b>
<b>1° Trimestre</b>	147 (23,1)	229 (23)
<b>2° Trimestre</b>	170 (26,7)	246 (24,7)
<b>3° Trimestre</b>	179 (28,1)	279 (28)
<b>4° Trimestre</b>	140 (22)	243 (24,4)
<b>TOTAL</b>	636 (38,9)	997 (61,1)

$X^2$  (gl) = 1,57 (3); p = 0,665

#### V.2.4.- DIA DEL MES DE LA TENTATIVA

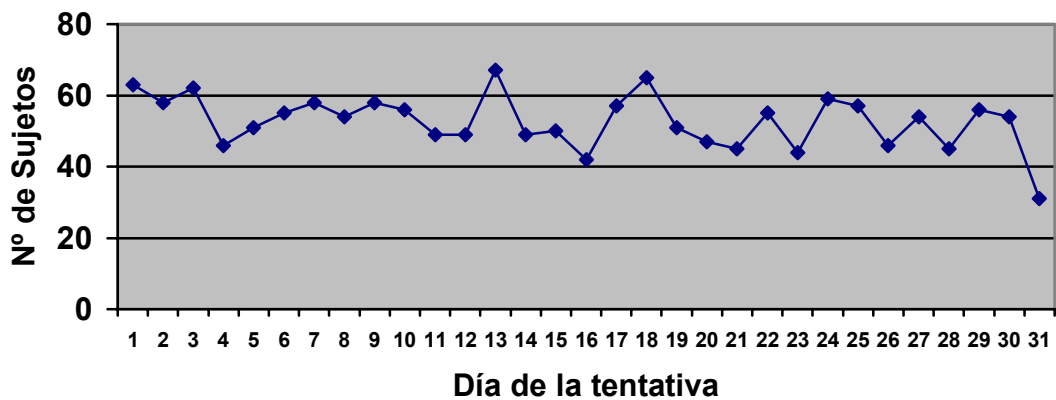
Los días del mes que más tentativas se produjeron fueron los días 13, 18, 24 (4,1 %, 4 %, y 3,6 %) respectivamente, siendo los días 31 y 16 (1,9% y 2,6 %) los días en que menos tentativas se produjeron.



Tabla 38.- Día de la Tentativa

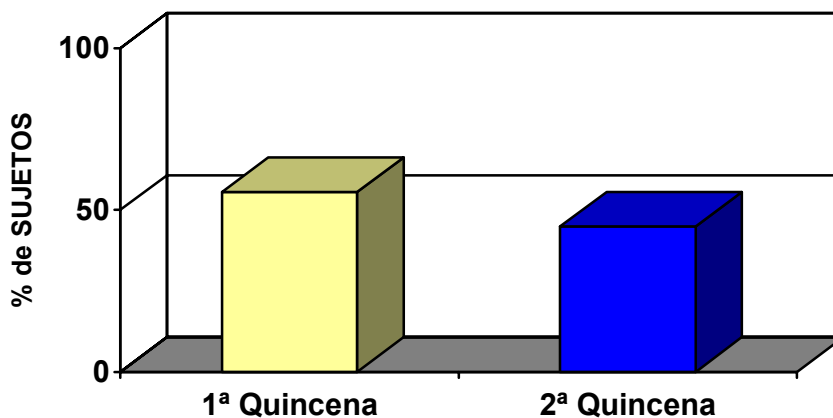
DIA	[N (%)]	DIA	[N (%)]
1	63 (3,9)	17	57 (3,5)
2	58 (3,6)	18	65 (4)
3	62 (3,8)	19	51 (3,1)
4	46 (2,8)	20	47 (2,9)
5	51 (3,1)	21	45 (2,8)
6	55 (3,4)	22	55 (3,4)
7	58 (3,6)	23	44 (2,7)
8	54 (3,3)	24	59 (3,6)
9	58 (3,6)	25	57 (3,5)
10	56 (3,4)	26	46 (2,8)
11	49 (3)	27	54 (3,3)
12	49 (3,	28	45 (2,8)
13	67 (4,1)	29	56 (3,4)
14	49 (3)	30	54 (3,3)
15	50 (3,1)	31	31 (1,9)
16	42 (2,6)		
<b>TOTAL</b>			1633

**Gráfico 18. Día de la tentativa**



Al agrupar los días del mes en dos bloques, del 1 al 15 y del 16 al 31, encontramos que 898 (55,1%) de los sujetos estudiados realizaron la tentativa suicida entre los días 1 y 15 del mes, en tanto que 732 (44,9%) lo hicieron entre los días 16 y 31 del mes.

**Gráfico 19.- DÍA DEL MES DE LA TENTATIVA**



En el grupo de los hombres, 340 (53,5 %) realizaron la tentativa de suicidio en la primera quincena del mes, en tanto que 295 (46,5 %) lo hicieron en la segunda quincena.

En el grupo de las mujeres, 558 (56,1 %) realizaron la tentativa de suicidio en la primera quincena del mes, en tanto que 437 (43,9 %) lo hicieron en la segunda quincena.

**Tabla 39.- Día del mes de la tentativa y sexo**

<b>DIA DEL MES</b>	<b>HOMBRES [N(%)]</b>	<b>MUJERES [N(%)]</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>1ª QUINCENA</b>	340 (53,5)	558 (56,1)	898 (55,1)
<b>2ª QUINCENA</b>	295 (46,5)	437 (43,9)	732 (44,9)
<b>TOTAL</b>	636 (38,9)	997 (61,1)	1633

Cuando se compara el día del mes de la tentativa con el sexo, no se obtienen diferencias estadísticamente significativas. En la siguiente tabla se pueden observar estos resultados:

**Tabla 40.- Día del mes de la tentativa y sexo**

<b>DIA DEL MES</b>	<b>HOMBRES [N(%)]</b>	<b>MUJERES [N(%)]</b>
<b>1ª QUINCENA</b>	340 (53,5)	558 (56,1)
<b>2ª QUINCENA</b>	295 (46,5)	437 (43,9)
<b>TOTAL</b>	636 (38,9)	997 (61,1)

$X^2 (gl) = 1,00 (1); p = 0,315$

### V.2.5.- MÉTODO EMPLEADO

El procedimiento empleado con mayor frecuencia para las tentativas de suicidio fue la intoxicación medicamentosa, elegida por el (74,8 %) de los sujetos, seguido por la flebotomía (18,4 %) de los sujetos. Con una menor frecuencia la precipitación (3 %), la ingestión de pesticidas y otros productos químicos de agricultura (2,4 %), el ahorcamiento (1 %). En el apartado “otros” (0,3%) se han agrupado 4 casos que no se han especificado y uno que se disparó con un arma de fuego.

**Tabla 41.- Método empleado en la tentativa**

	[N (%)]
Intoxicación medicamentosa	1221 (74,8)
Flebotomía	301 (18,4)
Precipitación	48 (3)
Tóxicos	39 (2,4)
Ahorcamiento	16 (1)
Otros	5 (0,3)

Los hombres eligieron con mayor frecuencia las intoxicaciones medicamentosas (64,2 %), seguidos de la flebotomía (26,7%), las precipitaciones (4,4%), las intoxicaciones con tóxicos (2,4 %) y el ahorcamiento (2 %).

Las mujeres, eligieron así mismo con mayor frecuencia las intoxicaciones medicamentosas (81,6 %), seguidos de la flebotomía, (13,1%), las intoxicaciones con tóxicos (2,4 %), las precipitaciones (2 %) y el ahorcamiento (2 %).

**Tabla 42. Método de la tentativa y sexo**

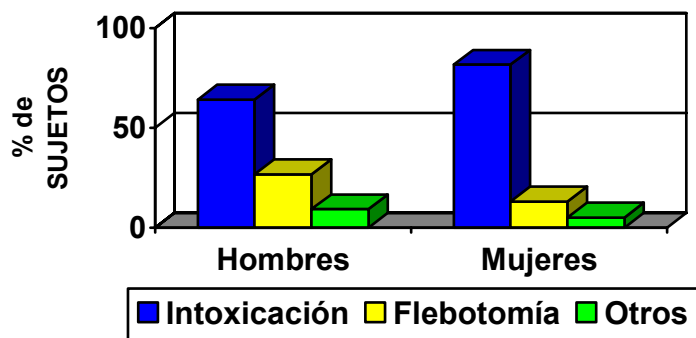
<b>MÉTODO</b>	<b>HOMBRES</b> <b>[N(%)]</b>	<b>MUJERES</b> <b>[N(%)]</b>	<b>TOTAL</b> <b>[N(%)]</b>
<b>I. MEDICAMENTOSA</b>	408 (64,2)	814 (81,6)	1222 (74,8)
<b>FLEBOTOMÍA</b>	170 (26,7)	131 (13,1)	301 (18,5)
<b>PRECIPITACIONES</b>	28 (4,4)	20 (2)	48 (3)
<b>AHORCAMIENTO</b>	13 (1,1)	3 (0,3)	16 (1)
<b>TÓXICOS</b>	15 (1,3)	24 (2,5)	39 (2,4)
<b>OTROS</b>	2 (0,3)	5 (0,5)	7 (0,5)
<b>TOTAL</b>	636 (38,9)	997 (61,1)	1633

Se ha procedido a agrupar en tres bloques los diferentes métodos en función de la mayor frecuencia en su utilización, un primer bloque serían las intoxicaciones medicamentosas, un segundo bloque las flebotomías y un tercer bloque que agruparía el resto de procedimientos. Al comparar el método elegido en función del sexo, se observan diferencias estadísticamente significativas. En la siguiente tabla se pueden observar mejor estos resultados

**Tabla 43. Método de la tentativa y sexo**

<b>MÉTODO</b>	<b>HOMBRES</b> <b>[N(%)]</b>	<b>MUJERES</b> <b>[N(%)]</b>
<b>I. MEDICAMENTOSA</b>	408 (64,2)	814 (81,6)
<b>FLEBOTOMÍA</b>	169 (26,7)	131 (13,1)
<b>OTROS</b>	59 (9,3)	52 (5,2)
<b>TOTAL</b>	636 (38,9)	997 (61,1)

$\chi^2$  (gl) = 63,44 (2); p = 0,000

**Gráfico 20.- MÉTODO DE LA TENTATIVA**

$p < 0,000$

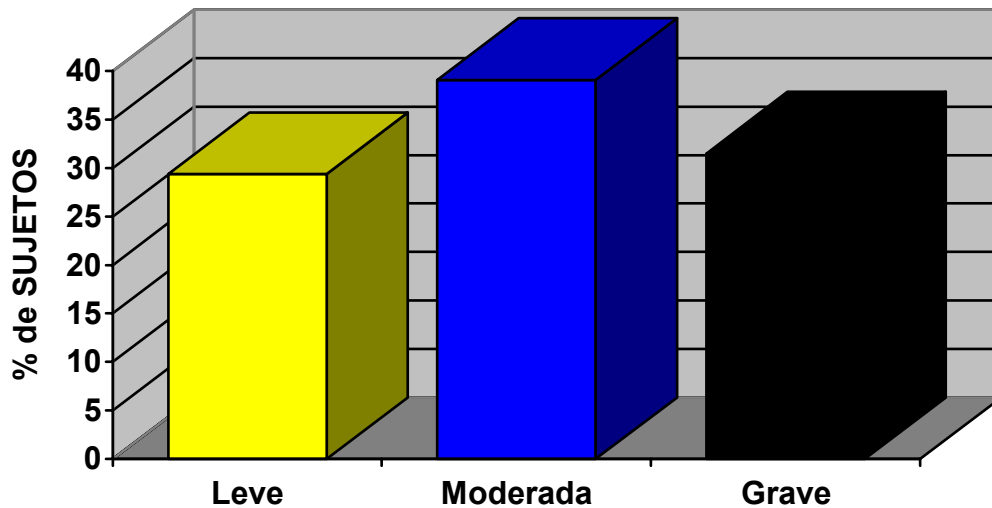
Se observa como el grupo de las mujeres utiliza con mayor frecuencia métodos no cruentos (intoxicación medicamentosa) para la tentativa suicida, en tanto que los hombres utilizan más frecuentemente métodos cruentos (flebotomía).

### V.2.6.- INTENCIONALIDAD SUICIDA

Con respecto a la intencionalidad de la tentativa suicida se ha dividido ésta en tres grupos en función de la gravedad del procedimiento elegido. El primer grupo estaría formado por aquellos procedimientos que tuvieron un carácter leve, es decir, sin precisar atención somática en el servicio de urgencias. El segundo grupo estaría formado por aquellos procedimientos que tuvieron un carácter moderado, precisando asistencia médica menor, como lavado gástrico o sutura, y el tercer grupo estuvo formado por las tentativas que tuvieron un carácter grave, pues requirieron atención médica continuada durante días.

En el primero grupo, es decir las tentativas consideradas como leves, se han encontrado 480 (29,4 %), tentativas moderadas 638 (39,1 %), y tentativas graves 515 (31,5 %).

**Gráfico 21.- Intencionalidad suicida**



En el grupo de los hombres 167 (26,3 %) habían realizado una tentativa leve, 218 (34,3 %) una tentativa moderada, y 251 (39,5%) habían realizado una tentativa de suicidio grave.

En el grupo de las mujeres 313 (31,4 %) habían realizado una tentativa leve, 420 (42,1 %) una tentativa moderada, y 264 (26,5%) habían realizado una tentativa de suicidio grave.

**Tabla 44.- Intencionalidad suicida y sexo**

<b>INTENCIONALIDAD</b>	<b>HOMBRES</b> [N(%)]	<b>MUJERES</b> [N(%)]	<b>TOTAL</b> [N(%)]
<b>LEVE</b>	167 (26,3)	313 (31,4)	480 (29,4)
<b>MODERADA</b>	218 (34,3)	420 (42,1)	638 (39,1)
<b>GRAVE</b>	251 (39,5)	264 (26,5)	515 (31,5)
<b>TOTAL</b>	636 (38,9)	997 (61,1)	1633

Cuando se comparan la intencionalidad suicida y el sexo, se observan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. En la siguiente tabla se pueden observar estos resultados

**Tabla 45.- Intencionalidad suicida y sexo**

<b>INTENCIONALIDAD</b>	<b>HOMBRES</b> [N(%)]	<b>MUJERES</b> [N(%)]
<b>LEVE</b>	167 (26,3)	313 (31,4)
<b>MODERADA</b>	218 (34,3)	420 (42,1)
<b>GRAVE</b>	251 (39,5)	264 (26,5)
<b>TOTAL</b>	636 (38,9)	997 (61,1)

$\chi^2 (gl) = 30,27 (2); p = 0,000$

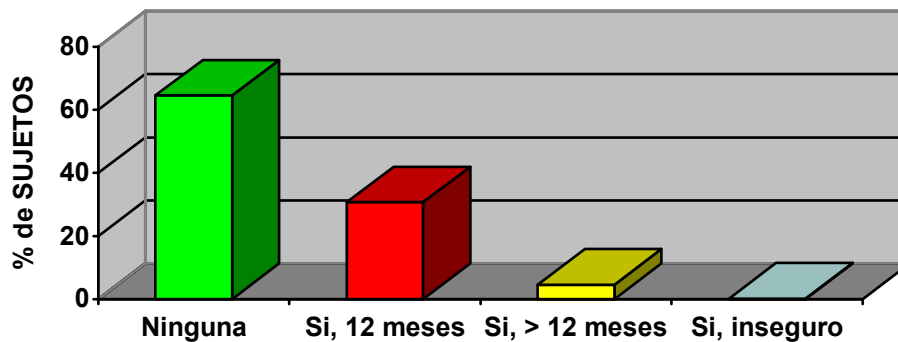
Se puede observar como los hombres presentan unos porcentajes de intencionalidad leve y moderada inferiores a la del grupo de las mujeres, sin embargo cuando se trata de intencionalidad grave, este porcentaje se invierte, siendo más elevado en los hombres que en las mujeres.



**V.2.7.- TENTATIVAS PREVIAS**

Con relación a la existencia de tentativas de suicidio previas se ha encontrado que del total de la muestra, 1053 (64,5%) no habían realizado ninguna tentativa previa, 502 (30,7%) habían realizado alguna tentativa durante el último año, 75 (4,6%) la habían realizado aunque hacía mas de un año, y 3 (0.2%), también lo habían intentado previamente aunque era una dato inseguro la fijación del tiempo.

**Gráfico 22.- Tentativas de suicidio previas**



En el grupo de los hombres, 428 (68,5 %) no habían realizado ninguna tentativa previa, 167 (26,7 %) habían realizado alguna tentativa durante los últimos 12 meses, 28 (4,5 %) la habían realizado hacía más de un año, y 2 (0.4 %) la había realizado aunque era un dato inseguro la fijación del tiempo.

En el grupo de las mujeres, 620 (63,1 %) no habían realizado ninguna tentativa previa, 325 (33,1 %) habían realizado alguna tentativa durante los últimos 12 meses, 37 (3,8 %) la habían realizado hacía más de un año, y 1 (0.1 %) la había realizado aunque era un dato inseguro la fijación del tiempo.

**Tabla 46.- Tentativas de suicidio previas y sexo**

<b>T. PREVIAS</b>	<b>HOMBRES [N(%)]</b>	<b>MUJERES [N(%)]</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>NINGUNA</b>	429 (67,5)	624 (62,6)	1053 (64,5)
<b>AÑO ANTERIOR</b>	175 (27,5)	327 (32,8)	502 (30,7)
<b>&gt; 1 AÑO</b>	30 (4,7)	45 (4,5)	75 (4,6)
<b>DATO INSEGURO</b>	2 (0,4)	1 (0,1)	3 (0,2)
<b>TOTAL</b>	636 (38,9)	997 (61,1)	1633

Cuando se compara la variable presencia de tentativas de suicidio previas en función del sexo, se obtienen diferencias estadísticamente significativas. En la siguiente tabla se pueden observar mejor estos datos.

**Tabla 47.- Tentativas de suicidio previas y sexo**

<b>T. PREVIAS</b>	<b>HOMBRES [N(%)]</b>	<b>MUJERES [N(%)]</b>
<b>NO</b>	429 (67,5)	624 (62,6)
<b>SI</b>	207 (32,5)	373 (37,4)
<b>TOTAL</b>	636 (38,9)	997 (61,1)

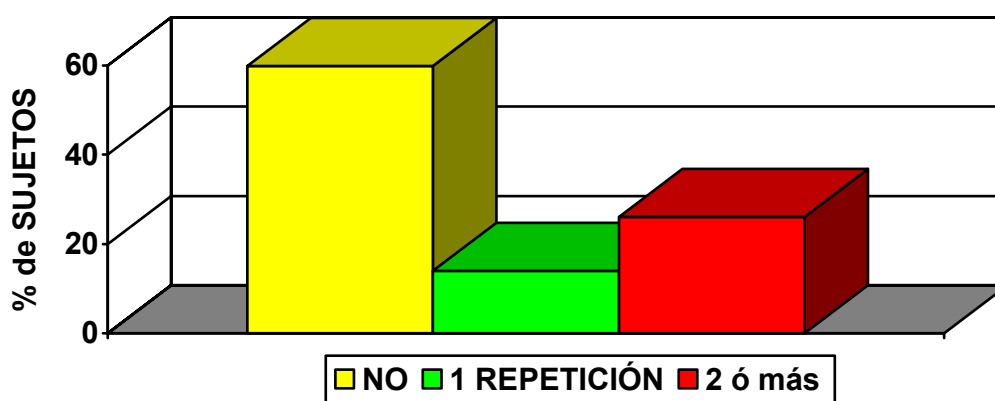
$$X^2 (gl) = 4,01 (1); p = 0,045$$

Se puede observar como las mujeres presentan porcentualmente más tentativas de suicidio previas que los hombres.

### V.2.8.- REPETICION DE LA TENTATIVA

Con respecto a los sujetos que habían realizado algún tipo de tentativa suicida, se ha estudiado si estos, una vez realizado el intento habían repetido esta conducta durante el tiempo de monitorización, encontrando que 978 (59,9%) de los sujetos no habían repetido la conducta durante la monitorización, 228 (14 %) habían realizado una primera repetición y 427 (26,1 %) habían realizado 2 o más repeticiones.

**Gráfico 23.- REPETICIÓN DE LA TENTATIVA**



Por sexos, en el grupo de los hombres, encontramos que 396 (62,3%) no habían repetido la tentativa suicida, 91 (14,3 %) habían repetido en una ocasión, y 149 (23,4 %) la habían repetido en 2 o más ocasiones.

En el grupo de las mujeres, encontramos que 582 (58,4 %) no habían repetido la tentativa suicida, 137 (13,7 %) la habían repetido en una ocasión, y 278 (27,9 %) la habían repetido en 2 o más ocasiones.

Al comparar en función del sexo, la variable repetición de la tentativa de suicidio durante el período de monitorización, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 48.- Repetición de la tentativa suicida y sexo**

REPETICIÓN	HOMBRES [N(%)]	MUJERES [N(%)]	TOTAL [N(%)]
1 REPETICIÓN	91 (14,3)	137 (13,7)	228 (14)
2 O MAS	149 (23,4)	278 (27,9)	427 (26,1)
NO REPETICIÓN	396 (62,3)	582 (58,4)	978 (59,9)
TOTAL	636 (38,9)	997 (66,1)	1633

$X^2$  (gl) = 4,01 (2); p = 0,134

### V.2.9.- TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE TENTATIVAS

En relación al tiempo transcurrido entre dos tentativas de suicidio, se encontró que la media fue de [155 (193,55)] días.

En el grupo de los hombres, la media fue de [152 (186,39)] días, mientras que en el grupo de las mujeres, la media fue de [157 (197,72)] días.

**Tabla 49.- Tiempo transcurrido entre tentativas**

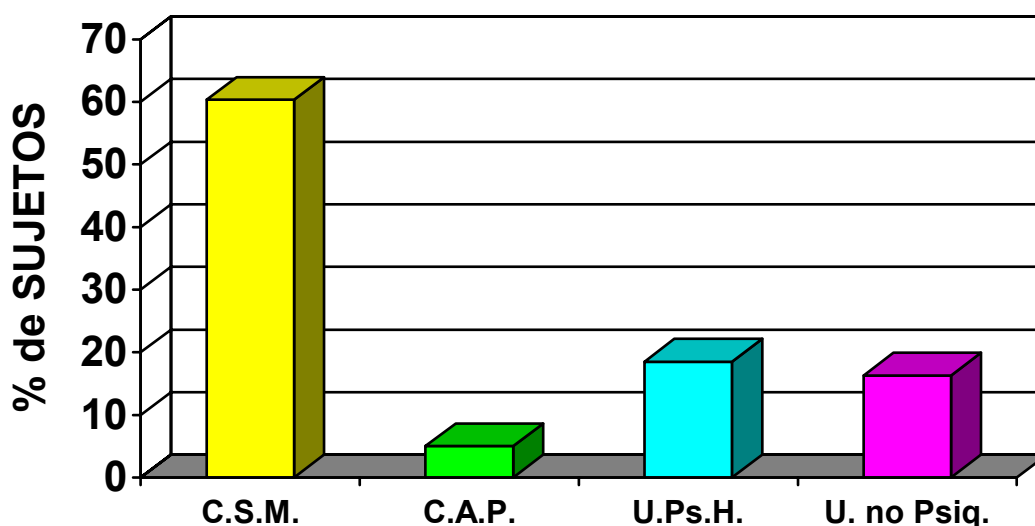
DÍAS	HOMBRES [N(%)]	MUJERES [N(%)]	P*
Días	152 (186,39)	157 (197,72)	N.S.

\* t de student

### V.2.10.- DERIVACIÓN

Respecto a la derivación realizada desde el Servicio de Urgencias se ha encontrado que 81 (5 %) sujetos fueron derivados a su Centro de Atención Primaria (CAP), 984 (60,3%) fueron remitidos al Centro de Salud Mental (CSM) que le correspondía, 302 (18,5%) fueron ingresados en la Unidad Psiquiátrica de Hospitalización (U.Ps.H), y 266 (16,3%) fueron ingresados en Unidades Hospitalarias no psiquiátricas.

**Gráfico 24.- DERIVACIÓN TRAS LA TENTATIVA**



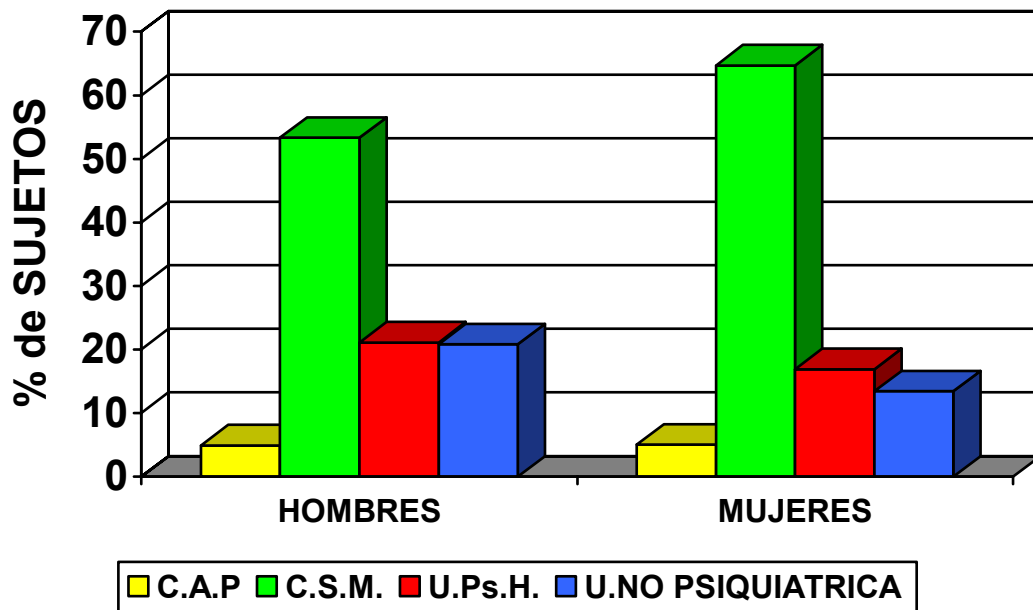
En el grupo de los hombres, 31 (4,9 %) fueron derivados a su Centro de Atención Primaria, 339 (53,3 %) fueron remitidos al Centro de Salud Mental que le correspondía, 134 (21,1%) fueron ingresados en la Unidad Psiquiátrica de Hospitalización, y 132 (20,8 %) fueron ingresados en Unidades hospitalarias no psiquiátricas.

En el grupo de las mujeres, 50 (5 %) fueron derivadas a su Centro de Atención Primaria, 645 (64,7 %) fueron remitidas al Centro de Salud Mental que le correspondía, 168 (16,9 %) fueron ingresadas en la Unidad Psiquiátrica de Hospitalización, y 134 (13,4%) fueron ingresadas en Unidades hospitalarias no psiquiátricas.

**Tabla 50.- Derivación tras la tentativa y sexo**

<b>REPETICIÓN</b>	<b>HOMBRES [N(%)]</b>	<b>MUJERES [N(%)]</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>C.A.P</b>	31 (4,9)	50 (5)	81 (4,9)
<b>C.S.M</b>	339 (53,3)	645 (64,7)	984 (60,3)
<b>U.Ps.H.</b>	134 (21,1)	168 (16,9)	302 (18,5)
<b>U.HOSPITAL</b>	132 (20,8)	134 (13,4)	266 (16,3)
<b>TOTAL</b>	636 (38,9)	997 (66,1)	1633

Gráfico 25.- DERIVACIÓN TRAS LA TENTATIVA



Los hombres son ingresados con mayor frecuencia, tanto en Unidades de Psiquiatría, como en otras Unidades Hospitalarias (UVI, Traumatología, Medicina Interna) que las mujeres, resultando esta diferencia estadísticamente significativa. En la siguiente tabla se pueden observar mejor estos resultados:

Tabla 51.- Derivación tras la tentativa y sexo

REPETICIÓN	HOMBRES [N(%)]	MUJERES [N(%)]
C.A.P	31 (4,9)	50 (5)
C.S.M	339 (53,3)	645 (64,7)
U.Ps.H.	134 (21,1)	168 (16,9)
U.HOSPITAL	132 (20,8)	134 (13,4)
TOTAL	636 (38,9)	997 (66,1)

$X^2$  (gl) = 24,86 (3); p = 0,000

### V.2.11.- DIGNÓSTICO

Se ha recogido el diagnóstico principal al alta, y se ha agrupado en las cuatro categorías diagnósticas de mayor prevalencia en la literatura, referida a las tentativas de suicidio de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS en su 10ª revisión (CIE-10).

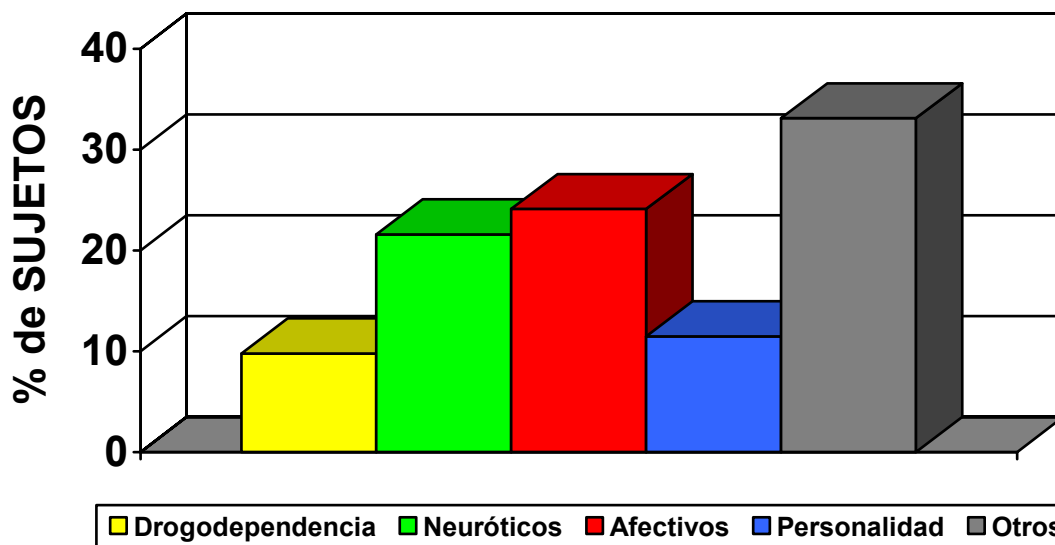
Los datos se muestran en la siguiente tabla. Es de destacar la preponderancia de los trastornos afectivos, así como de los trastornos neuróticos, de personalidad y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

**Tabla 52.- Diagnóstico CIE-10.**

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>DROGODEPENDENCIAS</b>	160 (9,8)
<b>NEURÓTICOS</b>	352 (21,6)
<b>AFECTIVOS</b>	393 (24,1)
<b>PERSONALIDAD</b>	187 (11,5)
<b>OTROS</b>	541 (33,1)
<b>TOTAL</b>	1633



Gráfico 26.- Diagnóstico CIE-10



Se han agrupado los diagnósticos, en las cuatro categorías diagnósticas de mayor prevalencia en la literatura referida a las tentativas de suicidio.

En el grupo de los hombres, predominan los trastornos neuróticos 102 (16 %), seguidos de los trastornos afectivos 103 (16,2), los trastornos por consumo de sustancias 111 (17,4 %), y de los trastornos de la personalidad 74 (11,6 %).

En el grupo de las mujeres, predominan los trastornos afectivos 290 (29,1 %), seguido de los trastornos neuróticos 250 (25,1 %), y de los trastornos de la personalidad 113 (11,3 %).

**Tabla 53.- Diagnóstico (CIE-10)/sexo**

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>HOMBRES [N(%)]</b>	<b>MUJERES [N(%)]</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>NEURÓTICOS</b>	102 (16)	250 (25,1)	352 (21,5)
<b>AFECTIVOS</b>	103 (16,2)	290 (29,1)	393 (24,1)
<b>DROGODEPENDENCIAS</b>	111 (17,4)	49 (5)	160 (9,8)
<b>PERSONALIDAD</b>	74 (11,6)	113 (11,3)	187 (11,4)
<b>OTROS</b>	246 (38,6)	295 (29,5)	541 (32,1)
<b>TOTAL</b>	<b>636 (38,9)</b>	<b>997 (61,1)</b>	<b>1633</b>

Las mujeres con diagnóstico de trastornos neuróticos y trastornos afectivos presentan una prevalencia superior al del grupo de los hombres y sin embargo, estos presentan tasas más elevadas en trastornos por consumo de sustancias. Esta diferencia ha resultado estadísticamente significativa ( $p = 0,000$ ). En la siguiente tabla se pueden observar mejor estos resultados:

**Tabla 54.- Diagnóstico (CIE-10)**

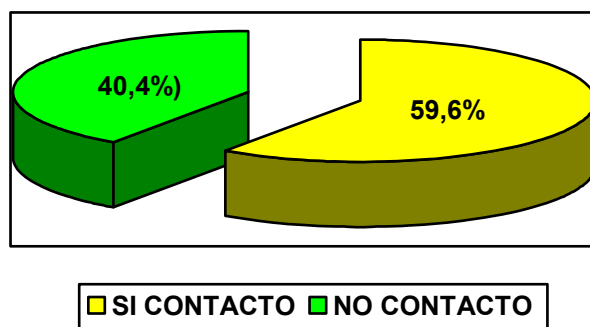
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>HOMBRES [N(%)]</b>	<b>MUJERES [N(%)]</b>
<b>NEURÓTICOS</b>	102 (16)	250 (25,1)
<b>AFECTIVOS</b>	103 (16,2)	290 (29,1)
<b>DROGODEPENDENCIAS</b>	111 (17,4)	49 (5)
<b>PERSONALIDAD</b>	74 (11,6)	113 (11,3)
<b>OTROS</b>	246(38,6)	295(29,5)
<b>TOTAL</b>	<b>636</b>	<b>997</b>

$X^2$  (gl) = 113,54 (4);  $p = 0,000$

**V.2.13.- CONTACTO CON LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL**

Se ha estudiado si los sujetos que habían realizado algún tipo de conducta suicida tenían ó habían tenido contacto con los dispositivos de Salud Mental, y se ha encontrado que del total de la muestra, 973 (59,6 %) de los sujetos mantenían o habían mantenido en algún momento contacto con los Servicios de Salud Mental.

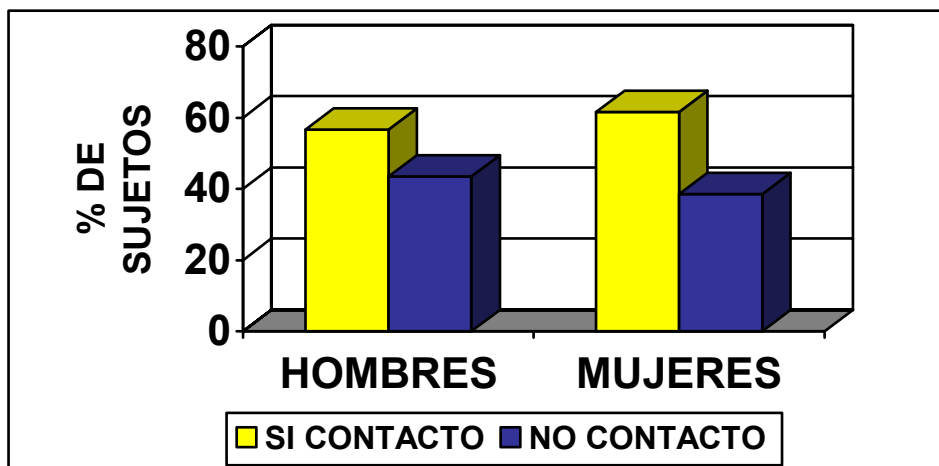
**Gráfico 27.- CONTACTO CON SALUD MENTAL**



En el grupo de los hombres, se encontró que 360 (56,6 %) tenían o habían mantenido contacto con algún dispositivo de Salud Mental.

En el grupo de las mujeres, 613 (61,5 %) tenían o habían mantenido contacto con algún dispositivo de Salud Mental.

Gráfico 28.- CONTACTO CON SALUD MENTAL y SEXO



$p < 0,05$

Tabla 55.- Contacto con dispositivos de Salud Mental y sexo

CONTACTO	HOMBRES [N(%)]	MUJERES [N(%)]	TOTAL [N(%)]
SI	360 (56,6)	613 (61,5)	973 (59,6)
NO	276 (43,4)	384 (38,5)	660 (40,4)
<b>TOTAL</b>	<b>636 (38,95)</b>	<b>997 (61,05)</b>	<b>1633</b>

Cuando se comparan ambos grupos en función del sexo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas. En la tabla siguiente se pueden observar estos resultados:

Tabla 56.- Contacto con dispositivos de Salud Mental y sexo

CONTACTO	HOMBRES [N(%)]	MUJERES [N(%)]	TOTAL [N(%)]
SI	360 (56,6)	613 (61,5)	973 (59,6)
NO	276 (43,4)	384 (38,5)	660 (40,4)
<b>TOTAL</b>	<b>636 (38,95)</b>	<b>997 (61,05)</b>	<b>1633</b>

$X^2$  (gl) = 3,84 (1);  $p = 0,05$

**V.3.- ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DE LA EDAD**

**V.3.1.- EDAD Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**V.3.1.1.- EDAD Y ESTADO CIVIL**

Teniendo en cuenta las tendencias epidemiológicas de las tentativas de suicidio, la población ha sido distribuida en 3 grupos de edad,  $\leq 19$  años, que se describe como parasuicidio en jóvenes, de 20 a 49 años, parasuicidio en adultos, y mayores de 49 años que representaría la conducta parasuicida en los grupos de más edad.

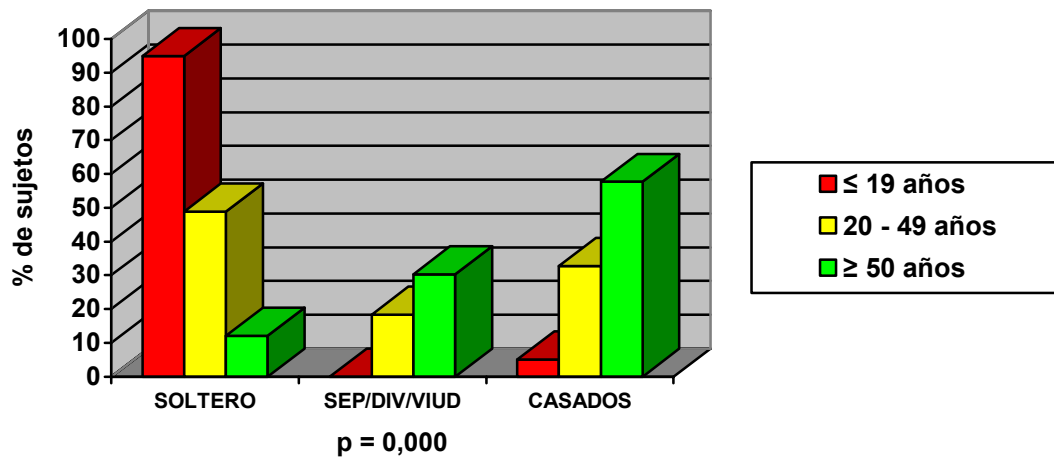
Los solteros representan el 95% del grupo de menores de 20 años y el 48,9% del grupo de 20 a 49 años siendo el estado civil predominante en ambos grupos. Los casados o con pareja estable son el grupo mas numeroso de tentativas de suicidio con el 57,7% de los casos en los mayores de 49 años. Los separados, divorciados y/o viudos tienen porcentajes superiores en el grupo de mayores de 49 años. Las diferencias encontradas resultan estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 57.- Grupos de edad y Estado civil**

<b>E. CIVIL</b>	<b><math>\leq 19</math> años</b> <b>[N(%)]</b>	<b>20 – 49 años</b> <b>[N(%)]</b>	<b><math>\geq 50</math> años</b> <b>[N(%)]</b>
<b>SOLTEROS</b>	96 (95)	519 (48,9)	33 (12)
<b>SEP/DIV/VIUD</b>	0 (0)	195 (18,4)	83 (30,3)
<b>CASADOS</b>	5 (5)	347 (32,7)	158 (57,7)
<b>TOTAL</b>	101 (7)	1.061 (73,9)	274 (19,1)

**$X^2$  (gl) = 229,38 (4);  $p = 0,000$**

Gráfico 29.- Edad y Estado civil



### V.3.1.2.- EDAD Y CONVIVENCIA

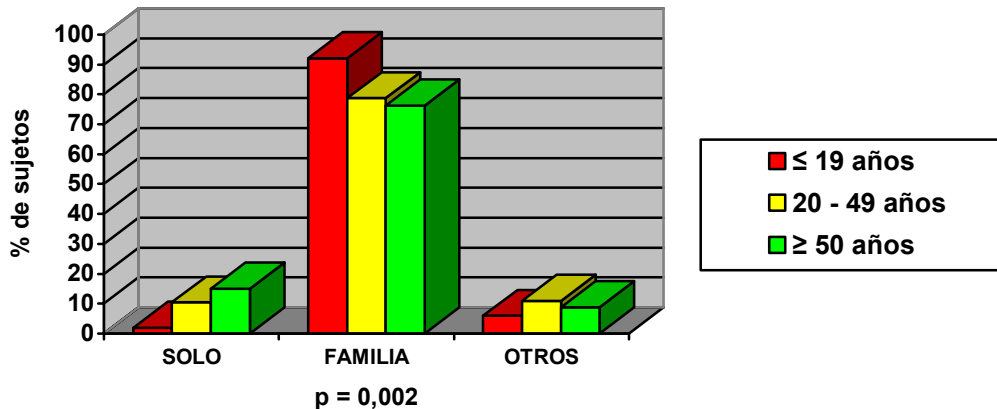
La mayoría de los sujetos viven con su familia (propia o de origen), con porcentajes ligeramente superiores en el grupo de menores de 20 años (92,1%). Mucho menores son los porcentajes de los sujetos que viven solos, siendo el grupo de mayores de 49 años (15%) más alto que en los otros dos grupos. Las diferencias son estadísticamente significativas (p = 0,002).

Tabla 58.- Grupos de edad y Convivencia

CONVIVENCIA	≤ 19 años [N(%)]	20 – 49 años [N(%)]	≥ 50 años [N(%)]
SOLO	2 (2)	110 (10,4)	41 (15)
FAMILIA	93 (92,1)	834 (78,7)	209 (76,3)
OTROS	6 (5,9)	116 (10,9)	24 (8,8)
<b>TOTAL</b>	101 (7)	1.060 (73,9)	274 (19,1)

$X^2$  (gl) = 17,35 (4); p = 0,002

Gráfico 30.- Edad y Convivencia



### V.3.1.3.- EDAD Y NIVEL EDUCATIVO

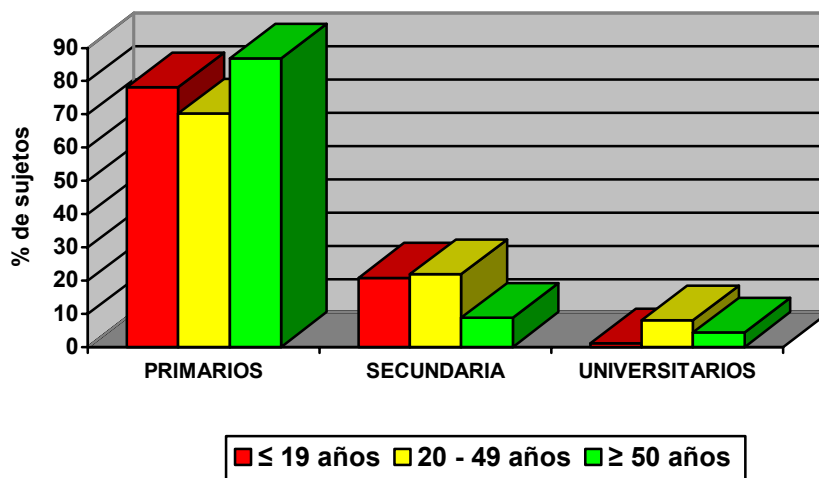
En los tres grupos predominan los sujetos con estudios primarios, con un porcentaje algo superior en el grupo de mayores de 49 años (86,9%) que en el grupo de menores de 20 años (78,2%) y el de 20 a 49 años (70,2%). Les siguen los sujetos con estudios de secundaria, siendo los porcentajes del (21,8%) en el grupo de 20 a 49 años y del 20,8% en el grupo de menores de 20 años. Los sujetos con estudios universitarios, representan porcentajes menores, predominando el grupo de 20 a 49 años (8%), seguido del grupo de mayores de 49 años (4,4%). Las diferencias encontradas resultan estadísticamente significativas (p = 0,000).

Tabla 59.- Edad y nivel educativo

NIVEL EDUCATIVO	≤ 19 años [N(%)]	20 – 49 años [N(%)]	≥ 50 años [N(%)]
PRIMARIOS	79 (78,2)	744 (70,2)	238 (86,9)
SECUNDARIA	21 (20,8)	231 (21,8)	24 (8,8)
UNIVERSITARIOS	1 (1)	85 (8)	12 (4,4)
TOTAL	101 (7)	1.060 (73,9)	274 (19,1)

$\chi^2$  (gl) = 37,46 (4); p = 0,000

Gráfico 31.- Edad y Nivel educativo



p = 0,000



**V.3.1.4.- EDAD Y ACTIVIDAD ECONÓMICA**

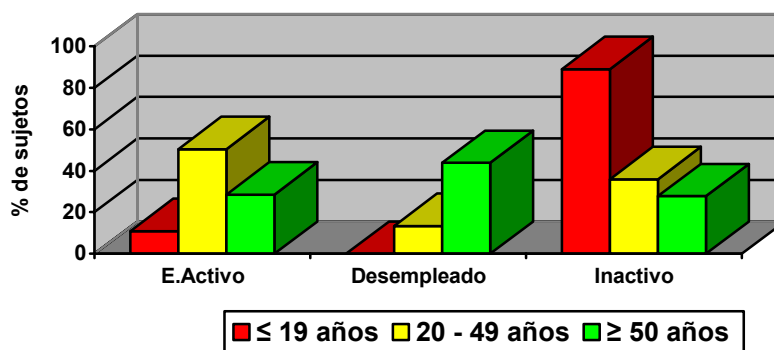
Predominan los sujetos económicamente inactivos (amas de casa, estudiantes, etc.) en el grupo de menores de 20 años. En el grupo de sujetos económicamente activos empleados predomina el grupo de 20 a 49 años, y en el grupo de sujetos económicamente activos desempleados, predomina el grupo de mayores de 50 años. Las diferencias resultan estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 60.- Edad y actividad económica**

<b>A. Económica</b>	<b>≤ 19 años</b> [N(%)]	<b>20 – 49 años</b> [N(%)]	<b>≥ 50 años</b> [N(%)]
<b>E. Activo, empleado</b>	11 (10,9)	534 (50,5)	82 (28,5)
<b>E. Activo, desempleado</b>	0 (0)	142 (13,4)	126 (43,8)
<b>E. Inactivo</b>	90 (89,1)	381 (36)	80 (27,8)
<b>TOTAL</b>	101 (7)	1.057 (73,1)	274 (19,1)

$X^2$  (gl) = 262,32 (4);  $p = 0,000$

**Gráfico 32.- Edad y Actividad económica**



$p = 0,000$

**V.3.1.5.- EDAD Y CONCEJO DE RESIDENCIA**

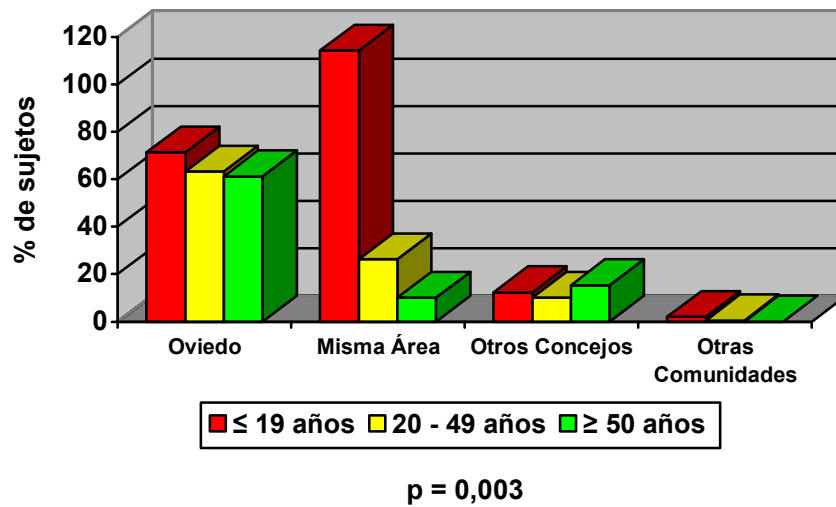
La mayoría de los sujetos de los tres grupos de edad residen en la zona urbana (Oviedo). Los sujetos que viven dentro de la misma Área sanitaria pero fuera del Concejo de Oviedo, es mayoritario el grupo de 20 a 49 años (26,3%). Con respecto a los que viven fuera del área sanitaria, el grupo mayoritario es el de mayores de 49 años (15,3%). Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas ( $p = 0,003$ ).

**Tabla 61. Concejo de residencia y grupos de edad**

<b>E. CIVIL</b>	<b>≤ 19 años</b> <b>[N(%)]</b>	<b>20 – 49 años</b> <b>[N(%)]</b>	<b>≥ 50 años</b> <b>[N(%)]</b>
<b>Oviedo</b>	75 (71,4)	768 (63,2)	188 (61,2)
<b>Misma Área</b>	15 (14,3)	320 (26,3)	72 (23,5)
<b>Otros Concejos</b>	13 (12,4)	123 (10,1)	47 (15,3)
<b>O. Comunidades</b>	2 (1,9)	5 (0,4)	0 (0)
<b>TOTAL</b>	105 (6,4)	1.216 (74,7)	307 (18,9)

**$X^2$  (gl) = 19,91 (6);  $p = 0,003$**

Gráfico 33.- Edad y Concejo de residencia



**V.3.1.6.- EDAD Y CAMBIO DE DOMICILIO**

Durante el último año, sólo un sujeto del grupo de 20 a 49 años de edad, realizó un cambio de domicilio, pasando a vivir del Área sanitaria de estudio a otra Área sanitaria. Las diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 62.- Cambio de domicilio en el último año y Grupos de edad

CAMBIO DOMICILIO	≤ 19 años [N(%)]	20 – 49 años [N(%)]	≥ 50 años [N(%)]
MISMA ÁREA	100 (100)	1055 (99,9)	272 (100)
DISTINTA AREA	0 (0)	1 (0,1)	0 (0)
TOTAL	100 (100)	1.056 (73,9)	272 (19)

$X^2 (gl) = 0,35 (2); p = 0,838$

**V.3.1.7.- EDAD Y NACIONALIDAD**

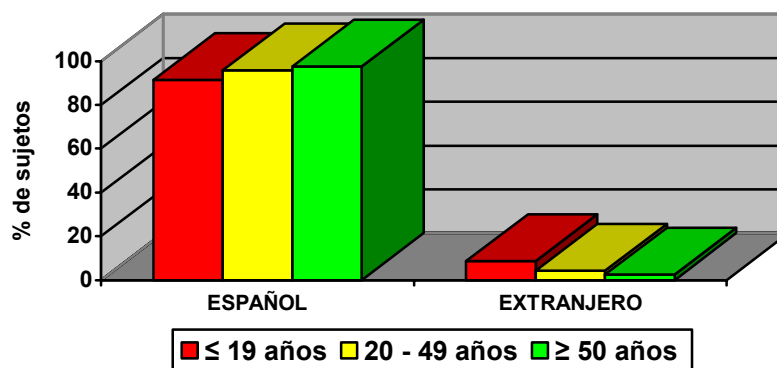
Prácticamente la totalidad de los sujetos a estudio tenían nacionalidad española en cualquiera de los grupos de edad, no obstante, se observa un porcentaje más elevado de extranjeros en el grupo de menores de 20 años (8,6%) que en el resto de los grupos (4,1% y 2,6%) respectivamente. Esta diferencia resulta estadísticamente significativa, ( $p = 0,029$ ).

**Tabla 63.- Nacionalidad y Grupos de edad**

NACIONALIDAD	≤ 19 años [N(%)]	20 – 49 años [N(%)]	≥ 50 años [N(%)]
ESPAÑOLA	96 (91,4)	1166 (95,9)	299 (97,4)
EXTRANJERO	9 (8,6)	50 (4,1)	8 (2,6)
TOTAL	105 (6,4)	1.216 (74,7)	307 (18,9)

$X^2$  (gl) = 7,05 (2);  $p = 0,029$

**Gráfico 34.- Edad y Nacionalidad**



$p = 0,029$

**V.3.2.- EDAD Y ESTUDIO DE LA TENTATIVA ACTUAL**

**V.3.2.1.- EDAD Y HORA DE LA TENTATIVA**

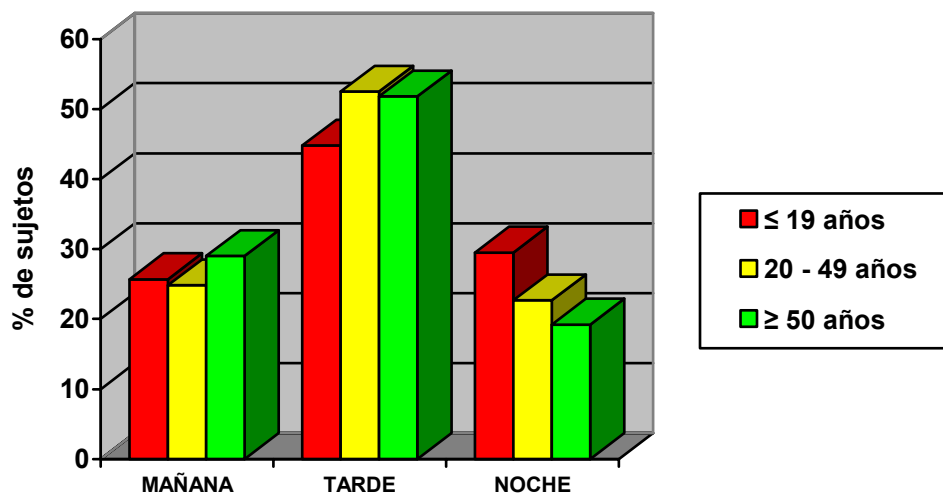
Durante el horario de las mañanas, las tentativas de suicidio son llevadas a cabo mayoritariamente por los sujetos mayores de 49 años (29%) seguidos de los sujetos jóvenes (25,7%). El horario de la tarde lo elige mayoritariamente el grupo de 20 a 49 años de edad (52,5%). El horario de la noche es elegido mayoritariamente por los sujetos jóvenes (29,5%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 64.- Hora de la tentativa y Grupos de edad**

<b>HORA</b>	<b>≤ 19 años [N(%)]</b>	<b>20 – 49 años [N(%)]</b>	<b>≥ 50 años [N(%)]</b>
<b>MAÑANA</b>	27 (25,7)	301 (24,8)	89 (29)
<b>TARDE</b>	47 (44,8)	639 (52,5)	159 (51,8)
<b>NOCHE</b>	31 (29,5)	276 (22,7)	59 (19,2)
<b>TOTAL</b>	105 (6,4)	1.216 (74,7)	307 (18,9)

**$X^2$  (gl) = 6,64 (4); p = 0,156**

Gráfico 35.- Edad y hora de la tentativa



### V.3.2.2.- EDAD Y DÍA DE LA SEMANA

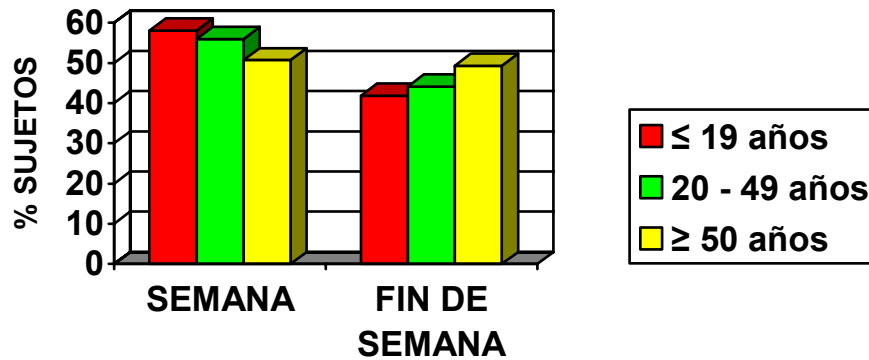
Los sujetos jóvenes realizan las tentativas de suicidio durante los días de la semana con una mayor frecuencia que el resto de los grupos de edad (58,1%). El grupo de edad de mayores de 49 años eligen mayoritariamente (49,3%) los fines de semana para llevar a cabo la tentativa de suicidio. Esta diferencia no ha resultado estadísticamente significativa.

Tabla 65.- Día de la tentativa y Grupos de edad

DIA	≤ 19 años [N(%)]	20 – 49 años [N(%)]	≥ 50 años [N(%)]
SEMANA	61 (58,1)	679 (55,9)	155 (50,7)
FIN SEMANA	44 (41,9)	535 (44,1)	151 (49,3)
TOTAL	105 (6,5)	1.214 (74,7)	306 (18,8)

$X^2 (g) = 3,16 (2); p = 0,206$

Gráfico 36.- EDAD Y DÍA DE LA TENTATIVA



### V.3.2.3.- EDAD Y MES DE LA TENTATIVA

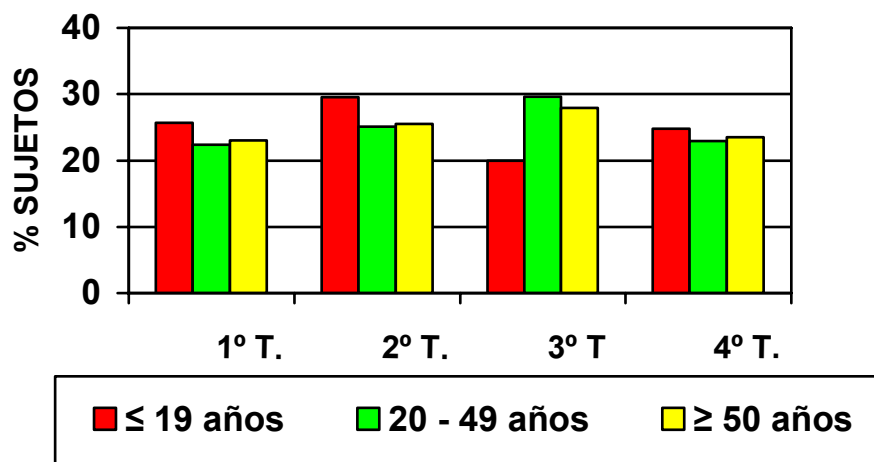
El primero, segundo y último trimestre del año son los elegidos mayoritariamente por el grupo de sujetos jóvenes (25,7%, 29,5% y 24,8% respectivamente). El tercer trimestre es el elegido por el grupo de 20 a 49 años de edad (29,6%) seguido del grupo de mayores de 49 años (27,9%). Estas diferencias no han resultado estadísticamente significativas.

Tabla 66.- Edad y Mes de la tentativa (por trimestre).

TRIMESTRE	≤ 19 años [N(%)]	20 – 49 años [N(%)]	≥ 50 años [N(%)]
1º Trimestre	27 (25,7)	272 (22,4)	375 (23)
2º Trimestre	31 (29,5)	305 (25,1)	415 (25,5)
3º Trimestre	21 (20)	360 (29,6)	455 (27,9)
4º Trimestre	26 (24,8)	279 (22,9)	383 (23,5)
<b>TOTAL</b>	105 (6,4)	1.216 (74,7)	307 (18,9)

$X^2 (g) = 7,60 (6); p = 0,268$

Gráfico 37.- EDAD Y MES DE LA TENTATIVA



**V.3.2.4.- EDAD Y DÍA DEL MES DE LA TENTATIVA**

La primera quincena del mes es la elegida mayoritariamente por el grupo de 20 a 49 años (52,8%) para llevar a cabo la tentativa de suicidio, seguido por el grupo de jóvenes (49,5%). La segunda quincena del mes es la elegida por el grupo de mayores de 40 años (58%), seguidos por el grupo de jóvenes (50,5%). Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas, (p = 0,003).

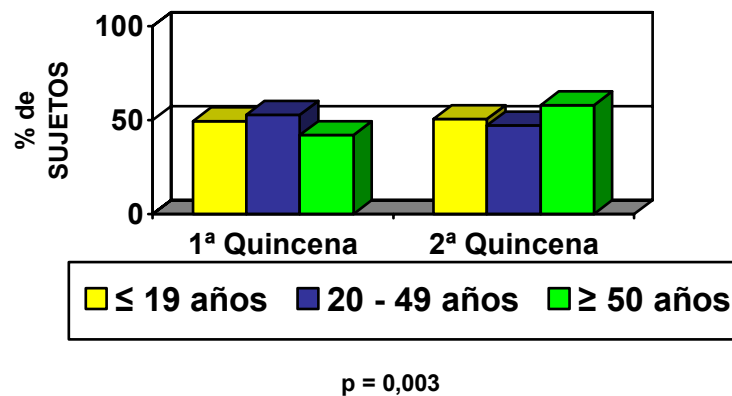
Tabla 67.- Edad y Día del mes de la tentativa

DÍA	≤ 19 años [N(%)]	20 – 49 años [N(%)]	≥ 50 años [N(%)]
1ª QUINCENA	52 (49,5)	642 (52,8)	129 (42)
2ª QUINCENA	53 (50,5)	574 (47,2)	178 (58)
TOTAL	105 (6,4)	1.216 (74,7)	307 (18,9)

$X^2 (gl) = 11,43 (2); p = 0,003$



Gráfico 38.- EDAD Y DÍA DEL MES DE LA TENTATIVA



### V.3.2.5.- EDAD Y MÉTODO EMPLEADO

El método empleado más frecuentemente por todos los grupos de edad ha sido la intoxicación medicamentosa, efectuada por el 74,8% de los sujetos. Le sigue a bastante distancia la flebotomía, realizada por el 18,4% de los sujetos. Con menor frecuencia otros métodos (sofocación, precipitaciones, etc.) 6,8% de los casos.

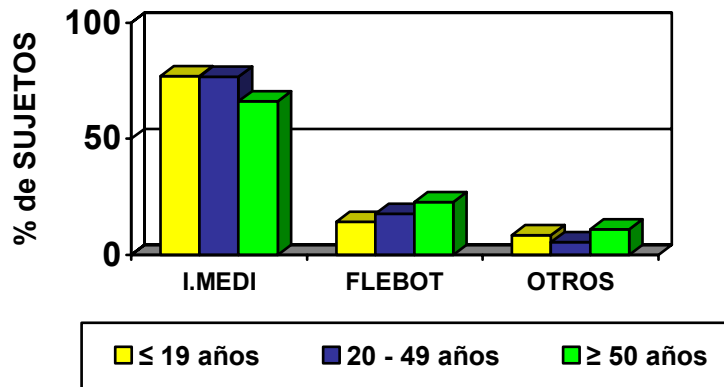
Por grupos de edad, los sujetos menores de 20 años de edad han elegido mayoritariamente la intoxicación medicamentosa (77,1%), seguido del grupo de 20 a 49 años (76,8%). La flebotomía, es elegida mayoritariamente por el grupo de mayores de 49 años (22,8%) seguido del grupo de 20 a 49 años (17,7%). Otros medios (sofocación, precipitaciones, etc.) son elegidos asimismo mayoritariamente por el grupo de mayores de 49 años (11,1%), seguido del grupo de jóvenes (8,6%). Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas, ( $p = 0,000$ ).

Tabla 68.- Edad y Método de la tentativa

MÉTODO	≤ 19 años [N(%)]	20 – 49 años [N(%)]	≥ 50 años [N(%)]
I. MEDICAMENTOSA	81 (77,1)	934 (76,8)	203 (66,1)
FLEBOTOMÍA	15 (14,3)	215 (17,7)	70 (22,8)
OTROS	9 (8,6)	67 (5,5)	34 (11,1)
<b>TOTAL</b>	<b>105 (6,4)</b>	<b>1.216 (74,7)</b>	<b>307 (18,9)</b>

$\chi^2$  (gl) = 20,13 (4); p = 0,000

Gráfico 39.- EDAD Y MÉTODO DE LA TENTATIVA



p = 0,000

**V.3.2.6.- EDAD E INTENCIONALIDAD SUICIDA**

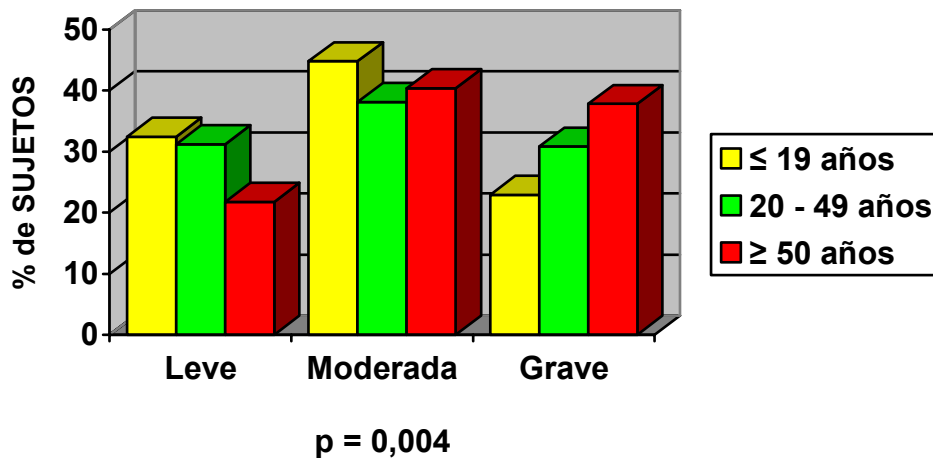
Por grupos de edad, los sujetos jóvenes, llevaron a cabo mayoritariamente tentativas de gravedad moderada en el 44,8% de los casos, seguido de tentativas de gravedad leve en el 32,4% de los casos. Los sujetos de 20 a 49 años de edad, llevaron a cabo asimismo tentativas de gravedad moderada en el 38,1% de los casos, seguido de tentativas de gravedad leve en el 31,2% de los casos. Los sujetos mayores de 49 años, llevaron a cabo mayoritariamente tentativas de gravedad moderada en el 40,4% de los casos, seguido de tentativas de gravedad grave en el 37,8% de los casos. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas ( $p = 0,004$ ).

**Tabla 69.- Edad e Intencionalidad suicida**

<b>INTENCIONALIDAD</b>	<b>≤ 19 años [N(%)]</b>	<b>20 – 49 años [N(%)]</b>	<b>≥ 50 años [N(%)]</b>
<b>LEVE</b>	34 (32,4)	379 (31,2)	67 (21,8)
<b>MODERADA</b>	47 (44,8)	463 (38,1)	124 (40,4)
<b>GRAVE</b>	24 (22,9)	374 (30,8)	116 (37,8)
<b>TOTAL</b>	105 (6,4)	1.216 (74,7)	307 (18,9)

**$X^2$  (gl) = 15,42 (4);  $p = 0,004$**

Gráfico 40.- Edad e Intencionalidad suicida



### V.3.2.7.- EDAD Y TENTATIVAS PREVIAS

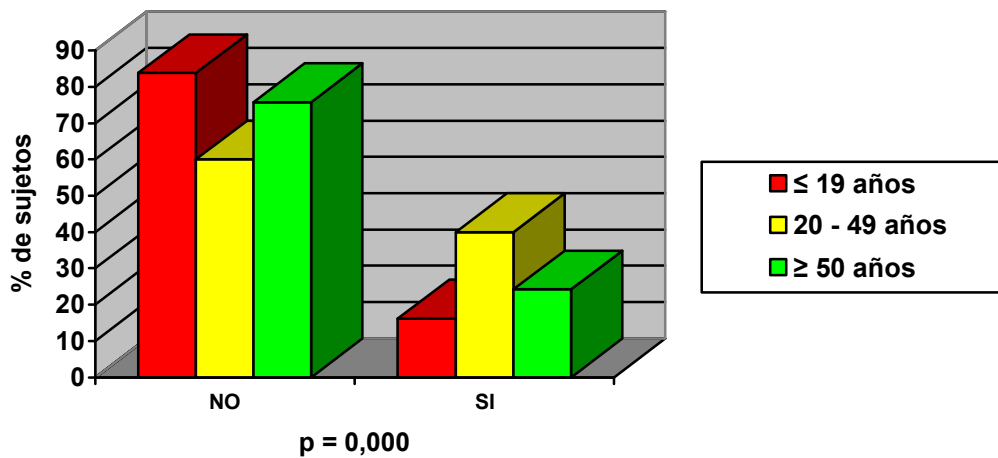
Por grupos de edad, la presencia de tentativas previas se detecta en el 40% del grupo de sujetos entre 20 y 49 años de edad, seguido por el grupo de mayores de 49 años (24,2%). La no presencia de tentativas previas es objetivable en el 83,8% de los sujetos menores de 20 años de edad, seguido por el 75,8% de los sujetos mayores de 49 años de edad. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas, (p = 0,000).

Tabla 70.- Edad y Tentativas de suicidio previas

T. PREVIAS	≤ 19 años [N(%)]	20 – 49 años [N(%)]	≥ 50 años [N(%)]
NO	88 (83,8)	729 (60)	232 (75,8)
SI	17 (16,2)	487 (40)	74 (24,2)
TOTAL	105 (6,4)	1.216 (74,7)	306 (18,8)

$X^2$  (gl) = 45,19 (2); p = 0,000

Gráfico 41.- Edad y Tentativas previas



### V.3.2.8.- EDAD Y REPETICION DE LA TENTATIVA

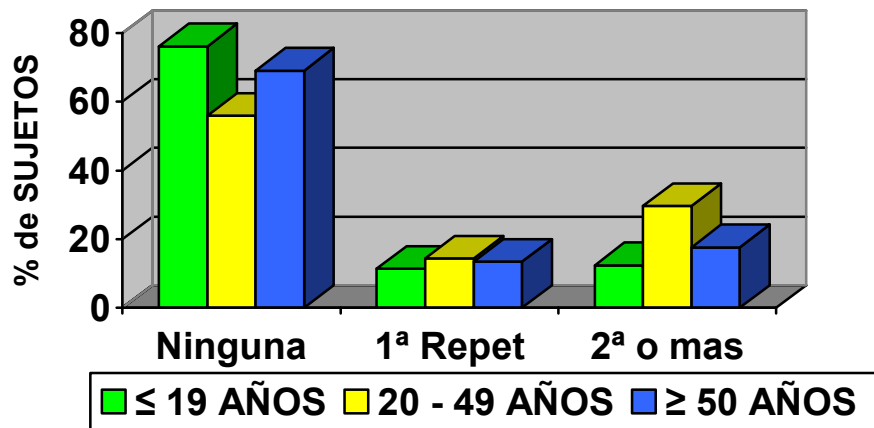
Cuando se estudia la repetición de la tentativa suicida a lo largo del período de monitorización por grupos de edad, se detecta un mayor porcentaje de 2 o más repeticiones de la tentativa (26,1%) en todos los grupos de edad. En el grupo de sujetos entre 20 y 49 años el porcentaje es del 29,6%, seguido del grupo de mayores de 49 años (17,6%), y del grupo de sujetos jóvenes (12,4%). Lo mismo ocurre para los sujetos que han realizado una sola repetición (14%) en la que el grupo con mayor porcentaje es el grupo de sujetos entre 20 y 49 años de edad (14,4%), seguido del grupo de mayores de 49 años (13,4%) y del grupo de sujetos jóvenes (11,4%). En relación a los sujetos que no han repetido la tentativa (59,9%), el grupo de sujetos jóvenes presentan el mayor porcentaje (76,2%), seguido del grupo de mayores de 49 años (69,1%), y del grupo de sujetos entre 20 y 49 años de edad (56%). Estas diferencias, han resultado estadísticamente significativas, (p = 0,000).

Tabla 71. Edad y Repetición de la tentativa suicida

REPETICIÓN	≤ 19 AÑOS [N(%)]	20 – 49 AÑOS [N(%)]	≥ 50 AÑOS [N(%)]
1 REPETICIÓN	12 (11,4)	175 (14,4)	41 (13,4)
2 O MAS	13 (12,4)	360 (29,6)	54 (17,6)
NO REPETICIÓN	80 (76,2)	681 (56)	212 (69,1)
TOTAL	105 (6,4)	1216 (74,7)	307 (18,9)

$X^2$  (gl) = 34,74 (4); p = 0,000

Gráfico 42.- Repetición de la Tentativa y grupos de edad



p = 0,000

### V.3.2.9.- EDAD Y TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE TENTATIVAS

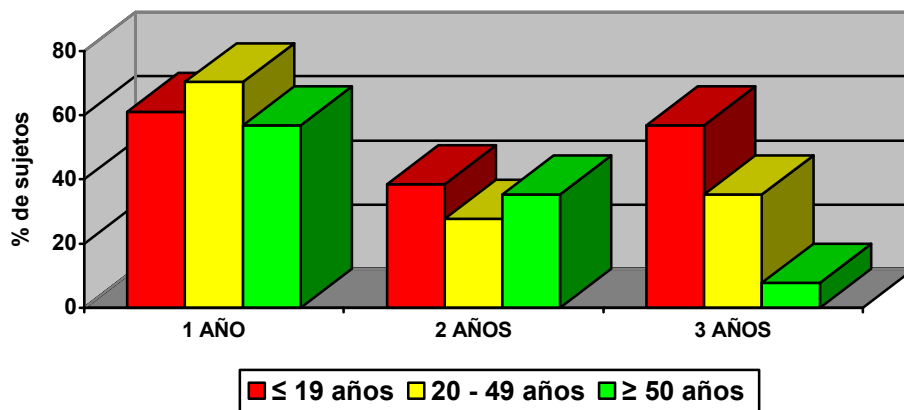
Por grupos de edad, el 61,5% de los sujetos menores de 20 años realizó una nueva tentativa dentro del período de un año, el 38,5% lo repitió en el período de 2 años, y ningún sujeto lo hizo en el período de 3 años. En el grupo de 20 a 49 años de edad, el 70,3% realizó una nueva tentativa dentro del período de un año, el 27,7% lo repitió en el período de 2 años, y un 2% lo hizo en el período de 3 años. En el grupo de sujetos mayores de 49 años de edad, el 56,9% realizó una nueva tentativa dentro del período de un año, el 35,3% lo repitió en el período de 2 años, y un 7,8% lo hizo en el período de 3 años. Estas diferencias no han resultado estadísticamente significativas.

**Tabla 72. Edad y Tiempo transcurrido entre tentativas suicidas**

<b>DIAS</b>	<b>≤ 19 AÑOS</b> <b>[N(%)]</b>	<b>20 – 49 AÑOS</b> <b>[N(%)]</b>	<b>≥ 50 AÑOS</b> <b>[N(%)]</b>
<b>1 AÑO</b>	8 (61,5)	246 (70,3)	29 (56,9)
<b>2 AÑOS</b>	5 (38,5)	97 (27,7)	18 (35,3)
<b>3 AÑOS</b>	0 (0)	7 (2)	4 (7,8)
<b>TOTAL</b>	13 (3,1)	350 (84,5)	51 (12,3)

$\chi^2$  (gl) = 8,63 (4); p = 0,071

Gráfico 43.- Edad y Tiempo transcurrido entre repetición



### V.3.2.10.- EDAD Y DERIVACIÓN

Por grupos de edad, los sujetos jóvenes son derivados con mayor frecuencia al Centro de Salud Mental (64,4%), seguido de ingreso en Unidades Hospitalarias no Psiquiátricas (18,3%), de derivación a su Centro de Atención Primaria (9,6%), y por último, ingresados en Unidades de Psiquiatría (7,7%).

El grupo de sujetos entre 20 y 49 años, son derivados principalmente a su Centro de Salud Mental (61,1%), seguido de ingreso en Unidades Psiquiátricas (19,1%), ingreso en Unidades Hospitalarias no Psiquiátricas (15,4%) y derivación a su Centro de Atención Primaria (4,5%). El grupo de mayores de 49 años de edad, son derivados principalmente a su Centro de Salud Mental (57,5%), seguido de ingreso en Unidades de Psiquiatría (20,9%), ingreso en Unidades Hospitalarias no Psiquiátricas (19,6%), y derivación a su Centro de Atención Primaria (2%). Estas diferencias resultan estadísticamente significativas, ( $p = 0,001$ ).

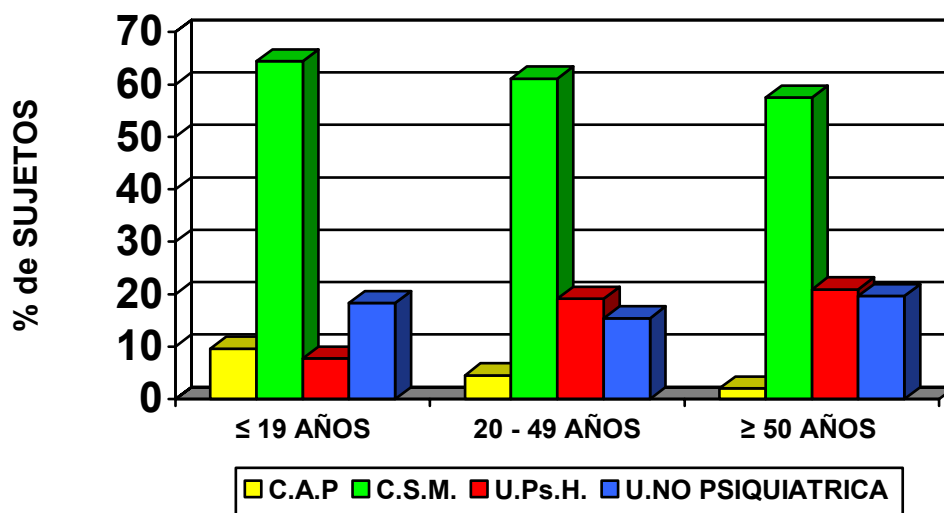


Tabla 73. Derivación tras la tentativa y grupos de edad

DERIVACIÓN	≤ 19 AÑOS [N(%)]	20 – 49 AÑOS [N(%)]	≥ 50 AÑOS [N(%)]
C.S.M.	67 (64,4)	737 (61,1)	176 (57,5)
C.A.P.	10 (9,6)	54 (4,5)	6 (2)
U.Ps.H.	8 (7,7)	230 (19,1)	64 (20,9)
U.HOSPITALARIA	19 (18,3)	186 (15,4)	60 (19,6)
<b>TOTAL</b>	<b>104 (6,4)</b>	<b>1207 (74,6)</b>	<b>306 (18,9)</b>

$X^2$  (gl) = 22,00 (6); p = 0,001

Gráfico 44.- Edad y Derivación tras la tentativa



p = 0,001

**V.3.2.11.- EDAD Y DIGNÓSTICO**

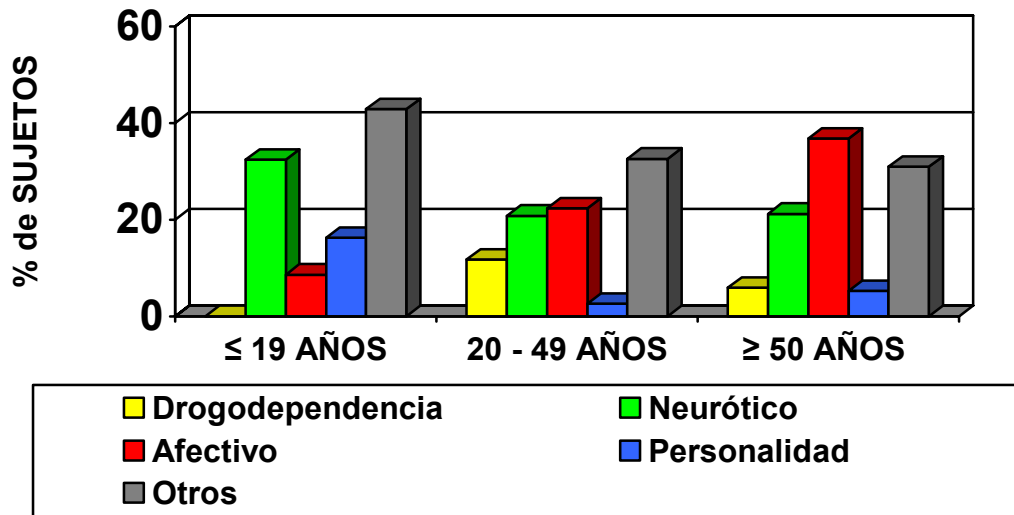
Por grupos de edad, en los sujetos jóvenes predominan los trastornos neuróticos (32,4%), seguido de los trastornos de la personalidad (16,2%), y de los trastornos afectivos (8,6%). En los sujetos de 20 a 49 años de edad predominan los trastornos afectivos (22,3%), seguido de los trastornos neuróticos (20,8%), trastornos de la personalidad (12,6%), y trastornos por consumo de sustancias tóxicas (11,7%). En los sujetos mayores de 49 años de edad, predominan los trastornos afectivos (36,8%), seguidos de los trastornos neuróticos (21,2%), trastornos por consumo de sustancias tóxicas (5,9%), y trastornos de la personalidad (5,2%). Aquí, las diferencias son estadísticamente significativas entre los grupos ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 74.- Edad y Diagnóstico**

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>≤ 19 AÑOS</b> <b>[N(%)]</b>	<b>20 – 49 AÑOS</b> <b>[N(%)]</b>	<b>≥ 50 AÑOS</b> <b>[N(%)]</b>
<b>NEURÓTICOS</b>	34 (32,4)	253 (20,8)	65 (21,2)
<b>AFECTIVOS</b>	9 (8,6)	271 (22,3)	113 (36,8)
<b>DROGODEPENDENCIAS</b>	0 (0)	142 (11,7)	18 (5,9)
<b>PERSONALIDAD</b>	17 (16,2)	153 (2,6)	16 (5,2)
<b>OTROS</b>	45 (42,9)	397 (32,6)	95 (30,9)
<b>TOTAL</b>	105 (6,4)	1216 (74,7)	307 (18,9)

$(X^2 (gl) = 75,58 (8); p = 0,000$

Gráfico 45.- Edad y Diagnóstico



$p = 0,000$

**V.3.2.12.- EDAD Y CONTACTO CON SALUD MENTAL**

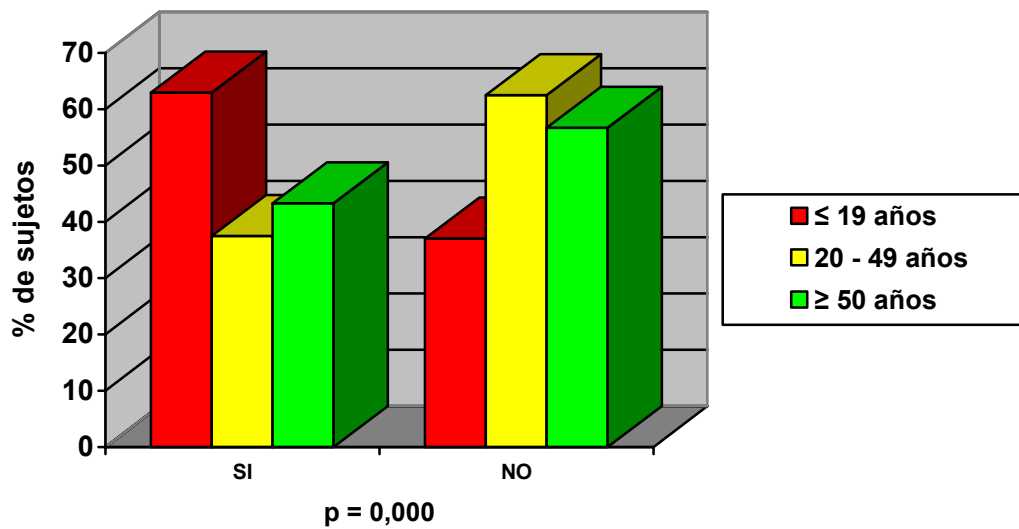
Por grupos de edad, predomina los contactos con dispositivos de Salud Mental en los sujetos menores de 20 años (62,9%), seguido de los sujetos mayores de 49 años (43,3%), y de los sujetos entre 20 y 49 años de edad (37,5%), siendo las diferencias, estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

Tabla 75.- Edad y Contacto con Salud Mental

CONTACTO	≤ 19 AÑOS [N(%)]	20 – 49 AÑOS [N(%)]	≥ 50 AÑOS [N(%)]
SI	66 (62,9)	456 (37,5)	133 (43,3)
NO	39 (37,1)	760 (62,5)	174 (56,7)
TOTAL	105 (6,4)	1216 (74,7)	307 (18,9)

( $\chi^2$  (gl) = 27,34 (2); p = 0,000

Gráfico 46.- Edad y contacto con Salud Mental



**V.4. – ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL**

**V.4.1.- ESTADO CIVIL Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**V.4.1.1.- ESTADO CIVIL Y CONVIVENCIA**

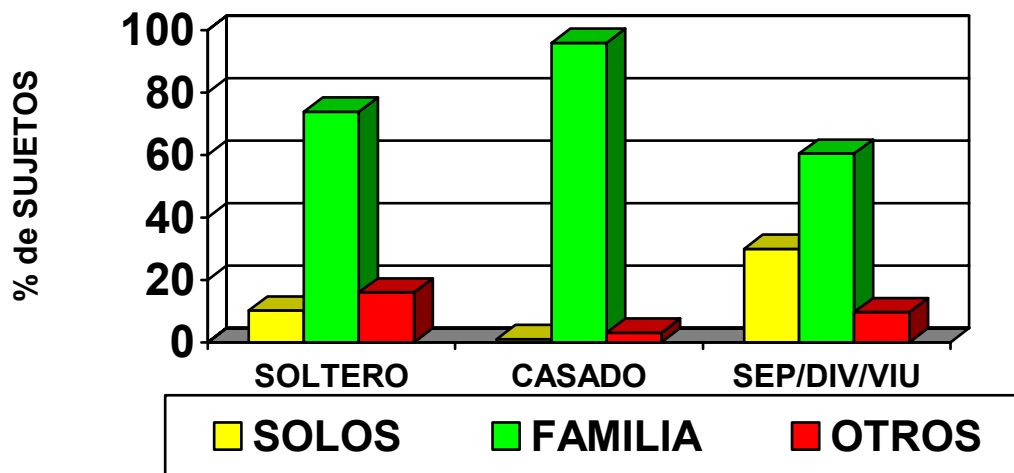
Con respecto al estado civil y la convivencia, en el grupo de sujetos solteros, el 10,2% viven solos, el 73,8% viven con en el seno de una familia, y el 16% viven en otras situaciones (amigos, instituciones, etc.). En el grupo de sujetos separados, divorciados y/o viudos, el 29,9% viven solos, el 60,4% viven con familia, y el 9,7% viven en otras situaciones. En el grupo de sujetos casados o con pareja estable, el 1% viven solos, el 95,9% viven con la familia, y el 3,1% viven en otras situaciones. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas, ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 76.- Estado civil y convivencia**

<b>CONVIVENCIA</b>	<b>SOLTEROS</b>	<b>CASADOS</b>	<b>SEP/DIV/VIU</b>	<b>TOTAL</b>
	<b>[N(%)]</b>	<b>[N(%)]</b>	<b>[N(%)]</b>	<b>[N(%)]</b>
<b>SOLOS</b>	66 (10,2)	5 (1)	83 (29,9)	154 (10,7)
<b>FAMILIA</b>	479 (73,8)	489 (95,9)	168 (60,4)	1136 (79,1)
<b>OTROS</b>	104 (16)	16 (3,1)	27 (9,7)	147 (10,2)

**$X^2$  (gl) = 219,50 (4);  $p = 0,000$**

Gráfico 47.- Estado civil y convivencia



P = 0,000

#### V.4.1.2.- ESTADO CIVIL Y NIVEL EDUCATIVO

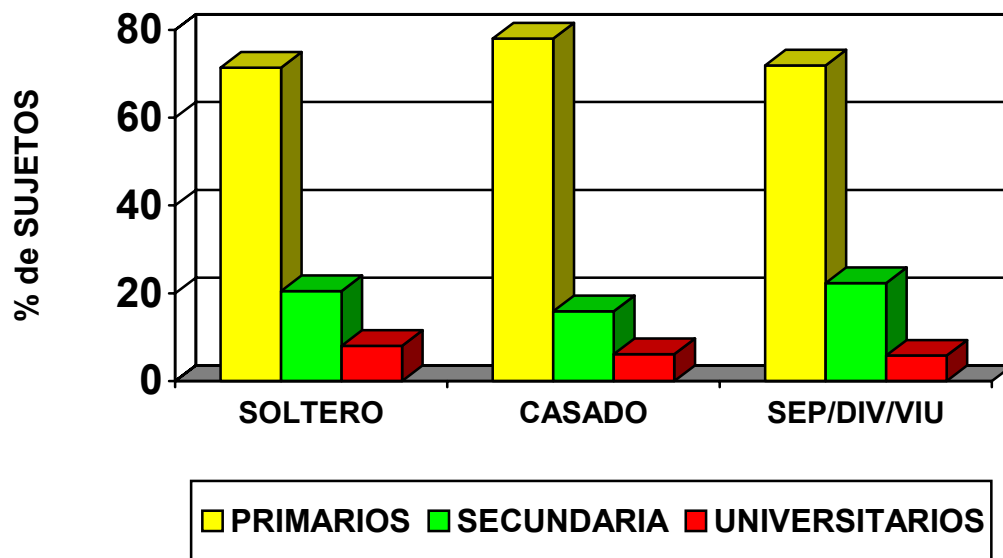
Con relación al estado civil y el nivel educativo, el 71,4% del grupo de sujetos solteros tenía estudios primarios, el 20,5% tenía estudios medios y un 8% estudios superiores. En el grupo de sujetos casados o con pareja, el 78% tenían estudios primarios, el 15,9% estudios medios y el 6,1% estudios superiores. En el grupo de sujetos separados, divorciados y/o viudos, el 71,9% tenían estudios primarios, el 22,3 estudios medios y el 5,8% estudios superiores. Estas diferencias no han resultado estadísticamente significativas, (p = 0,063).

Tabla 77.- Estado civil y Nivel educativo

N. EDUCATIVO	SOLTEROS [N(%)]	CASADOS [N(%)]	SEP/DIV/VIU [N(%)]	TOTAL [N(%)]
PRIMARIOS	464 (71,4)	398 (78)	83 (71,9)	154 (10,7)
SECUNDARIA	133 (20,5)	81 (15,9)	62 (22,3)	1136 (79,1)
UNIVERSITARIOS	52 (8)	16 (6,1)	31 (5,8)	147 (10,2)

$X^2$  (gl) = 8,90 (4); p = 0,063

Gráfico 48.- Estado civil y nivel educativo



**V.4.1.3.- ESTADO CIVIL Y ACTIVIDAD ECONÓMICA**

Con relación al estado civil y la actividad económica del sujeto, el 40,1% de los solteros se encontraban activos laboralmente, el 12,3% se encontraban económicamente inactivos (paro, pensionista, etc.) y el 47,6% se encontraban en situación de inactividad económica (amas de casa, estudiantes, etc.). En el grupo de sujetos casados, el 49,5% se encontraban activos laboralmente, el 19,1% se encontraban económicamente inactivos (paro, pensionista, etc.) y el 31,4% se encontraban en situación de inactividad económica (amas de casa, estudiantes, etc.). En el grupo de sujetos separados, divorciados y/o viudos, el 42,1% se encontraban activos laboralmente, el 27,7% se encontraban económicamente inactivos (paro, pensionista, etc.) y el 30,2% se encontraban en situación de inactividad económica (amas de casa, estudiantes, etc.). Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas, ( $p = 0,000$ ).

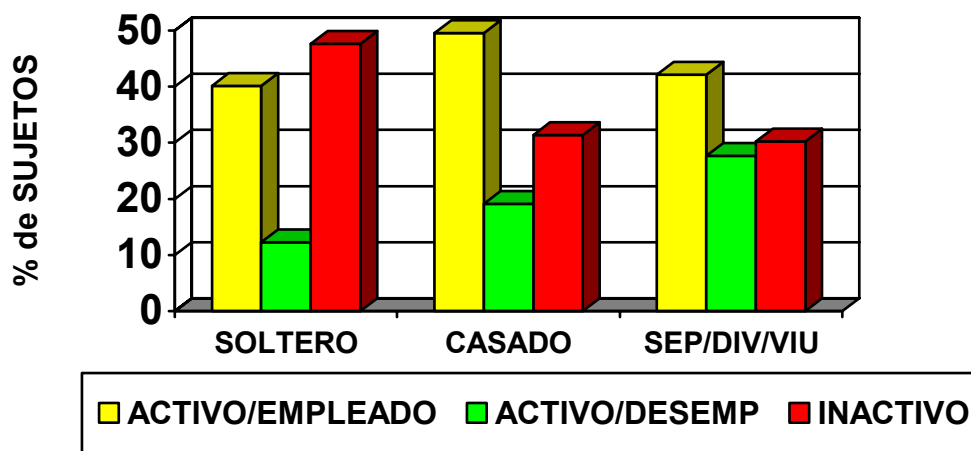
**Tabla 78.- Estado civil y Actividad económica**

<b>A. ECONÓMICA</b>	<b>SOLTEROS [N(%)]</b>	<b>CASADOS [N(%)]</b>	<b>SEP/DIV/VIU [N(%)]</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>E. ACTIVO</b>	260 (40,1)	251 (49,5)	117 (42,1)	628 (43,8)
<b>E. ACTIVO/DES</b>	80 (12,3)	97 (19,1)	77 (27,7)	254 (17,7)
<b>E. INACTIVO</b>	309 (47,6)	159 (31,4)	84 (30,2)	552 (38,5)

**$X^2$  (gl) = 58,54 (4);  $p = 0,000$**



Gráfico 49.- Estado civil y Actividad económica



P = 0,000

#### V.4.1.4.- ESTADO CIVIL Y CONCEJO DE RESIDENCIA

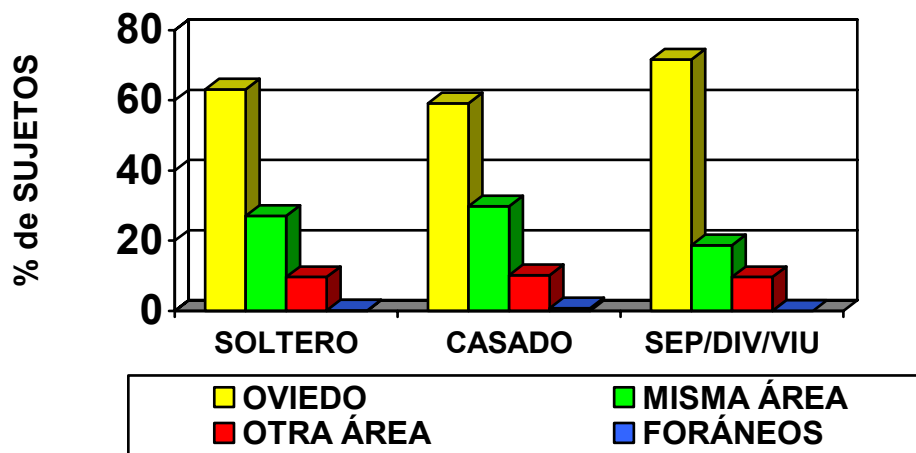
En relación al estado civil y el concejo de residencia, en el grupo de los solteros, 63,1% vivían en el Concejo de Oviedo, 27,1% vivían en otros Concejos, pero en la misma Área Sanitaria, 9,7% vivían en otras Áreas Sanitarias, y 0,2% vivían fuera de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. En el grupo de los separados, divorciados y/o viudos, 71,6% vivían en el Concejo de Oviedo, 18,7% vivían en otros Concejos, pero en la misma Área Sanitaria, y 9,7% vivían en otras Áreas Sanitarias. No había ningún sujeto de fuera de la Comunidad Autónoma. En el grupo de los casados, 63,4% vivían en el Concejo de Oviedo, 26,4% vivían en otros Concejos, pero en la misma Área Sanitaria, 9,9% vivían en otras Áreas Sanitarias, y 0,3% vivían fuera de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas (p = 0,008).

Tabla 79.- Estado civil y concejo de residencia

CONCEJO	SOLTEROS [N(%)]	CASADOS [N(%)]	SEP/DIV/VIU [N(%)]	TOTAL [N(%)]
OVIEDO	410 (63,1)	302 (59,2)	199 (71,6)	911 (63,4)
MISMA ÁREA	176 (27,1)	152 (29,8)	52 (18,7)	380 (26,4)
OTRA ÁREA	63 (9,7)	52 (10,2)	27 (9,7)	142 (9,9)
FORÁNEOS	1 (0,2)	4 (0,8)	0 (0)	5 (0,3)

$X^2$  (gl) = 17,48 (6); p = 0,008

Gráfico 50.- Estado civil y concejo de residencia



P = 0,008

**V.4.1.5.- ESTADO CIVIL Y CAMBIO DE DOMICILIO**

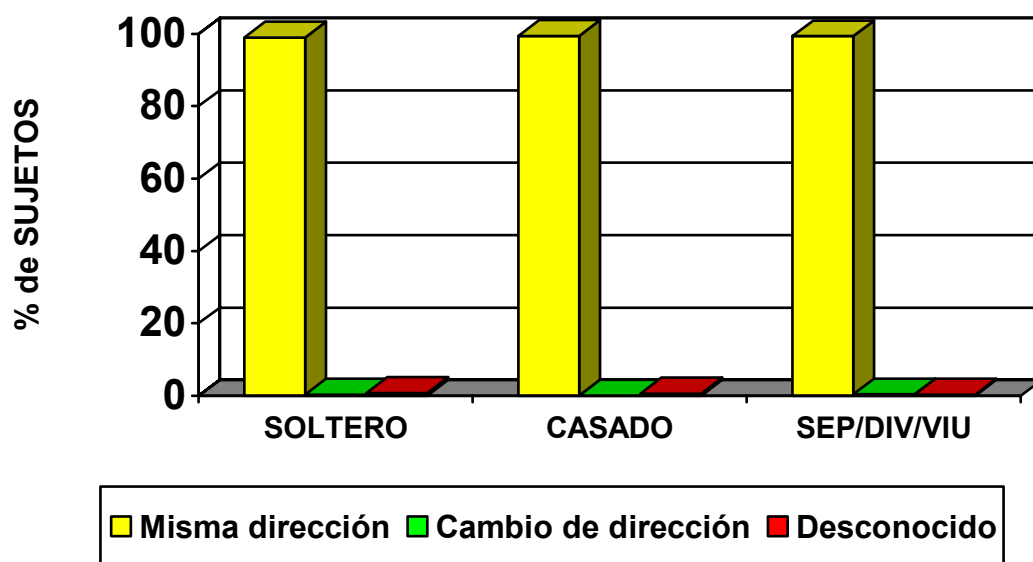
En relación al estado civil y la existencia de cambio de domicilio, el 98,9% de los solteros, el 99,3% de los casados y el 99,4% de los separados, divorciados y/o viudos mantenían el mismo domicilio, no habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas, ( $p = 0,64$ ).

**Tabla 80.- Estado civil y cambio de domicilio**

<b>CAMBIO</b>	<b>SOLTEROS</b>	<b>CASADOS</b>	<b>SEP/DIV/VIU</b>	<b>TOTAL</b>
	<b>[N(%)]</b>	<b>[N(%)]</b>	<b>[N(%)]</b>	<b>[N(%)]</b>
<b>MISMA DIRECCIÓN</b>	643 (98,9)	507 (99,4)	276 (99,3)	1426 (99,2)
<b>CAMBIO DIREC.</b>	2 (0,3)	0 (0)	1 (0,4)	3 (0,2)
<b>DESCONOCIDO</b>	5 (0,8)	1(0,6)	1 (0,3)	9 (0,4)

$X^2$  (gl) = 5,98 (8);  $p = 0,64$

**Gráfico 51.- Estado civil y cambio de domicilio**



**V.4.1.6.- ESTADO CIVIL Y NACIONALIDAD**

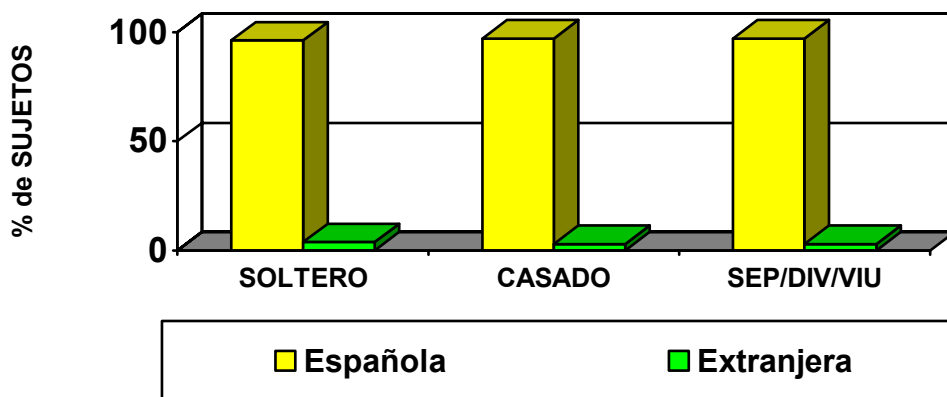
Con relación al estado civil y la nacionalidad de los sujetos, tenían nacionalidad española el 96,25 de los solteros, 97,1% de los casados y 97,1% de los separados, divorciados y/o viudos. Con nacionalidad extranjera había 3,8% de solteros, 2,9% de casados, y 2,9% de sujetos separados, divorciados y/o viudos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 81.- Estado civil y nacionalidad**

NACIONALIDAD	SOLTEROS [N(%)]	CASADOS [N(%)]	SEP/DIV/VIU [N(%)]	TOTAL [N(%)]
ESPAÑOLA	625 (96,2)	495 (97,1)	270 (97,1)	1390 (96,7)
EXTRANJERA	25 (3,8)	15 (2,9)	8 (2,9)	48 (3,3)

$X^2 (gl) = 5,98 (8); p = 0,64$

**Gráfico 52.- Estado civil y nacionalidad**



**V.4.2.- ESTADO CIVIL Y ESTUDIO DE LA TENTATIVA ACTUAL**

**V.4.2.1.- ESTADO CIVIL Y HORA DE LA TENTATIVA**

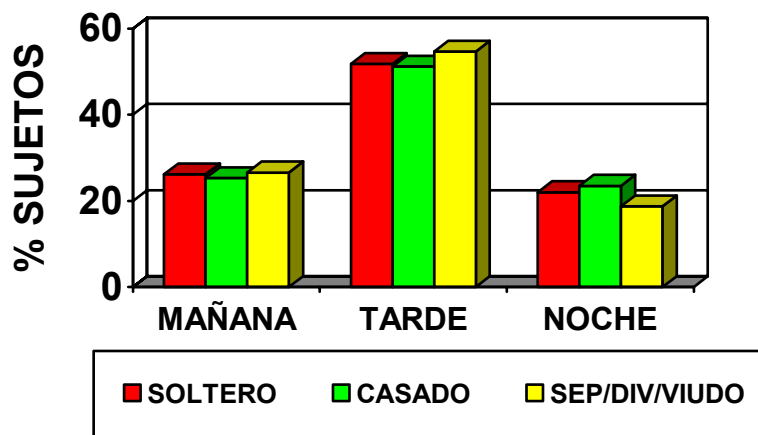
Con relación al estado civil y la hora de la tentativa, eligieron el horario de la mañana el 26,2% de los solteros, el 25,3% de los casados, y el 26,6% de los separados, divorciados y/o viudos. Eligieron el horario de la tarde, el 51,8% de los solteros, el 51,2% de los casados, y el 54,7% de los separados, divorciados y/o viudos. Y eligieron el horario de la noche, el 22% de los solteros, el 23,5% de los casados, y el 18,7% de los separados, divorciados y/o viudos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 82.- Estado civil y hora de la tentativa**

<b>HORA</b>	<b>SOLTEROS [N(%)]</b>	<b>CASADOS [N(%)]</b>	<b>SEP/DIV/VIUD [N(%)]</b>
<b>MAÑANA</b>	170 (26,2)	129 (25,3)	74 (26,6)
<b>TARDE</b>	337 (51,8)	261 (51,2)	152 (54,7)
<b>NOCHE</b>	143 (22)	120 (23,5)	52 (18,7)
<b>TOTAL</b>	650 (45,2)	510 (35,5)	278 (19,3)

**$X^2 (gl) = 2,50 (4); p = 0,64$**

Gráfico 53.- ESTADO CIVIL Y HORA DE LA TENTATIVA



#### V.4.2.2.- ESTADO CIVIL Y DÍA DE LA TENTATIVA

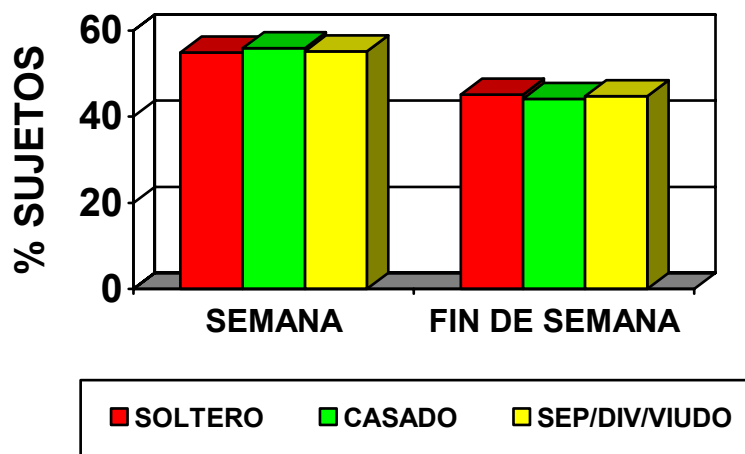
Con relación al estado civil y el día de la tentativa, eligieron los días de la semana el 54,9% de los solteros, el 55,9% de los casados, y el 55,2% de los separados, divorciados y/o viudos. Los fines de semana fueron los elegidos por el 45,1% de los solteros, el 44,15 de los casados, y el 44,8% de los separados, divorciados y/o viudos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 83.- Estado civil y día de la tentativa

DÍA	SOLTEROS [N(%)]	CASADOS [N(%)]	SEP/DIV/VIUD [N(%)]
SEMANA	356 (54,9)	285 (55,9)	153 (55,2)
FIN DE SEMANA	292 (45,1)	225 (44,1)	124 (44,8)
TOTAL	648 (100)	510 (100)	277 (100)

$X^2 (gl) = 2,50 (4); p = 0,64$

**Gráfico 54.- ESTADO CIVIL Y DÍA DE LA TENTATIVA**



#### V.4.2.3.- ESTADO CIVIL Y MES DE LA TENTATIVA

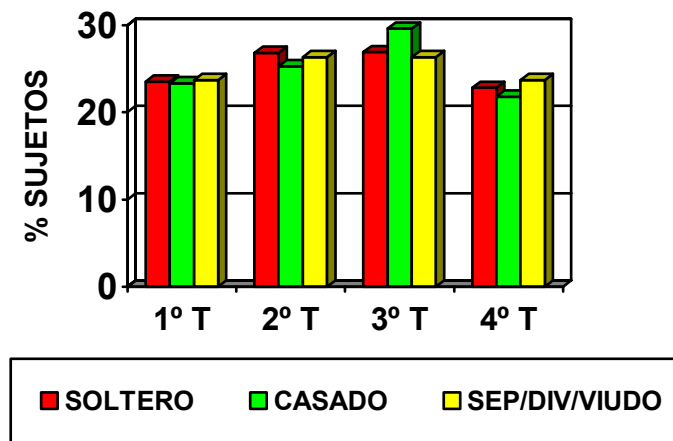
Con relación al estado civil y el mes de la tentativa, eligieron el primer trimestre el 23,5% de los solteros, el 23,3% de los casados, y el 23,7% de los separados, divorciados y/o viudos. Eligieron el segundo trimestre el 26,8% de los solteros, el 25,3% de los casados, y el 26,3% de los separados, divorciados y/o viudos. El tercer trimestre (verano) fue elegido por el 26,9% de los solteros, el 29,6% de los casados, y el 26,3% de los separados, divorciados y/o viudos. El cuarto trimestre (otoño) fue elegido por el 22,8% de los solteros, el 21,8% de los casados, y el 23,7% de los separados, divorciados y/o viudos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 84.- Estado civil y Mes de la tentativa

MES	SOLTEROS [N(%)]	CASADOS [N(%)]	SEP/DIV/VIUD [N(%)]
1° TRIMESTRE	153 (23,5)	119 (23,3)	66 (23,7)
2° TRIMESTRE	174 (26,8)	129 (25,3)	73 (26,3)
3° TRIMESTRE	175(26,9)	151 (29,6)	73 (26,3)
4° TRIMESTRE	148 (22,8)	111 (21,8)	66 (23,7)
<b>TOTAL</b>	650 (100)	510 (100)	278 (100)

$X^2$  (gl) = 2,50 (4); p = 0,64

Gráfico 55.- ESTADO CIVIL Y MES DE LA TENTATIVA





**V.4.2.4.- ESTADO CIVIL Y DÍA DEL MES DE LA TENTATIVA**

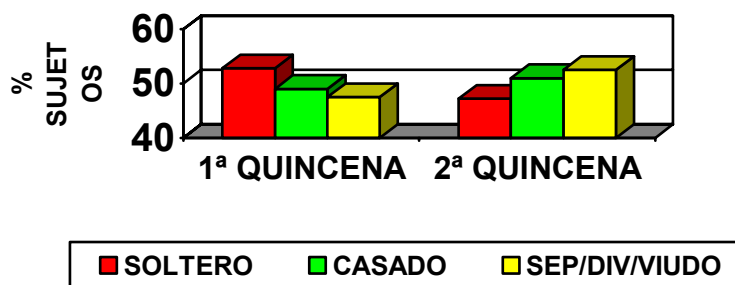
Con relación al estado civil y el día del mes de la tentativa, eligieron la primera quincena del mes, el 52,8% de los solteros, el 49% de los casados, y el 47,5% de los separados, divorciados y/o viudos. La segunda quincena del mes, fue elegida por el 47,2% de los solteros, el 51% de los casados, y el 52,5% de los separados, divorciados y/o viudos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 85.- Estado civil y día del mes de la tentativa**

DÍA DEL MES	SOLTEROS [N(%)]	CASADOS [N(%)]	SEP/DIV/VIUD [N(%)]
1° QUINCENA	343 (52,8)	250 (49)	132 (47,5)
2° QUINCENA	307 (47,2)	260 (51)	146 (52,5)
TOTAL	650 (100)	510 (100)	278 (100)

$X^2$  (gl) = 2,79 (2); p = 0,24

**Gráfico 56.- ESTADO CIVIL Y DÍA DEL MES DE LA TENTATIVA**



**V.4.2.5.- ESTADO CIVIL Y MÉTODO DE LA TENTATIVA**

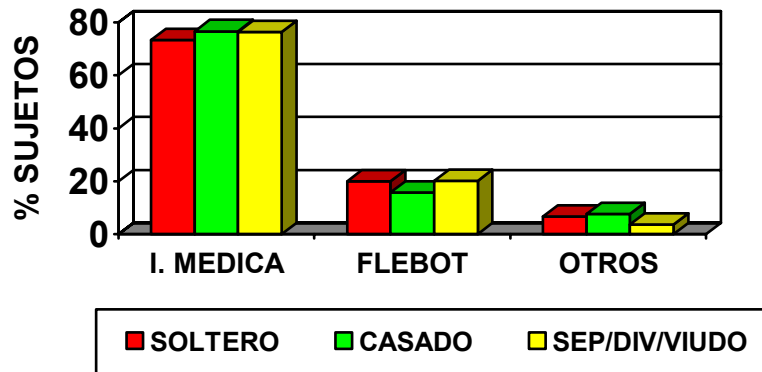
Con relación al estado civil y el método elegido para llevar a cabo la tentativa, eligieron la intoxicación medicamentosa el 73,4% de los solteros, el 76,7% de los casados, y el 76,3% de los separados, divorciados y/o viudos. La flebotomía fue elegida por el 20% de los solteros, el 15,7% de los casados, y el 20,1% de los separados, divorciados y/o viudos. Otros medios fueron elegidos por el 6,6% de los solteros, el 7,6% de los casados, y el 3,6% de los separados, divorciados y/o viudos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 86.- Estado civil y método de la tentativa**

<b>MÉTODO</b>	<b>SOLTEROS [N(%)]</b>	<b>CASADOS [N(%)]</b>	<b>SEP/DIV/VIUD [N(%)]</b>
<b>I.Medicamentosa</b>	477 (73,4)	391(76,7)	212(76,3)
<b>Flebotomía</b>	130 (20)	80(15,7)	56(20,1)
<b>Otros</b>	43 (6,6)	39(7,6)	10(3,6)
<b>TOTAL</b>	650 (100)	510 (100)	278 (100)

**$X^2$  (gl) = 8,55 (4); p = 0,073**

**Gráfico 57.- ESTADO CIVIL Y MÉTODO DE LA TENTATIVA**



#### V.4.2.6.- ESTADO CIVIL Y TENTATIVAS PREVIAS

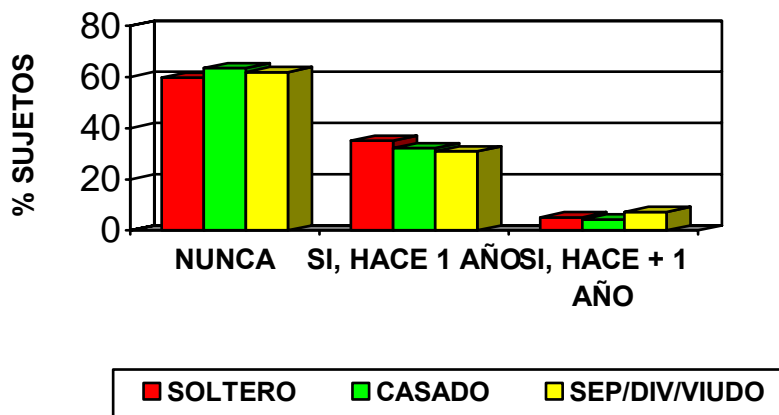
Con relación al estado civil y la existencia de tentativas de suicidio previas, no tenían antecedentes de tentativas previas el 59,7% de los solteros, el 63,5% de los casados, y el 61,95 de los separados, divorciados y/o viudos. Tenían antecedentes de tentativas previas en el año anterior al estudio, el 35,1% de los solteros, el 32,2% de los casados, y el 35,1% de los separados, divorciados y/o viudos. Tenían antecedentes de tentativas previas, pero de hacía más de un año, el 5,2% de los solteros, el 4,3% de los casados, y el 7,2% de los separados, divorciados y/o viudos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 87.- Estado civil y tentativas previas

T. PREVIAS	SOLTEROS [N(%)]	CASADOS [N(%)]	SEP/DIV/VIUD [N(%)]
NUNCA	388(59,7)	324(63,5)	172(61,9)
SI, HACE 1 AÑO	228(35,1)	164(32,2)	86(30,9)
SI, HACE + 1 AÑO	34(5,2)	22(4,3)	20(7,2)
<b>TOTAL</b>	<b>650 (100)</b>	<b>510 (100)</b>	<b>278 (100)</b>

$X^2$  (gl) = 4,80 (4); p = 0,30

Gráfico 58.- ESTADO CIVIL Y TENTATIVAS PREVIAS



**V.4.2.7.- ESTADO CIVIL Y REPETICIÓN DE LA TENTATIVA**

Con relación al estado civil y la repetición de la tentativa de suicidio, no han repetido la tentativa el 56,2% de los solteros, el 58% de los casados, y el 54,3% de los separados, divorciados y/o viudos. Repitieron la tentativa suicida, el 43,8% de los solteros, el 42% de los casados, y el 45,7% de los

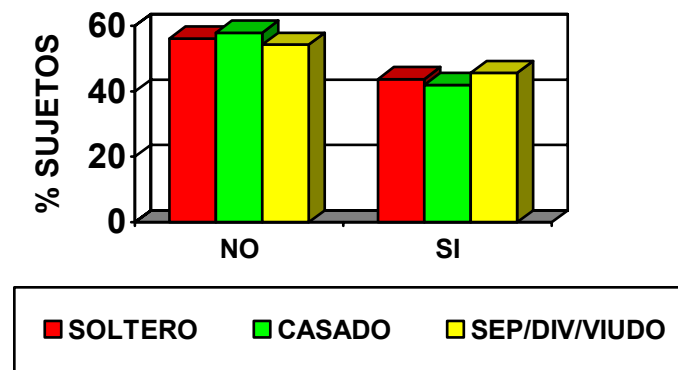
separados, divorciados y/o viudos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 88.- Estado civil y repetición de la tentativa

REPETICIÓN	SOLTEROS [N(%)]	CASADOS [N(%)]	SEP/DIV/VIUD [N(%)]
NO	365(56,2)	296(58)	151(54,3)
SI	285(43,8)	214(42)	127(45,7)
TOTAL	650 (100)	510 (100)	278 (100)

$X^2 (gl) = 1,06 (2); p = 0,58$

Gráfico 59.- ESTADO CIVIL Y REPETICIÓN DE LA TENTATIVA



**V.4.2.8.- ESTADO CIVIL E INTENCIONALIDAD**

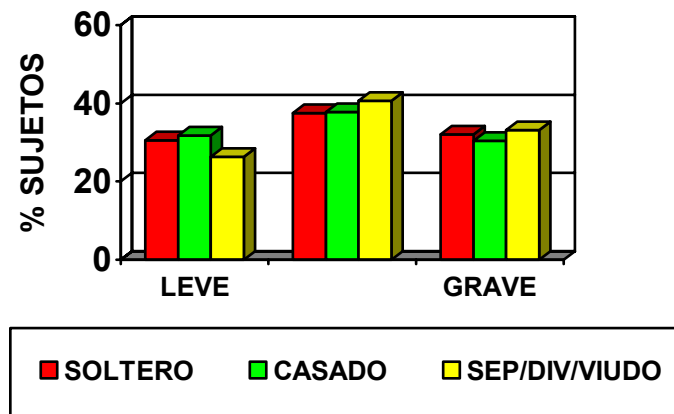
Con relación al estado civil y la intencionalidad suicida, tuvo un carácter leve en el 30,5% de los solteros, en el 31,8% de los casados, y en el 26,3% de los separados, divorciados y/o viudos. Tuvo un carácter moderado en el 37,5% de los solteros, en el 37,8% de los casados, y en el 40,6% de los separados, divorciados y/o viudos. Tuvo un carácter grave en el 32% de los solteros, en el 30,4% de los casados, y en el 33,1% de los separados, divorciados y/o viudos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 89.- Estado civil e intencionalidad de la tentativa**

<b>INTENCIONALIDAD</b>	<b>SOLTEROS</b> [N(%)]	<b>CASADOS</b> [N(%)]	<b>SEP/DIV/VIUD</b> [N(%)]
<b>LEVE</b>	198(30,5)	162(31,8)	73(26,3)
<b>MODERADA</b>	244(37,5)	193(37,8)	113(40,6)
<b>GRAVE</b>	208(32)	155(30,4)	92(33,1)
<b>TOTAL</b>	650 (100)	510 (100)	278 (100)

$X^2 (gl) = 2,84 (4); p = 0,58$

Gráfico 60.- ESTADO CIVIL E INTENCIONALIDAD



#### V.4.2.9.- ESTADO CIVIL Y DIAGNÓSTICO

Con relación al estado civil y el diagnóstico clínico, 10,3% de los sujetos solteros fueron diagnosticados de consumo de sustancias, 13,8% de trastornos afectivos, 21,4% de trastornos neuróticos, 15,8% de trastornos de la personalidad, y 38,6% de otros diagnósticos. En el grupo de los casados, 9,4% fueron diagnosticados de consumo de sustancias, 37,8% de trastornos afectivos, 24,3% de trastornos neuróticos, 8,8% de trastornos de la personalidad, y 19,6% de otros diagnósticos.

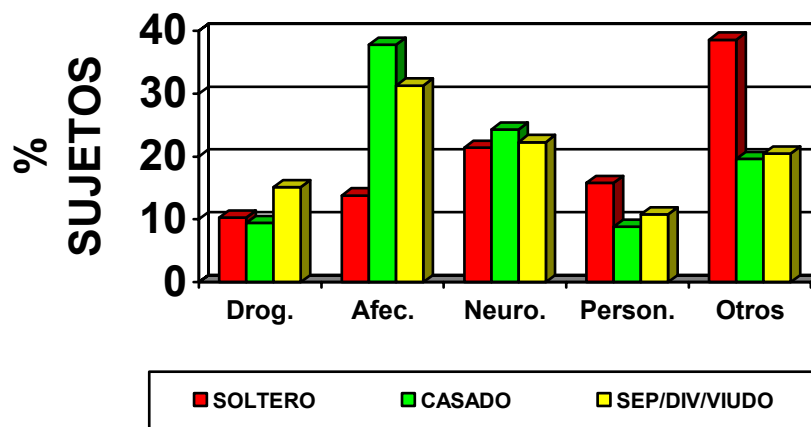
En el grupo de separados, divorciados y/o viudos, 15,1% fueron diagnosticados de consumo de sustancias, 31,3% de trastornos afectivos, 22,34% de trastornos neuróticos, 10,8% de trastornos de la personalidad, y 20,5% de otros diagnósticos. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ )

Tabla 90.- Estado civil y Diagnóstico

DIAGNÓSTICO	SOLTEROS [N(%)]	CASADOS [N(%)]	SEP/DIV/VIU [N(%)]	TOTAL [N(%)]
DROGODEPENDENCIAS	67 (10,3)	48 (9,4)	42 (15,1)	157 (10,9)
AFECTIVOS	90 (13,8)	193 (37,8)	87 (31,3)	370 (25,7)
NEURÓTICOS	139 (21,4)	124 (24,3)	62 (22,3)	325 (22,6)
PERSONALIDAD	103 (15,8)	45 (8,8)	30 (10,8)	178 (12,4)
OTROS	251 (38,6)	100 (19,6)	57 (20,5)	408 (28,4)

$X^2 (gl) = 130,95 (8); p = 0,000$

Gráfico 61.- ESTADO CIVIL Y DIAGNÓSTICO



$p = 0,000$

#### V.4.2.10.- ESTADO CIVIL Y CONTACTO CON SALUD MENTAL

Con relación al estado civil y el contacto previo con los dispositivos de Salud Mental, de la muestra estudiada, 64,6% de los sujetos solteros, 71% de los casados, y 64% de los separados, divorciados, y/o viudos mantenían o habían mantenido algún contacto con la Red de Salud Mental. Resultando estadísticamente significativo ( $p = 0,041$ ).

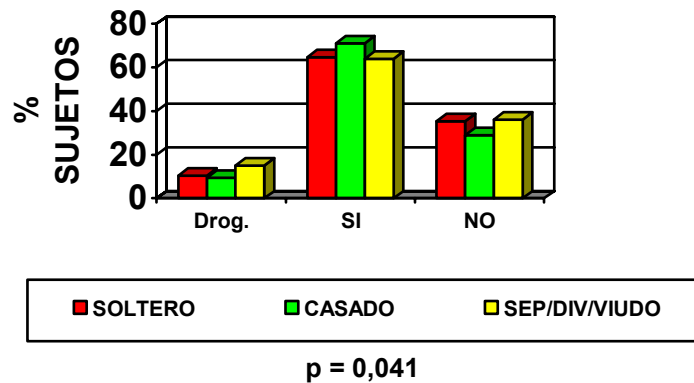


Tabla 91.- Estado civil y Contacto con Salud Mental

CONTACTO	SOLTEROS [N(%)]	CASADOS [N(%)]	SEP/DIV/VIU [N(%)]	TOTAL [N(%)]
SI	420 (64,6)	362 (71)	178 (64)	960 (66,8)
NO	230 (35,4)	148 (29)	100 (36)	478 (33,2)

$\chi^2 (g) = 6,375 (2); p = 0,041$

Gráfico 62.- ESTADO CIVIL Y CONTACTO CON SALUD MENTAL



**V.5. – ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DEL SOPORTE FAMILIAR**

**V.5.1.- SOPORTE FAMILIAR Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**V.5.1.1.- SOPORTE FAMILIAR Y NIVEL EDUCATIVO**

Respecto al nivel educativo y la convivencia, el 67,5% de los sujetos que vivían solos tenían estudios primarios, el 20,8% estudios de secundaria, y el 11,7% estudios universitarios.

Los sujetos que vivían con familia propia o de origen, el 73,2% tenían estudios primarios, el 20% estudios de secundaria, y el 6,8% estudios universitarios.

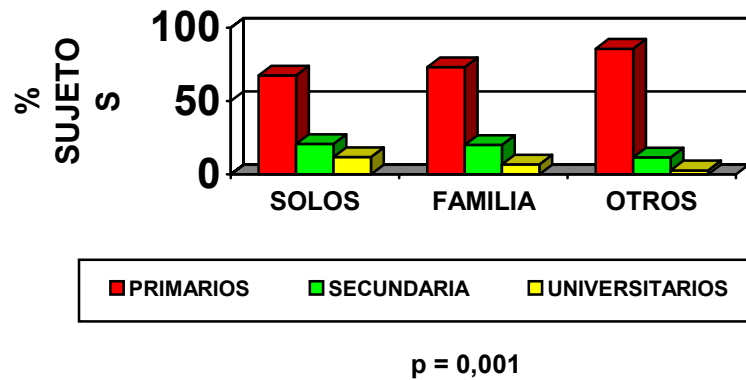
Los sujetos que vivían con otras personas o en instituciones, el 85,7% tenían estudios primarios, el 11,6% estudios de secundaria, y el 2,7% estudios universitarios. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas ( $p = 0,001$ ).

**Tabla 92.- Soporte familiar y nivel educativo**

<b>Nivel educativo</b>	<b>SOLOS [N(%)]</b>	<b>FAMILIA [N(%)]</b>	<b>OTROS [N(%)]</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>PRIMARIOS</b>	104 (67,5)	832 (73,2)	126 (85,7)	1062 (73,9)
<b>SECUNDARIA</b>	32 (20,8)	227 (20)	17 (11,6)	276 (19,2)
<b>UNIVERSISTARIOS</b>	18 (11,7)	77 (6,8)	4 (2,7)	99 (6,9)

**$X^2$  (gl) = 17,58 (4);  $p = 0,001$**

Gráfico 63.- Soporte familiar y nivel educativo



#### V.5.1.2.- SOPORTE FAMILIAR Y ACTIVIDAD ECONOMICA

Con relación a la convivencia y la actividad económica del sujeto, el 50% de los sujetos que vivían solos se encontraban activos laboralmente, el 27,3% se encontraban económicamente activos, pero desempleados (paro, pensionista, etc.) y el 22,7% se encontraban en situación de inactividad económica (amas de casa, estudiantes, etc.). En el grupo de sujetos que vivían con familia, el 46,4% se encontraban activos laboralmente, el 15,6% se encontraban económicamente activos, pero desempleados (paro, pensionista, etc.) y el 38% se encontraban en situación de inactividad económica (amas de casa, estudiantes, etc.).

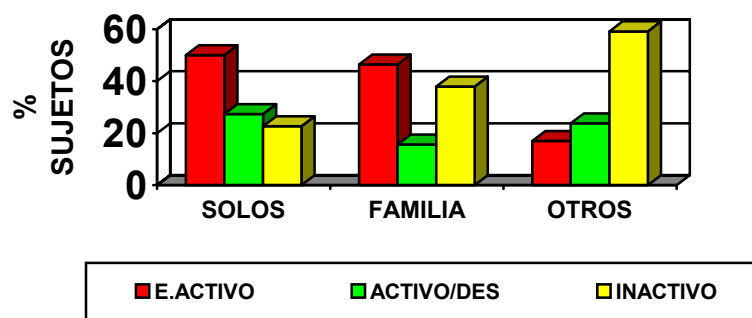
En el grupo de sujetos que vivían con otras personas o en instituciones, el 17% se encontraban activos laboralmente, el 23,8% se encontraban económicamente activos, pero desempleados (paro, pensionista, etc.) y el 59,2% se encontraban en situación de inactividad económica (amas de casa, estudiantes, etc.). Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

Tabla 93.- Soporte familiar y actividad económica

A. ECONÓMICA	SOLOS [N(%)]	FAMILIA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
E. ACTIVO	77 (50)	526 (46,4)	25 (17)	628 (43,8)
E. ACTIVO/DES	42 (27,3)	177 (15,6)	35 (23,8)	254 (17,7)
E. INACTIVO	35 (22,7)	430 (38)	87 (59,2)	552 (38,5)

$X^2$  (gl) = 67,43 (4);  $p = 0,000$

Gráfico 64.- Soporte familiar y actividad económica



$p = 0,000$

**V.5.1.3.- SOPORTE FAMILIAR Y CONCEJO DE RESIDENCIA**

Respecto a la convivencia y el concejo donde residían, en el grupo de sujetos que vivían solos, el 70,8% residían en el concejo de Oviedo, el 16,9% residían en la misma área de estudio, 11,7% residían en otra área sanitaria, y el 0,6% residían habitualmente fuera del Principado de Asturias.

En el grupo de sujetos que vivían con familia, el 64,8% residían en el concejo de Oviedo, el 26,1% residían en la misma área de estudio, 8,9% residían en otra área sanitaria, y el 0,3% residían habitualmente fuera del Principado de Asturias.

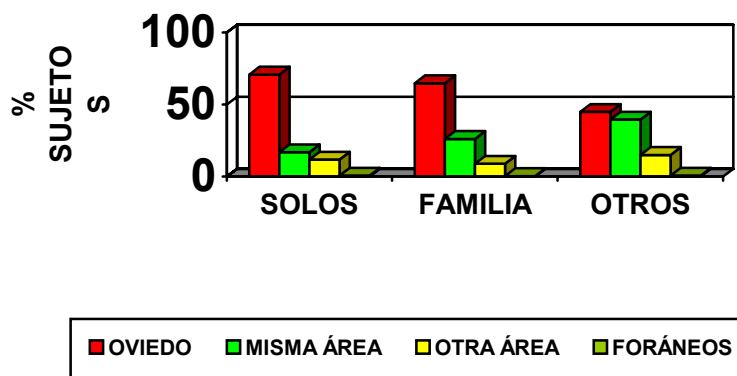
En el grupo de sujetos que vivían con otras personas o en instituciones, el 44,9% residían en el concejo de Oviedo, el 39,5% residían en la misma área de estudio, 15% residían en otra área sanitaria, y el 0,7% residían habitualmente fuera del Principado de Asturias. Estas diferencias, resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 94.- Soporte familiar y concejo de residencia**

<b>CONCEJO</b>	<b>SOLOS</b> [N(%)]	<b>FAMILIA</b> [N(%)]	<b>OTROS</b> [N(%)]	<b>TOTAL</b> [N(%)]
<b>OVIEDO</b>	109 (70,8)	736 (64,8)	66 (44,9)	911 (63,4)
<b>MISMA ÁREA</b>	26 (16,9)	296 (26,1)	58 (39,5)	380 (26,4)
<b>OTRA ÁREA</b>	18 (11,7)	101 (8,9)	22 (15)	141 (9,8)
<b>FORÁNEOS</b>	1 (0,6)	3 (0,3)	1 (0,7)	5 (0,3)

**$X^2$  (gl) = 31,01 (6);  $p = 0,000$**

Gráfico 65.- Soporte familiar y Concejo de residencia



p = 0,000

#### V.5.1.4.- SOPORTE FAMILIAR Y CAMBIO DE DOMICILIO

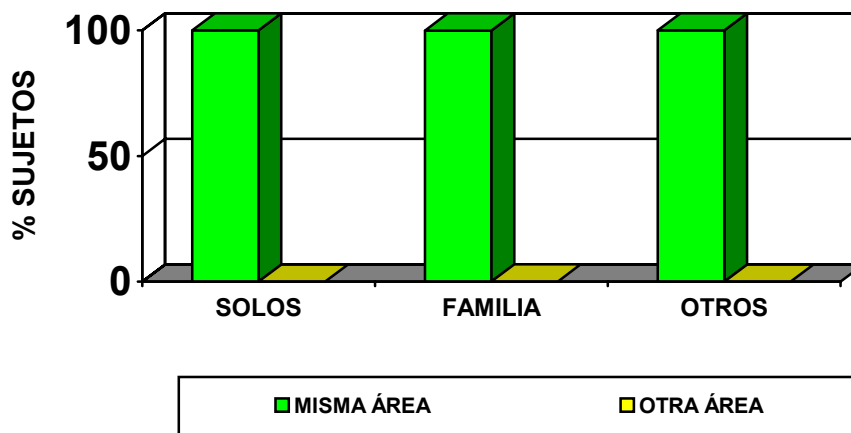
Con relación al soporte familiar y la existencia de un cambio de domicilio, en el grupo de sujetos que vivían solos, el 100% mantuvieron su residencia habitual. En el grupo de sujetos que vivían con familia, el 99,95 mantuvieron su residencia habitual, y el 0,1% cambió su residencia para otra área sanitaria. En el grupo de sujetos que vivían con otras personas o en instituciones, el 100% mantuvieron su residencia habitual. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 95.- Soporte familiar y cambio de domicilio

CAMBIO	SOLOS [N(%)]	FAMILIA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
MISMA ÁREA	154 (100)	1128 (99,9)	146 (100)	1428(99,9)
OTRA ÁREA	0	1 (0,1)	0(0)	1(0,1)

$X^2$  (gl) = 0,266 (2); p = 0,87

Gráfico 66.- Soporte familiar y cambio de domicilio



#### V.5.1.5.- SOPORTE FAMILIAR Y NACIONALIDAD

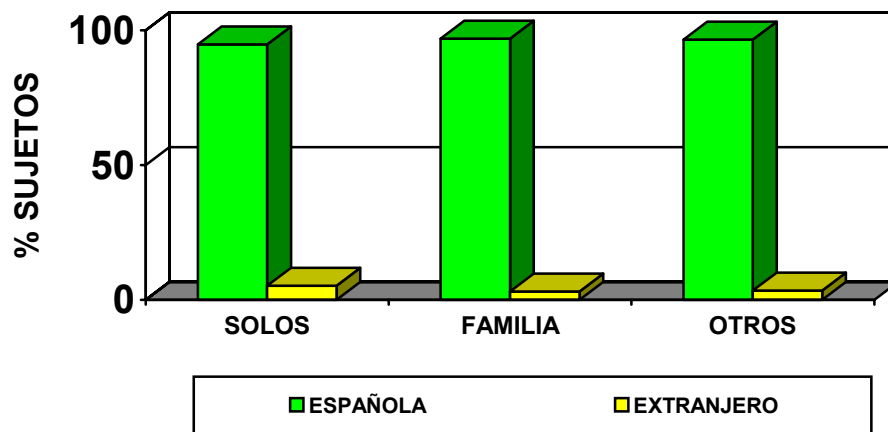
Con relación al soporte familiar y la nacionalidad de los sujetos, en el grupo de sujetos que vivían solos, el 94,8% tenían nacionalidad española, y el 5,2% tenían nacionalidad extranjera. En el grupo de sujetos que vivían con familia, el 96,9% tenían nacionalidad española, y el 3,1% tenían nacionalidad extranjera. En el grupo de sujetos que vivían con otras personas o en instituciones, el 96,6% tenían nacionalidad española, y el 3,4% tenían nacionalidad extranjera. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 96.- Soporte familiar y nacionalidad

NACIONALIDAD	SOLOS [N(%)]	FAMILIA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
ESPAÑOLA	146(94,8)	1101(96,9)	142(96,6)	1389(96,7)
EXTRANJERA	8(5,2)	35(3,1)	5(3,4)	48 (3,3)

$X^2$  (gl) = 1,87 (2); p = 0,39

Gráfico 67.- Soporte familiar y nacionalidad





**V.5.2.- SOPORTE FAMILIAR Y ESTUDIO DE LA TENTATIVA ACTUAL**

**V.5.2.1.- SOPORTE FAMILIAR Y HORA DE LA TENTATIVA**

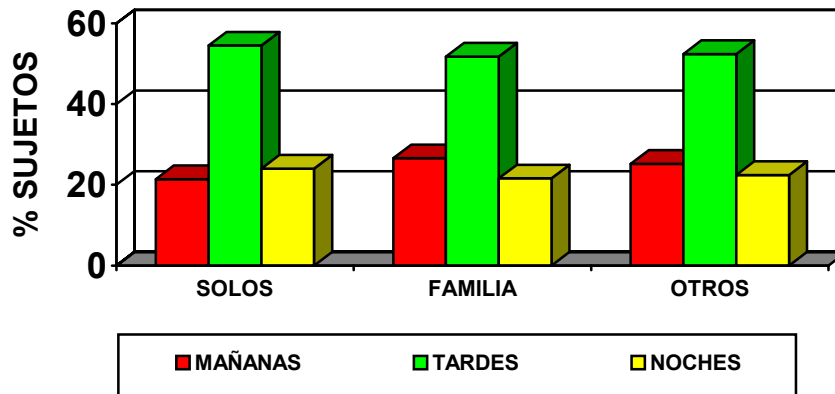
Con relación a la convivencia y la hora de la tentativa de suicidio, en el grupo de sujetos que vivían solos, el 21,4% eligieron el horario de mañanas para llevar a cabo la tentativa, el 54,5% eligieron la tarde, y el 24% eligieron las horas de la noche. En el grupo de sujetos que vivían con familia, el 26,6% eligieron el horario de mañanas para llevar a cabo la tentativa, el 51,8% eligieron la tarde, y el 21,6% eligieron las horas de la noche. En el grupo de sujetos que vivían con otras personas o en instituciones, el 25,2% eligieron el horario de mañanas para llevar a cabo la tentativa, el 52,4% eligieron la tarde, y el 22,4% eligieron las horas de la noche. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 97.- Soporte familiar y hora de la tentativa**

<b>HORA</b>	<b>SOLOS [N(%)]</b>	<b>FAMILIA [N(%)]</b>	<b>OTROS [N(%)]</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>MAÑANA</b>	33 (21,4)	302 (26,6)	37 (25,2)	372 (25,9)
<b>TARDE</b>	84 (54,5)	589 (51,8)	77 (52,4)	750 (52,2)
<b>NOCHE</b>	37 (24)	245 (21,6)	33 (22,4)	315 (21,9)

**$X^2$  (gl) = 2,01 (4); p = 0,73**

**Gráfico 68.- Soporte familiar y hora de la tentativa**



### V.5.2.2.- SOPORTE FAMILIAR Y DÍA DE LA TENTATIVA

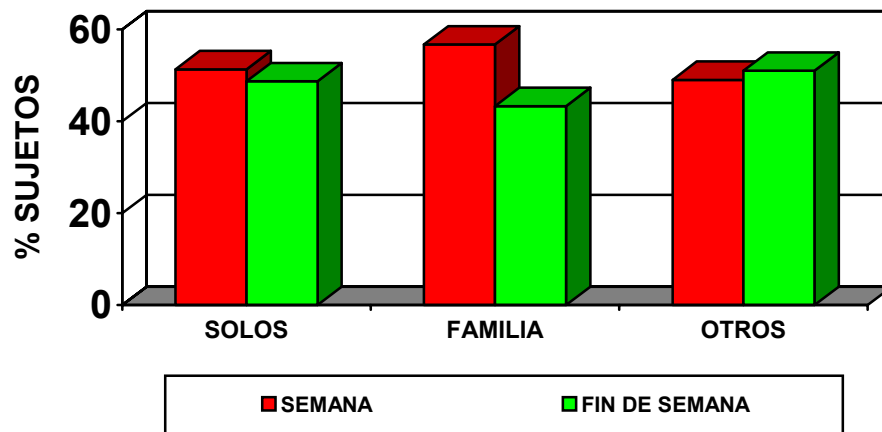
Con relación a la convivencia y el día de la tentativa de suicidio, en el grupo de sujetos que vivían solos, el 51,3% eligieron los primeros días de la semana (lunes, martes, miércoles y jueves) para llevar a cabo la tentativa, y el 48,7% eligieron los días de fin de semana (viernes, sábado y domingo). En el grupo de sujetos que vivían con familia, el 56,7% eligieron los primeros días de la semana (lunes, martes, miércoles y jueves) para llevar a cabo la tentativa, y el 43,3% eligieron los días de fin de semana (viernes, sábado y domingo). En el grupo de sujetos que vivían con otras personas o en instituciones, el 49% eligieron los primeros días de la semana (lunes, martes, miércoles y jueves) para llevar a cabo la tentativa, y el 51% eligieron los días de fin de semana (viernes, sábado y domingo). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 98.- Soporte familiar y día de la tentativa

DÍA	SOLOS [N(%)]	FAMILIA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
SEMANA	78 (51,3)	643 (56,7)	72 (49)	793 (55,3)
FIN DE SEMANA	74 (48,7)	492 (43,3)	75 (51)	641 (44,7)

$X^2 (g) = 4,191 (2); p = 0,123$

Gráfico 69.- Soporte familiar y día de la tentativa



### V.5.2.3.- SOPORTE FAMILIAR Y MES DE LA TENTATIVA

Con relación a la convivencia y el mes elegido por los sujetos para llevar a cabo la tentativa de suicidio, en el grupo de sujetos que vivían solos, el 19,5% eligieron el primer trimestre del año para llevar a cabo la tentativa, el 26,6% eligieron el segundo trimestre, el 32,5% eligieron el tercer trimestre, y el 21,4% eligieron el cuarto trimestre.

En el grupo de sujetos que vivían con familia, el 23,2% eligieron el primer trimestre del año para llevar a cabo la tentativa, el 26,4% eligieron el segundo trimestre, el 28,3% eligieron el tercer trimestre, y el 22,1% eligieron el cuarto trimestre.

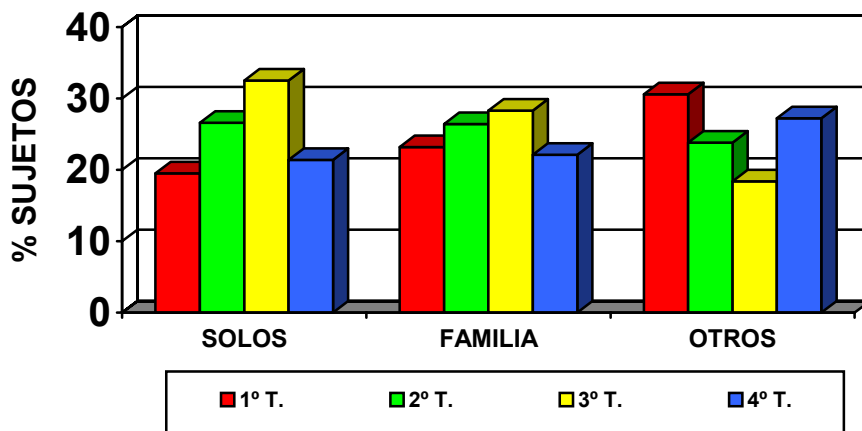
En el grupo de sujetos que vivían con otras personas o en instituciones, el 30,6% eligieron el primer trimestre del año para llevar a cabo la tentativa, el 23,8% eligieron el segundo trimestre, el 18,4% eligieron el tercer trimestre, y el 27,2% eligieron el cuarto trimestre. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 99.- Soporte familiar y mes de la tentativa**

<b>DÍA</b>	<b>SOLOS [N(%)]</b>	<b>FAMILIA [N(%)]</b>	<b>OTROS [N(%)]</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>1° TRIMESTRE</b>	30 (19,5)	263 (23,2)	45 (30,6)	338 (23,5)
<b>2° TRIMESTRE</b>	41 (26,6)	300 (26,4)	35 (23,8)	376 (26,2)
<b>3° TRIMESTRE</b>	50 (32,5)	322 (28,3)	27 (18,4)	399 (27,8)
<b>4° TRIMESTRE</b>	33 (21,4)	251 (22,1)	40 (27,2)	324 (22,5)

**$X^2$  (gl) = 12,274 (6); p = 0,056**

Gráfico 70.- Soporte familiar y mes de la tentativa



**V.5.2.4.- SOPORTE FAMILIAR Y DÍA DEL MES DE LA TENTATIVA**

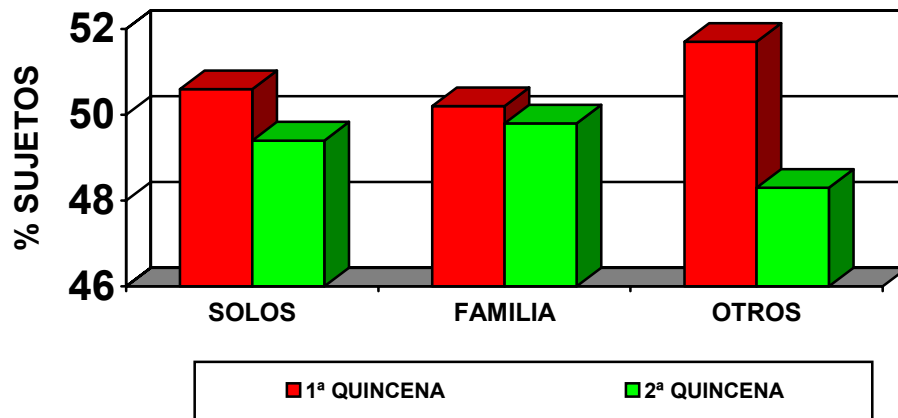
Con relación a la convivencia y al día del mes elegido para llevar a cabo la tentativa de suicidio, en el grupo de sujetos que vivían solos, el 50,6% eligieron la primera quincena del mes para realizar la tentativa, y el 49,4% lo hicieron en la segunda quincena del mes. En el grupo de sujetos que vivían con familia, el 50,2% eligieron la primera quincena del mes para realizar la tentativa, y el 49,8% lo hicieron en la segunda quincena del mes. En el grupo de sujetos que vivían con otras personas o en instituciones, el 51,7% eligieron la primera quincena del mes para realizar la tentativa, y el 48,3% lo hicieron en la segunda quincena del mes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 100.- Soporte familiar y día del mes de la tentativa

DÍA	SOLOS [N(%)]	FAMILIA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
1° QUINCENA	78 (50,6)	570 (50,2)	76 (51,7)	724 (50,4)
2° QUINCENA	76 (49,4)	566 (49,8)	71 (48,3)	713 (49,6)

$X^2 (g) = 0,126 (2); p = 0,939$

Gráfico 71.- Soporte familiar y día del mes de la tentativa



#### V.5.2.5.- SOPORTE FAMILIAR Y MÉTODO

En relación a la convivencia y el método de la tentativa de suicidio, se ha encontrado que de los sujetos que vivían solos, el 79,2% habían utilizado la intoxicación medicamentosa como método principal, el 13,6% habían recurrido a la flebotomía, y el 7,1% lo había hecho a través de otros métodos (sofocación, precipitación, etc.).

El grupo de sujetos que vivían con familia, el 76,7% habían utilizado la intoxicación medicamentosa como método principal, el 17,3% habían recurrido a la flebotomía, y el 6,1% lo había hecho a través de otros métodos (sofocación, precipitación, etc.).

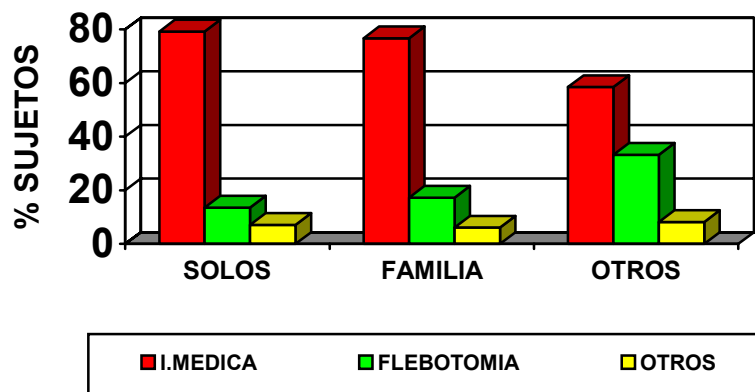
El grupo de sujetos que vivían con otras personas o en instituciones, el 58,5% habían utilizado la intoxicación medicamentosa como método principal, el 33,3% habían recurrido a la flebotomía, y el 8,2% lo había hecho a través de otros métodos (sofocación, precipitación, etc.). Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 101.- Soporte familiar y método**

<b>MÉTODO</b>	<b>SOLOS [N(%)]</b>	<b>FAMILIA [N(%)]</b>	<b>OTROS [N(%)]</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>I.MEDICAMENTOSA</b>	122 (79,2)	871 (76,7)	86 (58,5)	1079 (75,1)
<b>FLEBOTOMIA</b>	21 (13,6)	196 (17,3)	49 (33,3)	266 (18,5)
<b>OTROS</b>	11 (7,1)	69 (6,1)	12 (8,2)	92 (6,4)

**$X^2$  (gl) = 27,54 (4); p = 0,000**

Gráfico 72.- Soporte familiar y método de la tentativa



P = 0,000

#### V.5.2.6.- SOPORTE FAMILIAR Y TENTATIVAS PREVIAS

Con relación a la convivencia y la presencia de antecedentes de tentativas suicidas previas, en el grupo de sujetos que vivían solos, el 39,6% presentaban antecedentes de tentativas previas, y el 60,4% no habían realizado ninguna tentativa anterior. En el grupo de sujetos que vivían con familia, el 39,3% presentaban antecedentes de tentativas previas, y el 60,7% no habían realizado ninguna tentativa anterior. En el grupo de sujetos que vivían solos, el 32% presentaban antecedentes de tentativas previas, y el 68% no habían realizado ninguna tentativa anterior. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

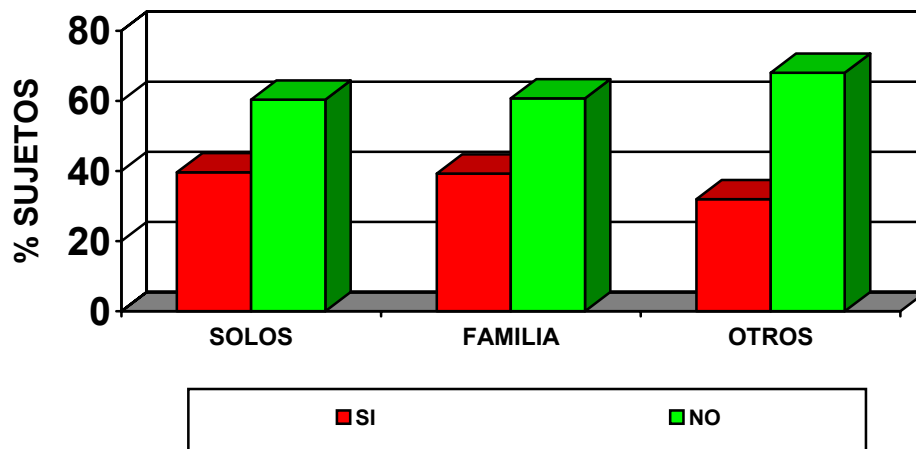
Tabla 102.- Soporte familiar y tentativas previas

T. PREVIAS	SOLOS [N(%)]	FAMILIA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
SI	61 (39,6)	446 (39,3)	47 (32)	554 (38,6)
NO	93 (60,4)	690 (60,7)	100 (68)	883 (61,4)

$X^2$  (gl) = 3,000 (2); p = 0,22



Gráfico 73.-Soporte familiar y tentativas previas



#### V.5.2.7.- SOPORTE FAMILIAR Y REPETICIÓN DE LA TENTATIVA.

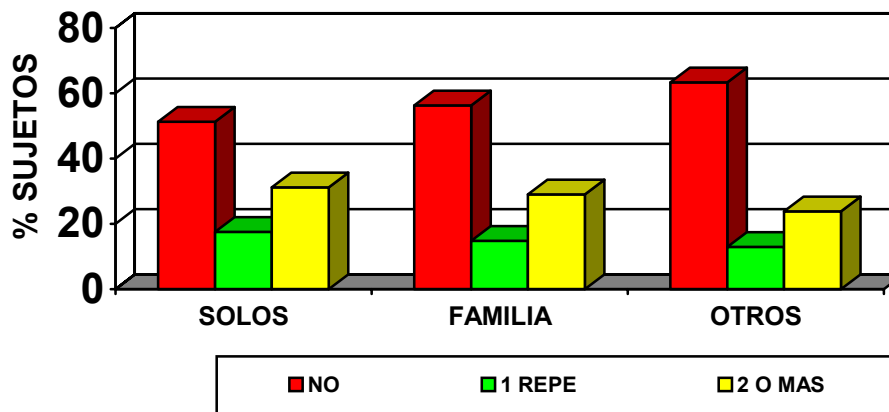
Con relación a la convivencia y la existencia de repetición de la tentativa de suicidio durante el tiempo de monitorización, en el grupo de sujetos que vivían solos, el 51,3% no repitió la conducta, el 17,5% realizó una nueva tentativa, y el 31,2% realizaron 2 o más tentativas. En el grupo de sujetos que vivían con familia, el 56,3% no repitió la conducta, el 14,8% realizó una nueva tentativa, y el 29% realizaron 2 o más tentativas. En el grupo de sujetos que vivían con otras personas o en instituciones, el 63,3% no repitió la conducta, el 12,9% realizó una nueva tentativa, y el 23,8% realizaron 2 o más tentativas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 103.- Soporte familiar y repetición de la tentativa

REPETICIÓN	SOLOS [N(%)]	FAMILIA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
NO	79 (51,3)	639 (56,3)	93 (63,3)	811 (56,4)
1 REPETICIÓN	27 (17,5)	168 (14,8)	19 (12,9)	214 (14,9)
2 O MÁS	48 (31,2)	329 (29)	35 (23,8)	412 (28,7)

$X^2 (gl) = 4,633 (4); p = 0,32$

Gráfico 74.- Soporte familiar y repetición de la tentativa



---

**V.5.2.8.- SOPORTE FAMILIAR Y DERIVACIÓN TRAS LA TENTATIVA.**

Con relación a la convivencia y la derivación desde el Servicio de Urgencias, se ha encontrado que en el grupo de sujetos que vivían solos, el 53,9% habían sido derivados al Centro de Salud Mental que les correspondía, el 0,6% al Centro de Atención Primaria, el 25,3% habían sido ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 20,1% habían sido ingresados en otras Unidades Hospitalarias (UCI, Reanimación, M. Interna, etc.).

En el grupo de sujetos que vivían con familia, el 63% habían sido derivados al Centro de Salud Mental que les correspondía, el 4,1% al Centro de Atención Primaria, el 18,1% habían sido ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 14,9% habían sido ingresados en otras Unidades Hospitalarias (UCI, Reanimación, M. Interna, etc.).

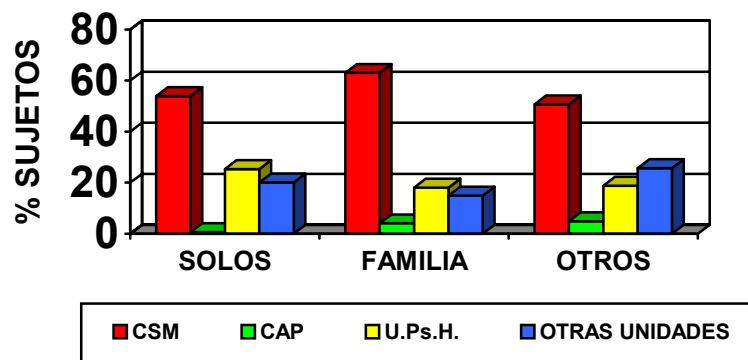
En el grupo de sujetos que vivían con otras personas o en instituciones, el 50,7% habían sido derivados al Centro de Salud Mental que les correspondía, el 4,9% al Centro de Atención Primaria, el 18,8% habían sido ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 25,7% habían sido ingresados en otras Unidades Hospitalarias (UCI, Reanimación, M. Interna, etc.). Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas, ( $p = 0,001$ ).

Tabla 104.- Soporte familiar y derivación tras la tentativa

DERIVACIÓN	SOLOS [N(%)]	FAMILIA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
C.S.M	83 (53,9)	711 (63)	73 (50,7)	867 (60,8)
C.A.P	1 (0,6)	46 (4,1)	7 (4,9)	54 (3,8)
U. Psiquiatría	39 (25,3)	204 (18,1)	27 (18,8)	270 (18,9)
U. Hospitalarias	31 (20,1)	168 (14,9)	37 (25,7)	236 (16,5)

$X^2$  (gl) = 23,35 (6); p = 0,001

Gráfico 75.- Soporte familiar y derivación



P = 0,001

### V.5.2.9.- SOPORTE FAMILIAR Y DIAGNÓSTICO

Con relación a la convivencia y el diagnóstico clínico, 22,1% de los sujetos que vivían solos fueron diagnosticados de consumo de sustancias, 28,6% de trastornos afectivos, 14,9% de trastornos neuróticos, 7,8% de trastornos de la personalidad, y 26,6% de otros diagnósticos.

En el grupo de los sujetos que vivían con familia, 9,1% fueron diagnosticados de consumo de sustancias, 26,9% de trastornos afectivos, 24% de trastornos neuróticos, 12,7% de trastornos de la personalidad, y 27,3% de otros diagnósticos.

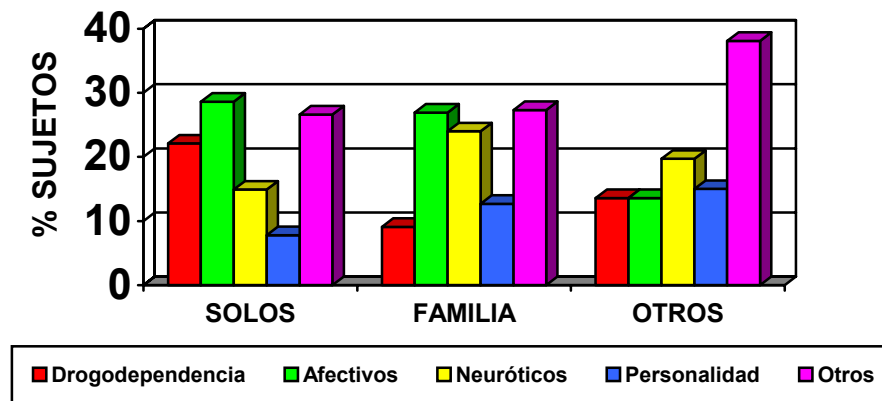
En el grupo de sujetos que vivían con otras personas o en instituciones, 13,6% fueron diagnosticados de consumo de sustancias, 13,6% de trastornos afectivos, 19,7% de trastornos neuróticos, 15% de trastornos de la personalidad, y 38,1% de otros diagnósticos. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 105.- Soporte familiar y Diagnóstico**

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>SOLOS</b> [N(%)]	<b>FAMILIA</b> [N(%)]	<b>OTROS</b> [N(%)]	<b>TOTAL</b> [N(%)]
<b>DROGODEPENDENCIA</b>	34 (22,1)	103 (9,1)	20 (13,6)	157 (10,9)
<b>AFECTIVOS</b>	44 (28,6)	306 (26,9)	20 (13,6)	370 (25,7)
<b>NEURÓTICOS</b>	23 (14,9)	273 (24)	29 (19,7)	325 (22,6)
<b>PERSONALIDAD</b>	12 (7,8)	144 (12,7)	22 (15)	178 (12,4)
<b>OTROS</b>	41 (26,6)	310 (27,3)	56 (38,1)	407 (28,3)

**$X^2$  (gl) = 46,20 (8);  $p = 0,000$**

Gráfico 76.- Soporte familiar y diagnóstico



P = 0,000

#### V.5.2.10.- SOPORTE FAMILIAR E INTENCIONALIDAD

Con relación a la convivencia y la intencionalidad de la tentativa de suicidio, encontramos que en el grupo de sujetos que vivían solos, en el 24,7% de los casos, la tentativa revestía una gravedad leve, el 31,2% una gravedad moderada, y en el 44,2% un gravedad grave.

En el grupo de sujetos que vivían con familia, en el 31,5% de los casos, la tentativa revestía una gravedad leve, el 39,3% una gravedad moderada, y en el 29,2% una gravedad grave.

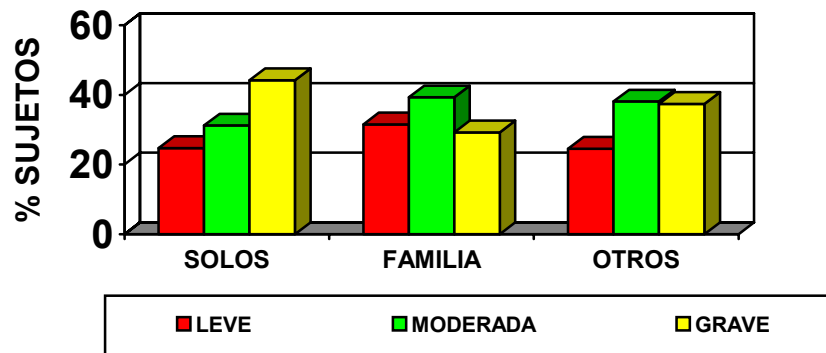
En el grupo de sujetos que vivían con otras personas o en instituciones, en el 24,5% de los casos, la tentativa revestía una gravedad leve, el 38,1% una gravedad moderada, y en el 37,4% una gravedad grave. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas (p = 0,002).

Tabla 106.- Soporte familiar e Intencionalidad

INTENCIONALIDAD	SOLOS [N(%)]	FAMILIA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
LEVE	38 (24,7)	358 (31,5)	36 (24,5)	432 (30,1)
MODERADA	48 (31,2)	446 (39,3)	56 (38,1)	550 (38,3)
GRAVE	68 (44,2)	332 (29,2)	55 (37,4)	455 (31,7)

$\chi^2$  (gl) = 17,38 (4); p = 0,002

Gráfico 77.- Soporte familiar e intencionalidad



P = 0,002

### V.5.2.11.- SOPORTE FAMILIAR Y CONTACTO CON SALUD MENTAL

Con relación a la convivencia y el contacto previo con los dispositivos de Salud Mental, encontramos que en el grupo de sujetos que vivían solos, el 62,3% mantenían o habían mantenido algún contacto con la Red de Salud Mental.

En el grupo de sujetos que vivían con familia, el 70,3% mantenían o habían mantenido algún contacto con la Red de Salud Mental.

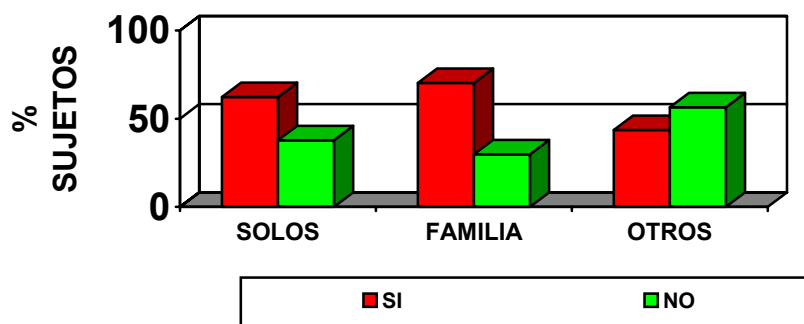
En el grupo de sujetos que vivían con otras personas o en instituciones, el 56,5% mantenían o habían mantenido algún contacto con la Red de Salud Mental. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 107.- Soporte familiar y Contacto con Salud Mental**

<b>CONTACTO</b>	<b>SOLOS</b> [N(%)]	<b>FAMILIA</b> [N(%)]	<b>OTROS</b> [N(%)]	<b>TOTAL</b> [N(%)]
<b>SI</b>	96 (62,3)	799 (70,3)	64 (43,5)	959 (66,7)
<b>NO</b>	58 (37,7)	337 (29,7)	83 (56,5)	478 (33,3)

$X^2$  (gl) = 43,60 (2);  $p = 0,000$

**Gráfico 78.- Soporte familiar y contacto con Salud Mental**



$P = 0,000$



**V.6. – ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DEL NIVEL EDUCATIVO**

**V.6.1.- NIVEL EDUCATIVO Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**V.6.1.1.- NIVEL EDUCATIVO Y ACTIVIDAD ECONÓMICA**

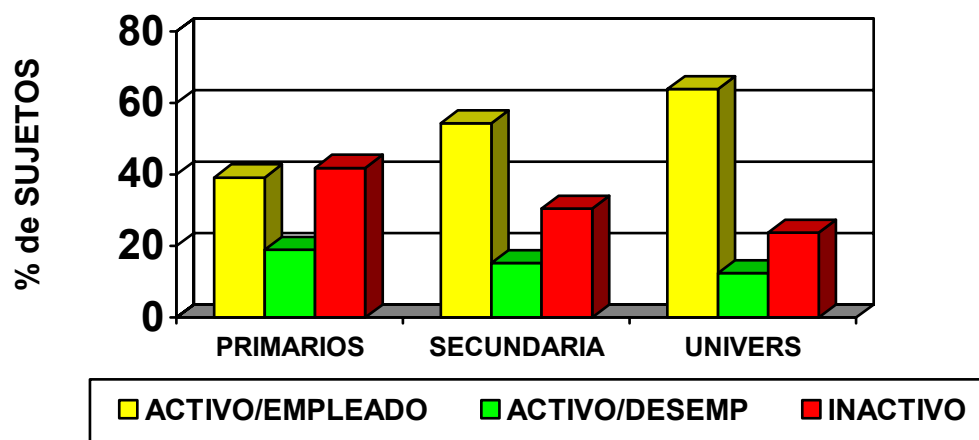
En relación al nivel educativo y la actividad económica de los sujetos del estudio, en el grupo de sujetos con estudios primarios, el 39,2% estaban económicamente activos (empleados), el 18,9% estaban económicamente activos pero desempleados, y el 41,9% estaban económicamente inactivos. En el grupo de sujetos con estudios de secundaria, el 54,3% estaban económicamente activos (empleados), el 15,2% estaban económicamente activos pero desempleados, y el 30,4% estaban económicamente inactivos. En el grupo de sujetos con estudios universitarios, el 63,9% estaban económicamente activos (empleados), el 12,4% estaban económicamente activos pero desempleados, y el 23,7% estaban económicamente inactivos. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 108.- Nivel educativo y Actividad económica**

<b>A. ECONÓMICA</b>	<b>PRIMARIOS</b> [N(%)]	<b>SECUNDARIA</b> [N(%)]	<b>UNIVERSIT.</b> [N(%)]	<b>TOTAL</b> [N(%)]
<b>E. ACTIVO</b>	416 (39,2)	150 (54,3)	62 (63,9)	628 (43,8)
<b>E. ACTIVO/DES</b>	200 (18,9)	42 (15,2)	12 (12,4)	254 (17,7)
<b>E. INACTIVO</b>	445 (41,9)	84 (30,4)	23 (23,7)	552 (38,5)

**$X^2$  (gl) = 37,83 (4);  $p = 0,000$**

Gráfico 79.- Nivel educativo y Actividad económica



P = 0,000

#### V.6.1.2.- NIVEL EDUCATIVO Y CONCEJO DE RESIDENCIA

Con relación al nivel educativo de los sujetos del estudio y el Concejo de residencia, en el grupo de sujetos con estudios primarios el 60,3% residían en el Concejo de Oviedo, el 29,2% residían en el mismo área, pero en otros Concejos, el 10,2% residían en otras áreas sanitarias, y el 0,4% tenían su residencia habitual fuera del Principado de Asturias. En el grupo de sujetos con estudios de secundaria el 72,1% residían en el Concejo de Oviedo, el 19,2% residían en el mismo área, pero en otros Concejos, el 8,7% residían en otras áreas sanitarias, y no había ninguno que tuviese su residencia habitual fuera del Principado de Asturias.

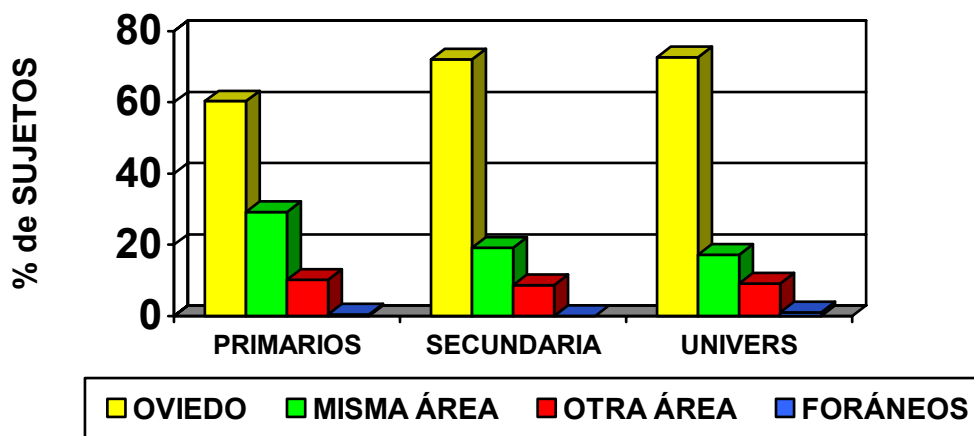
En el grupo de sujetos con estudios universitarios el 72,7% residían en el Concejo de Oviedo, el 17,2% residían en la misma área, pero en otros Concejos, el 9,1% residían en otras áreas sanitarias, y el 1% tenían su residencia habitual fuera del Principado de Asturias. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,002$ ).

Tabla 109.- Nivel educativo y Concejo de residencia

CONCEJO	PRIMARIOS [N(%)]	SECUNDARIA [N(%)]	UNIVERSIT. [N(%)]	TOTAL [N(%)]
OVIEDO	640 (60,3)	199 (72,1)	72 (72,7)	911 (63,4)
MISMA ÁREA	310 (29,2)	53 (19,2)	17 (17,2)	380 (26,4)
OTRA ÁREA	108 (10,2)	24 (8,7)	9 (9,1)	141 (9,8)
FORÁNEOS	4 (0,4)	0 (0)	1 (1)	5 (0,3)

$X^2$  (gl) = 20,79 (6);  $p = 0,002$

Gráfico 80.- Nivel educativo y Concejo de residencia



$P = 0,002$

**V.6.1.3.- NIVEL EDUCATIVO Y CAMBIO DE DOMICILIO**

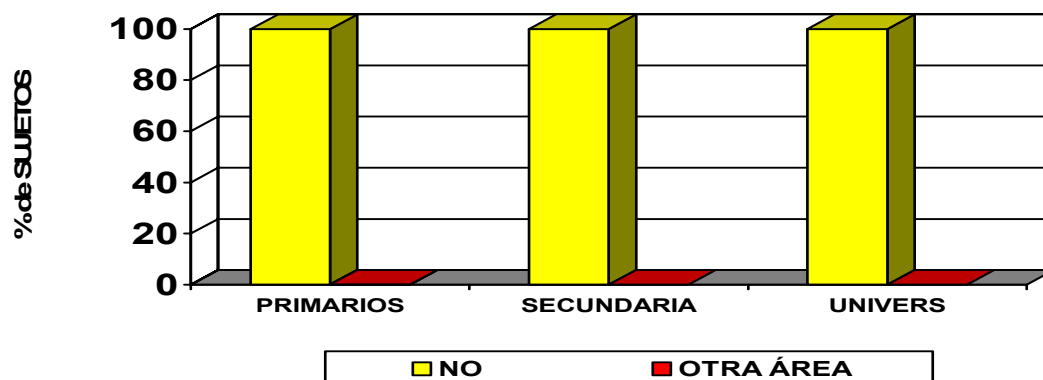
Con relación al nivel educativo de los sujetos del estudio y la existencia de cambio de residencia durante la monitorización, en el grupo de sujetos con estudios primarios el 99,9% mantuvieron la misma residencia, y el 1% cambió de domicilio para otra área. En los grupos de sujetos con estudios de secundaria y universitarios el 100% mantuvieron la misma residencia. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,83$ ).

**Tabla 110.- Nivel educativo y cambio de domicilio**

CAMBIO	PRIMARIOS [N(%)]	SECUNDARIA [N(%)]	UNIVERSIT. [N(%)]	TOTAL [N(%)]
NO	1057 (99,9)	272 (100)	99 (100)	1428 (99,9)
OTRA ÁREA	1 (0,1)	0 (0)	0 (0)	1 (0,1)

$X^2 (gl) = 0,351 (2); p = 0,83$

**Gráfico 81.- Nivel educativo y cambio de residencia**



**V.6.1.4.- NIVEL EDUCATIVO Y NACIONALIDAD**

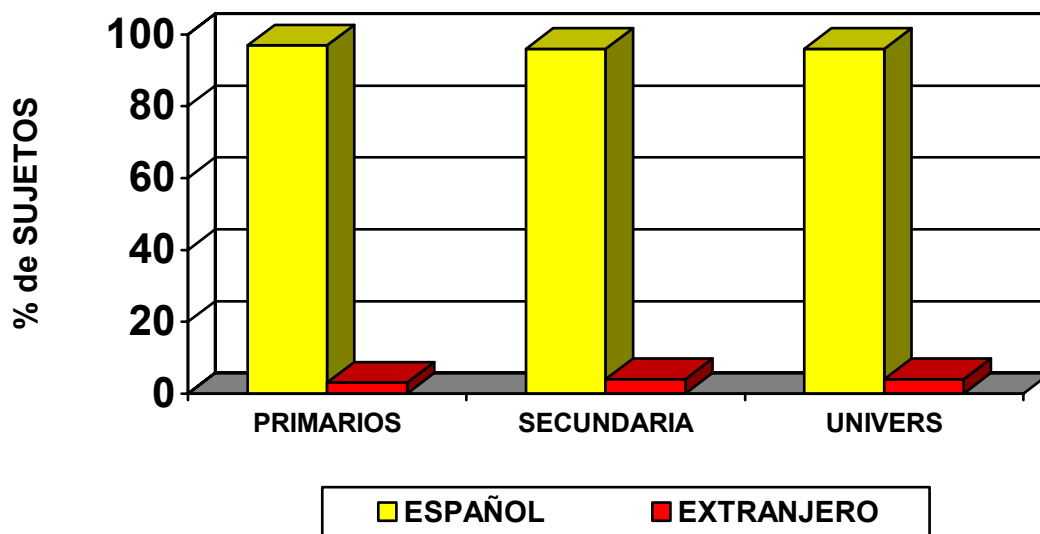
Con relación al nivel educativo de los sujetos del estudio y la nacionalidad de los mismos, en el grupo de sujetos con estudios primarios el 96,9% tenían nacionalidad española, y el 3,1% eran extranjeros. En el grupo de sujetos con estudios de secundaria, el 96% tenían nacionalidad española, y el 4% eran extranjeros. En el grupo de sujetos con estudios universitarios, el 96% tenían nacionalidad española, y el 4% eran extranjeros. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,71$ ).

**Tabla 111.- Nivel educativo y Nacionalidad**

NACIONALIDAD	PRIMARIOS [N(%)]	SECUNDARIA [N(%)]	UNIVERSIT. [N(%)]	TOTAL [N(%)]
ESPAÑOL	1029 (96,9)	265 (96)	95 (96)	1389 (96,7)
EXTRANJERO	33 (3,1)	11 (4)	4 (4)	48 (3,3)

$X^2$  (gl) = 0,685 (2);  $p = 0,71$

**Gráfico 82.- Nivel educativo y Nacionalidad**



**V.6.2.- NIVEL EDUCATIVO Y ESTUDIO DE LA TENTATIVA ACTUAL.**

**V.6.2.1.- NIVEL EDUCATIVO Y HORA DE LA TENTATIVA**

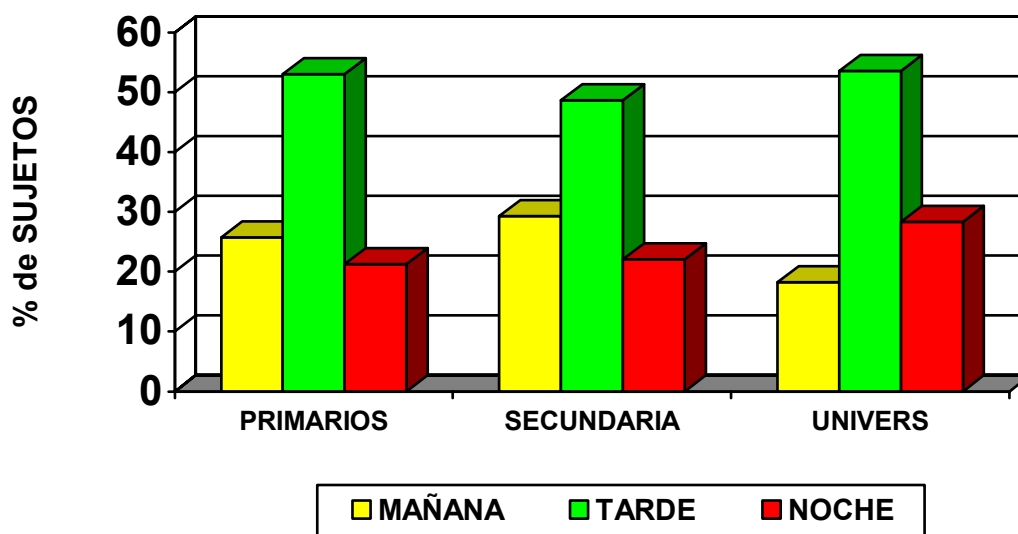
Con relación al nivel educativo de los sujetos del estudio y la hora de la tentativa, en el grupo de sujetos con estudios primarios el 25,7% eligieron el horario de las mañanas para llevar a cabo la tentativa, el 53% eligieron el horario de la tarde, y el 21,3% eligieron las horas de la noche. En el grupo de sujetos con estudios de secundaria, el 29,3% eligieron el horario de las mañanas para llevar a cabo la tentativa, el 48,6% eligieron el horario de la tarde, y el 22,1% eligieron las horas de la noche. En el grupo de sujetos con estudios universitarios, el 18,2% eligieron el horario de las mañanas para llevar a cabo la tentativa, el 53,5% eligieron el horario de la tarde, y el 28,3% eligieron las horas de la noche. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,16$ ).

**Tabla 112.- Nivel educativo y hora de la tentativa**

<b>HORA</b>	<b>PRIMARIOS [N(%)]</b>	<b>SECUNDARIA [N(%)]</b>	<b>UNIVERSIT. [N(%)]</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>MAÑANA</b>	273 (25,7)	81 (29,3)	18 (18,2)	372 (25,9)
<b>TARDE</b>	563 (53)	134 (48,6)	53 (53,5)	750 (52,2)
<b>NOCHE</b>	226 (21,3)	61 (22,1)	28 (28,3)	315 (21,9)

**$X^2$  (gl) = 6,46 (4);  $p = 0,16$**

Gráfico 83.- Nivel educativo y hora de la tentativa



### V.6.2.2.- NIVEL EDUCATIVO Y DÍA DE LA TENTATIVA

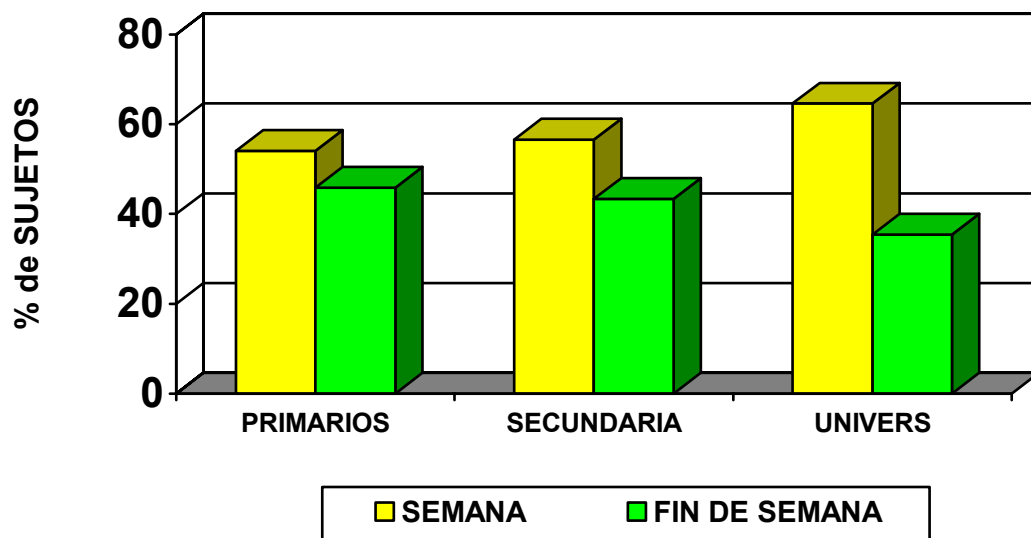
Con relación al nivel educativo de los sujetos del estudio y el día de la tentativa, en el grupo de sujetos con estudios primarios el 54,1% eligieron los días de semana (lunes, martes, miércoles y jueves), y el 45,9% eligieron los días de fin de semana (viernes, sábado y domingo). En el grupo de sujetos con estudios de secundaria, el 56,6% eligieron los días de semana, y el 43,4% eligieron los días de fin de semana. En el grupo de sujetos con estudios universitarios, el 64,6% eligieron los días de semana, y el 35,4% eligieron los días de fin de semana. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,11$ ).

Tabla 113.- Nivel educativo y día de la tentativa

DÍA	PRIMARIOS [N(%)]	SECUNDARIA [N(%)]	UNIVERSIT. [N(%)]	TOTAL [N(%)]
SEMANA	574 (54,1)	155 (56,6)	64 (64,6)	793 (55,3)
FIN DE SEMANA	487 (45,9)	119 (43,4)	35 (35,4)	641 (44,7)

$X^2 (gl) = 4,29 (2); p = 0,11$

Gráfico 84.- Nivel educativo y día de la tentativa



### V.6.2.3.- NIVEL EDUCATIVO Y MES DE LA TENTATIVA

Con relación al nivel educativo de los sujetos del estudio y el mes en el que llevaron a cabo la tentativa de suicidio, en el grupo de sujetos con estudios primarios el 22,7% eligieron el primer trimestre del año, el 25% eligió el segundo trimestre, el 29,7% eligió el tercer trimestre, y el 22,7% eligió el cuarto trimestre. En el grupo de sujetos con estudios de secundaria, el 27,5% eligieron el primer trimestre del año, el 31,2% eligió el segundo trimestre, el 19,6% eligió el tercer trimestre, y el 21,7% eligió el cuarto trimestre. En el grupo de sujetos con estudios universitarios, el 21,2% eligieron el primer trimestre del año, el 25,3% eligió el segundo trimestre, el 30,3% eligió el tercer trimestre, y el 23,2% eligió el cuarto trimestre. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,02$ ).

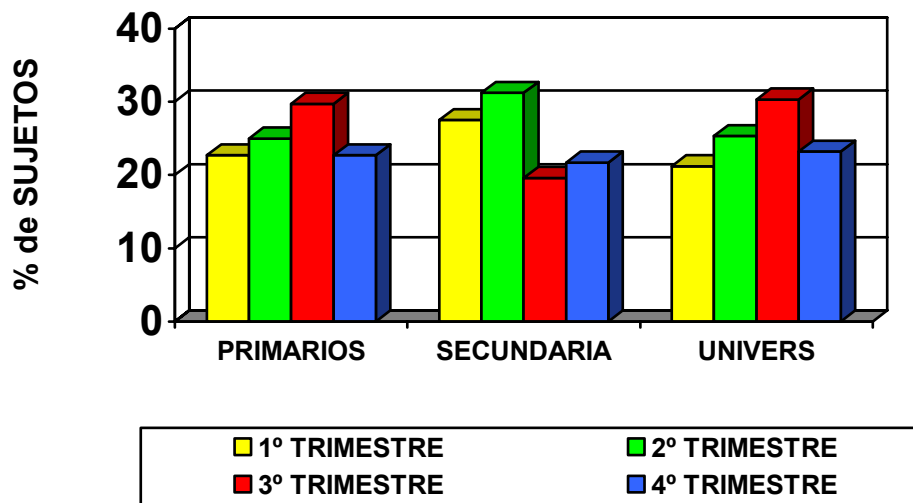


Tabla 114.- Nivel educativo y mes de la tentativa

MES	PRIMARIOS [N(%)]	SECUNDARIA [N(%)]	UNIVERSIT. [N(%)]	TOTAL [N(%)]
1° TRIMESTRE	241 (22,7)	76 (27,5)	21 (21,2)	338 (23,5)
2° TRIMESTRE	265 (25)	86 (31,2)	25 (25,3)	376 (26,2)
3° TRIMESTRE	315 (29,7)	54 (19,6)	30 (30,3)	399 (27,8)
4° TRIMESTRE	241 (22,7)	60 (21,7)	23 (23,2)	324 (22,5)

$X^2 (g) = 14,08 (6); p = 0,02$

Gráfico 85.- Nivel educativo y mes de la tentativa



$p = 0,02$

**V.6.2.4.- NIVEL EDUCATIVO Y DÍA DEL MES DE LA TENTATIVA**

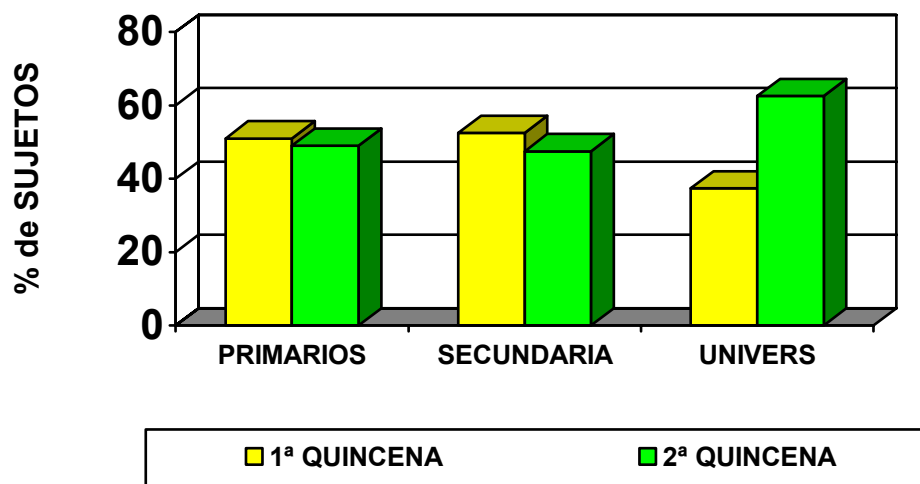
Con relación al nivel educativo de los sujetos del estudio y el día del mes en el que llevaron a cabo la tentativa de suicidio, en el grupo de sujetos con estudios primarios el 51% eligieron los primeros 15 días del mes, y el 49% eligieron la segunda quincena. En el grupo de sujetos con estudios de secundaria, el 52,5% eligieron los primeros 15 días del mes, y el 47,5% eligieron la segunda quincena. En el grupo de sujetos con estudios universitarios, el 37,4% eligieron los primeros 15 días del mes, y el 62,6% eligieron la segunda quincena. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,02$ ).

**Tabla 115.- Nivel educativo y día del mes de la tentativa**

<b>DÍA DEL MES</b>	<b>PRIMARIOS [N(%)]</b>	<b>SECUNDARIA [N(%)]</b>	<b>UNIVERSIT. [N(%)]</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>1ª QUINCENA</b>	542 (51)	145 (52,5)	37 (37,4)	724 (50,4)
<b>2ª QUINCENA</b>	520 (49)	131 (47,5)	62 (62,6)	713 (49,6)

**$X^2$  (gl) = 7,39 (2);  $p = 0,02$**

Gráfico 86.- Nivel educativo y día del mes de la tentativa



p = 0,02

#### V.6.2.5.- NIVEL EDUCATIVO Y MÉTODO DE LA TENTATIVA

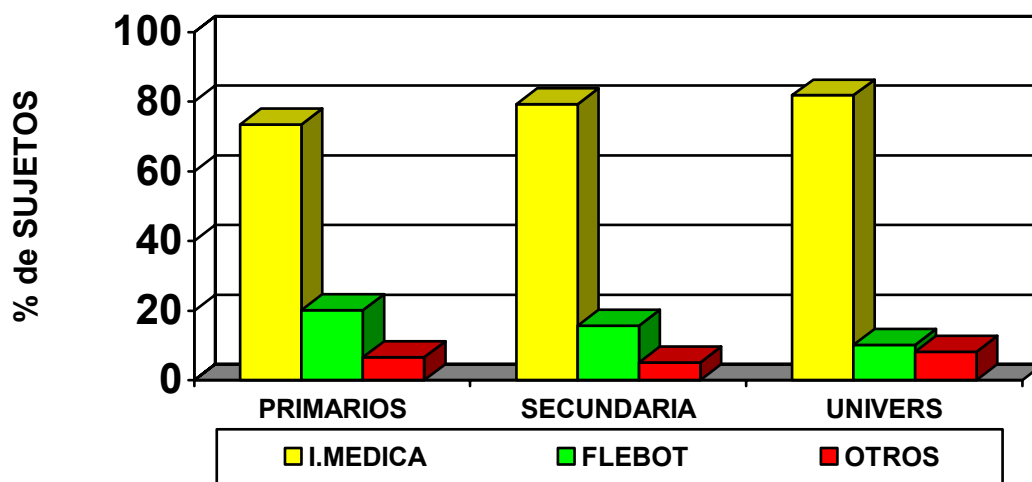
Con relación al nivel educativo de los sujetos del estudio y el método elegido para llevar a cabo la tentativa de suicidio, en el grupo de sujetos con estudios primarios el 73,4% eligieron la intoxicación medicamentosa, el 20,1% eligieron la flebotomía, y el 6,6% eligieron otros medios. En el grupo de sujetos con estudios de secundaria, el 79,34% eligieron la intoxicación medicamentosa, el 15,6% eligieron la flebotomía, y el 5,1% eligieron otros medios. En el grupo de sujetos con estudios universitarios, el 81,8% eligieron la intoxicación medicamentosa, el 10,1% eligieron la flebotomía, y el 8,1% eligieron otros medios. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 116.- Nivel educativo y Método de la tentativa

MÉTODO	PRIMARIOS [N(%)]	SECUNDARIA [N(%)]	UNIVERSIT. [N(%)]	TOTAL [N(%)]
I. MEDICAMENTOSA	779 (73,4)	219 (79,3)	81 (81,8)	1079 (75,1)
FLEBOTOMÍA	213 (20,1)	43 (15,6)	10 (10,1)	266 (18,5)
OTROS	70 (6,6)	14 (5,1)	8 (8,1)	92 (6,4)

$X^2 (g) = 9,38 (4); p = 0,052$

Gráfico 87.- Nivel educativo y Método de la tentativa



#### V.6.2.6.- NIVEL EDUCATIVO Y TENTATIVAS PREVIAS

Con relación al nivel educativo de los sujetos del estudio y la presencia de tentativas de suicidio previas, en el grupo de sujetos con estudios primarios el 39,1% tenían antecedentes de tentativas previas, y el 60,9% no habían realizado anteriormente esta conducta. En el grupo de sujetos con estudios de secundaria, el 39,1% tenían antecedentes de tentativas previas, y el 60,9% no habían realizado anteriormente esta conducta.

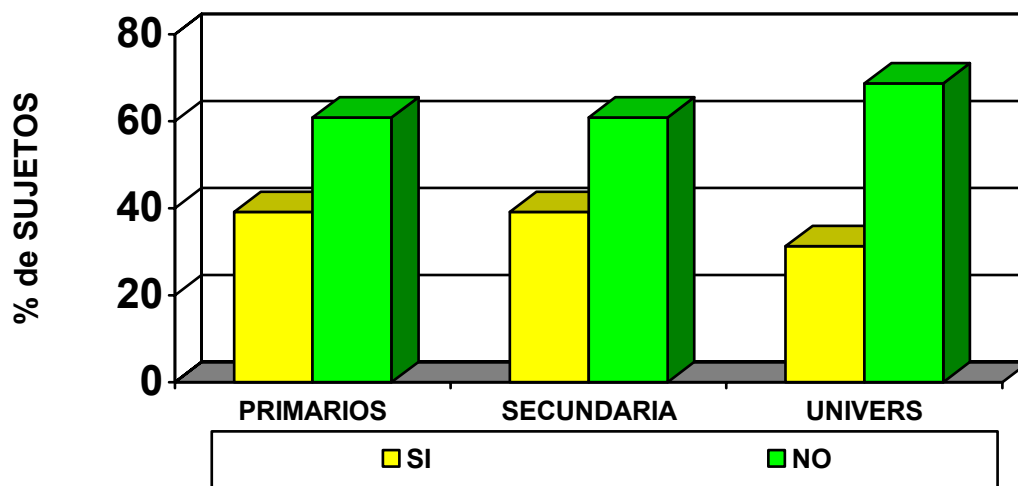
En el grupo de sujetos con estudios universitarios, el 31,3% tenían antecedentes de tentativas previas, y el 68,7% no habían realizado anteriormente esta conducta. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 117.- Nivel educativo y Tentativas previas

T. PREVIAS	PRIMARIOS [N(%)]	SECUNDARIA [N(%)]	UNIVERSIT. [N(%)]	TOTAL [N(%)]
SI	415 (39,1)	108 (39,1)	31 (31,3)	554 (38,6)
NO	647 (60,9)	168 (60,9)	68 (68,7)	883 (61,4)

$X^2 (gl) = 2,35 (2); p = 0,30$

Gráfico 88.- Nivel educativo y Tentativas previas



**V.6.2.7.- NIVEL EDUCATIVO Y DERIVACIÓN**

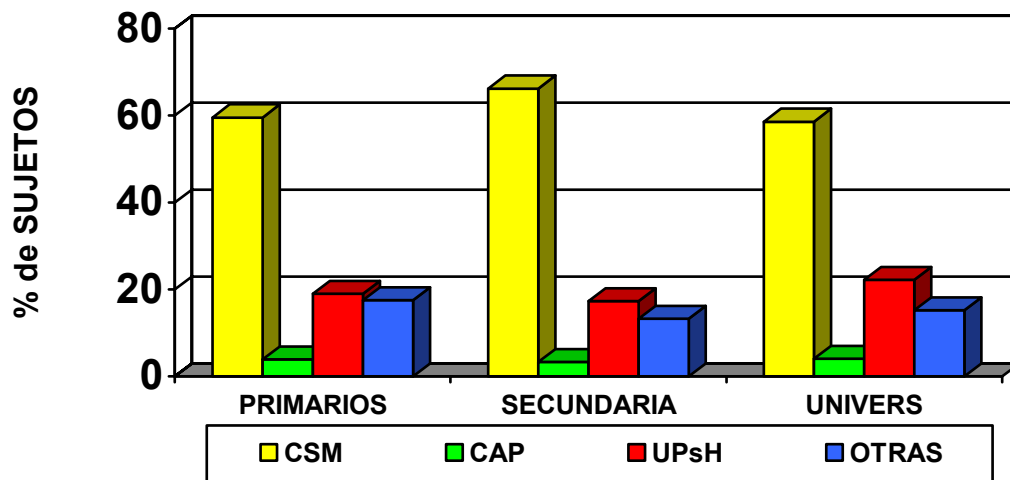
Con relación al nivel educativo de los sujetos del estudio y la derivación desde el servicio de urgencias, en el grupo de sujetos con estudios primarios el 59,6% fueron derivados a su Centro de Salud Mental correspondiente, el 3,9% fueron derivados a su Centro de Atención Primaria, el 19% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 17,5% fueron ingresados en otras unidades hospitalarias (UVI, Reanimación, etc.). En el grupo de sujetos con estudios de secundaria, el 66,2% fueron derivados a su Centro de Salud Mental correspondiente, el 3,3% fueron derivados a su Centro de Atención Primaria, el 17,3% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 13,2% fueron ingresados en otras unidades hospitalarias (UVI, Reanimación, etc.). En el grupo de sujetos con estudios universitarios, el 58,6% fueron derivados a su Centro de Salud Mental correspondiente, el 4% fueron derivados a su Centro de Atención Primaria, el 22,2% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 15,2% fueron ingresados en otras unidades hospitalarias (UVI, Reanimación, etc.). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 118.- Nivel educativo y derivación**

<b>DERIVACIÓN</b>	<b>PRIMARIOS [N(%)]</b>	<b>SECUNDARIA [N(%)]</b>	<b>UNIVERSIT. [N(%)]</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>C.S.M.</b>	629 (59,6)	180 (66,2)	58 (58,6)	867 (60,8)
<b>C.A.P.</b>	41 (3,9)	9 (3,3)	4 (4)	54 (3,8)
<b>U.Ps.H.</b>	201 (19)	47 (17,3)	22 (22,2)	270 (18,9)
<b>OTRAS UNIDADES</b>	185 (17,5)	36 (13,2)	15 (15,2)	236 (16,5)

**$X^2$  (gl) = 5,33 (6); p = 0,50**

Gráfico 89.- Nivel educativo y Derivación



**V.6.2.8.- NIVEL EDUCATIVO Y DIAGNÓSTICO**

Con relación al nivel educativo de los sujetos del estudio y el diagnóstico clínico, en el grupo de sujetos con estudios primarios el 12,2% fueron diagnosticados de trastornos por consumo de sustancias, el 26% de trastornos afectivos, el 23% de trastornos neuróticos, el 12,3% de trastornos de la personalidad, y el 26,5% tuvieron otros diagnósticos. En el grupo de sujetos con estudios de secundaria el 8,3% fueron diagnosticados de trastornos por consumo de sustancias, el 28,3% de trastornos afectivos, el 20,3% de trastornos neuróticos, el 12% de trastornos de la personalidad, y el 31,2% tuvieron otros diagnósticos.

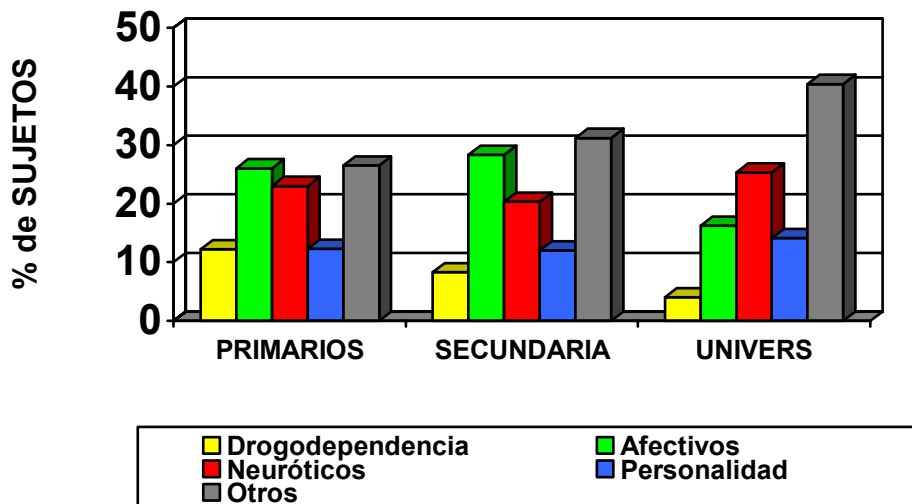
En el grupo de sujetos con estudios universitarios, el 4% fueron diagnosticados de trastornos por consumo de sustancias, el 16,2% de trastornos afectivos, el 25,3% de trastornos neuróticos, el 14,1% de trastornos de la personalidad, y el 40,4% tuvieron otros diagnósticos. Estas diferencias, resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,009$ ).

Tabla 119.- Nivel educativo y diagnóstico

DIAGNÓSTICO	PRIMARIOS [N(%)]	SECUNDARIA [N(%)]	UNIVERSIT. [N(%)]	TOTAL [N(%)]
DROGODEPENDENCIA	130 (12,2)	23 (8,3)	4 (4)	157 (10,9)
T. AFECTIVOS	276 (26)	78 (28,3)	16 (16,2)	370 (25,7)
T. NEURÓTICOS	244 (23)	56 (20,3)	25 (25,3)	325 (22,6)
T. PERSONALIDAD	131 (12,3)	33 (12)	14 (14,1)	178 (12,4)
OTROS	281 (26,5)	86 (31,2)	40 (40,4)	407 (28,3)

$X^2$  (gl) = 20,41 (8);  $p = 0,009$

Gráfico 90.- Nivel educativo y Diagnóstico



$p = 0,009$



**V.6.2.9.- NIVEL EDUCATIVO E INTENCIONALIDAD**

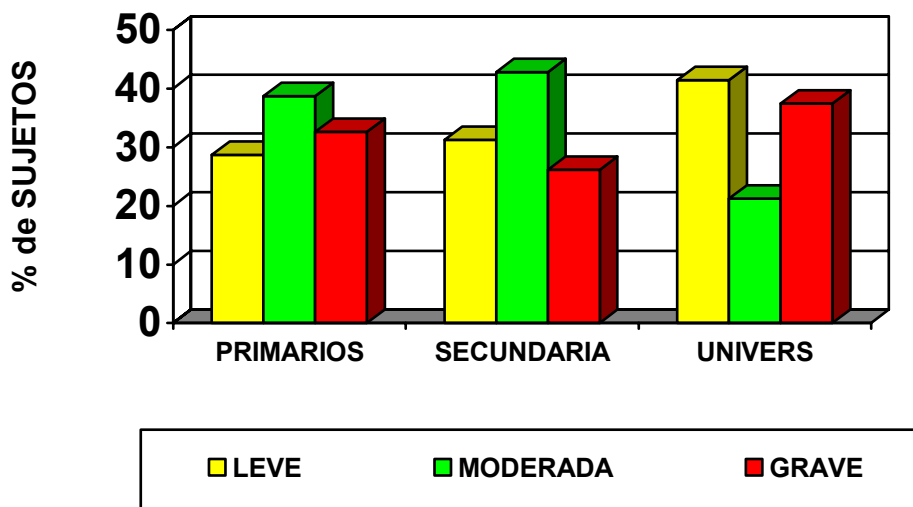
Con relación al nivel educativo de los sujetos del estudio y la intencionalidad de la tentativa de suicidio, en el grupo de sujetos con estudios primarios en el 28,7% revestía una gravedad leve, en el 38,7% una gravedad moderada, y en el 32,6% una gravedad severa. En el grupo de sujetos con estudios de secundaria, en el 31,2% revestía una gravedad leve, en el 42,8% una gravedad moderada, y el en 26,1% una gravedad severa. En el grupo de sujetos con estudios universitarios, en el 41,4% revestía una gravedad leve, en el 21,2% una gravedad moderada, y en el 37,4% una gravedad severa. Estas diferencias, resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,001$ ).

**Tabla 120.- Nivel educativo e intencionalidad**

<b>INTENCIONALIDAD</b>	<b>PRIMARIOS [N(%)]</b>	<b>SECUNDARIA [N(%)]</b>	<b>UNIVERSIT. [N(%)]</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>LEVE</b>	305 (28,7)	86 (31,2)	41 (41,4)	432 (30,1)
<b>MODERADA</b>	411 (38,7)	118 (42,8)	21 (21,2)	550 (38,3)
<b>GRAVE</b>	346 (32,6)	72 (26,1)	37 (37,4)	455 (31,7)

**$X^2$  (gl) = 18,03 (4);  $p = 0,001$**

Gráfico 91.- Nivel educativo e Intencionalidad



p = 0,001

#### V.6.2.10.- NIVEL EDUCATIVO Y REPETICIÓN DE LA TENTATIVA

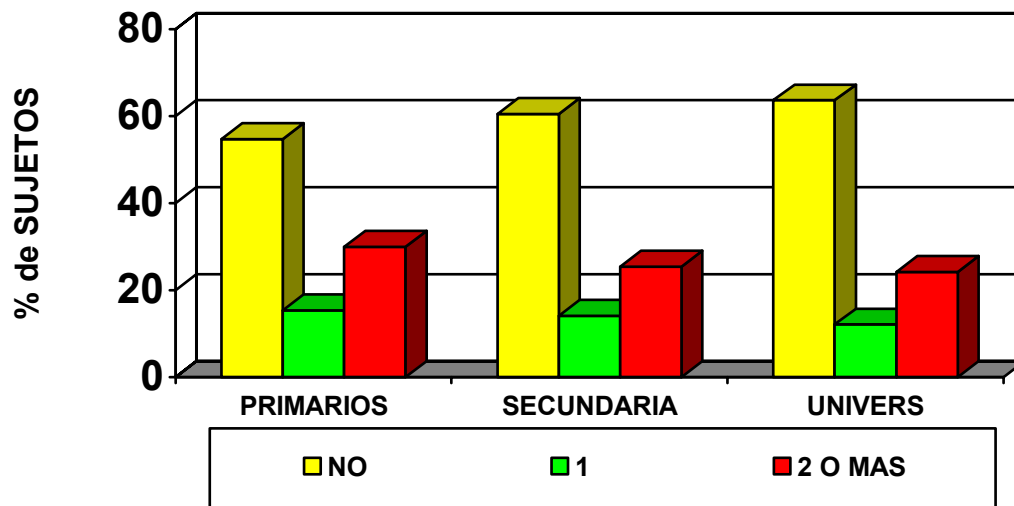
Con relación al nivel educativo de los sujetos del estudio y la repetición de la conducta durante el tiempo de monitorización, en el grupo de sujetos con estudios primarios, el 54,7% no habían vuelto a repetir la conducta, el 15,3% la habían repetido en una ocasión, y el 29,9% la habían repetido en 2 o más ocasiones. En el grupo de sujetos con estudios de secundaria, el 60,5% no habían vuelto a repetir la conducta, el 14,1% la habían repetido en una ocasión, y el 25,4% la habían repetido en 2 o más ocasiones. En el grupo de sujetos con estudios universitarios, el 63,6% no habían vuelto a repetir la conducta, el 12,1% la habían repetido en una ocasión, y el 24,2% la habían repetido en 2 o más ocasiones. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 121.- Nivel educativo y repetición de la tentativa

REPETICIÓN	PRIMARIOS [N(%)]	SECUNDARIA [N(%)]	UNIVERSIT. [N(%)]	TOTAL [N(%)]
NO	581 (54,7)	167 (60,5)	63 (63,6)	811 (56,4)
1	163 (15,3)	39 (14,1)	12 (12,1)	214 (14,9)
2 O MÁS	318 (29,9)	70 (25,4)	24 (24,2)	412 (28,7)

$X^2 (g) = 5,37 (4); p = 0,25$

Gráfico 92.- Nivel educativo y repetición de la tentativa



**V.6.2.11.- NIVEL EDUCATIVO Y CONTACTO CON SALUD MENTAL**

Con relación al nivel educativo de los sujetos del estudio y la existencia de contacto previo con los dispositivos de Salud Mental, en el grupo de sujetos con estudios primarios, el 31,7% no habían tenido contacto previo con los Servicios de Salud Mental, y el 68,3% si lo habían tenido.

En el grupo de sujetos con estudios de secundaria, el 37,3% no habían tenido contacto previo con los Servicios de Salud Mental, y el 62,7% si lo habían tenido.

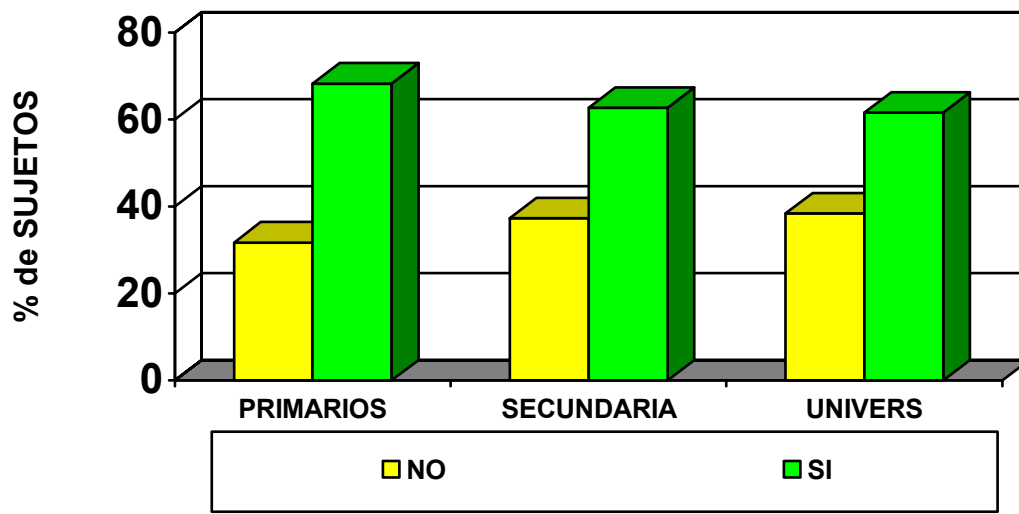
En el grupo de sujetos con estudios universitarios, el 38,4% no habían tenido contacto previo con los Servicios de Salud Mental, y el 61,6% si lo habían tenido. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 122.- Nivel educativo y contacto con Salud Mental**

<b>CONTACTO</b>	<b>PRIMARIOS [N(%)]</b>	<b>SECUNDARIA [N(%)]</b>	<b>UNIVERSIT. [N(%)]</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>NO</b>	337 (31,7)	103 (37,3)	38 (38,4)	478 (33,3)
<b>SI</b>	725 (68,3)	173 (62,7)	61 (61,6)	959 (66,7)

**$X^2$  (gl) = 4,33 (2); p = 0,11**

Gráfico 93.- Nivel educativo y contacto con Salud Mental



---

**V.7. – ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA**

**V.7.1.- ACTIVIDAD ECONÓMICA Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**V.7.1.1.- ACTIVIDAD ECONÓMICA Y CONCEJO DE RESIDENCIA**

En relación a la actividad económica y el Concejo de residencia de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos económicamente activos (empleados), el 67,5% residían en el Concejo de Oviedo, el 23,9% en la misma área, pero en otros Concejos, el 8,3% en otras áreas sanitarias, y el 0,3% tenían su residencia habitual fuera del Principado de Asturias.

En el grupo de sujetos económicamente activos (desempleados), el 58,2% residían en el Concejo de Oviedo, el 22,4% en la misma área, pero en otros Concejos, el 19,4% en otras áreas sanitarias, y no había ninguno que tuviese su residencia habitual fuera del Principado de Asturias.

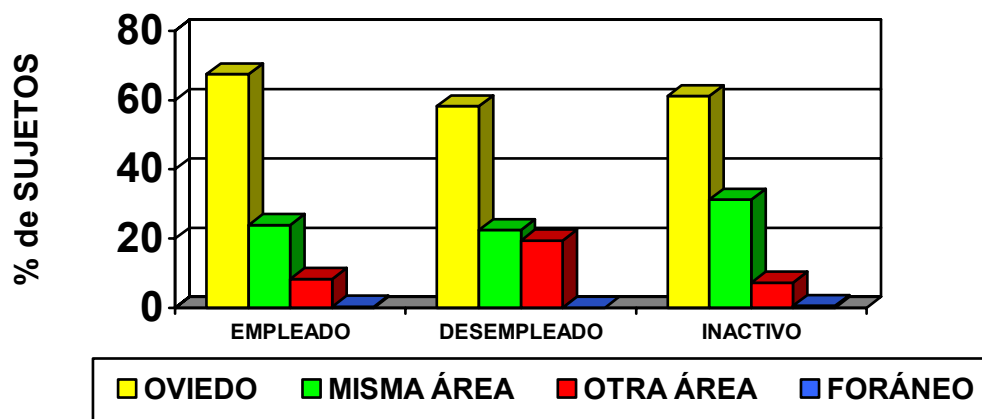
En el grupo de sujetos económicamente inactivos, el 61,1% residían en el Concejo de Oviedo, el 31,2% en la misma área, pero en otros Concejos, el 7,2% en otras áreas sanitarias, y el 0,5% tenían su residencia habitual fuera del Principado de Asturias. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

Tabla 123.- Actividad económica y Concejo de residencia

CONCEJO RESIDENCIA	E. ACT (EMPL) [N(%)]	E. ACT (DES) [N(%)]	E. INACTIVO [N(%)]	TOTAL [N(%)]
OVIEDO	424 (67,5)	156 (58,2)	337 (61,1)	917 (63,3)
MISMA ÁREA	150 (23,9)	60 (22,4)	172 (31,2)	382 (26,4)
OTRA ÁREA	52 (8,3)	52 (19,4)	40 (7,2)	144 (9,9)
FORÁNEOS	2 (0,3)	0 (0)	3 (0,5)	5 (0,3)

$X^2$  (gl) = 42,64 (6); p = 0,000

Gráfico 94 .- Actividad económica y Concejo de residencia



P = 0,000

**V.7.1.2.- ACTIVIDAD ECONÓMICA Y CAMBIO DE DOMICILIO**

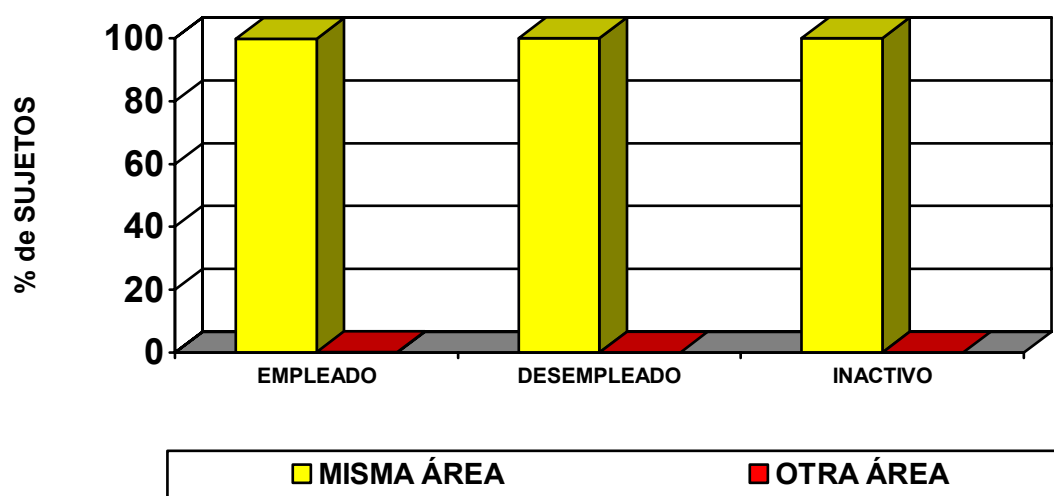
En relación a la actividad económica y la existencia de cambio de domicilio de los sujetos a estudio durante la monitorización, en el grupo de sujetos económicamente activos (empleados), el 99,8% mantuvieron la misma residencia, y un 0,2% cambiaron su residencia a otra área. En el grupo de sujetos económicamente activos (empleados), y en el grupo de sujetos inactivos el 100% mantuvieron la misma residencia. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 124.- Actividad económica y cambio de domicilio**

CAMBIO DOMICILIO	E. ACT (EMPL) [N(%)]	E. ACT (DES) [N(%)]	E. INACTIVO [N(%)]	TOTAL [N(%)]
MISMA ÁREA	623 (99,8)	253 (100)	549 (100)	1425 (99,9)
OTRA ÁREA	1 (0,2)	0 (0)	0 (0)	1 (0,1)

$X^2$  (gl) = 1,28 (2); p = 0,526

**Gráfico 95 .- Actividad económica y cambio de residencia**





**V.7.1.3.- ACTIVIDAD ECONÓMICA Y NACIONALIDAD**

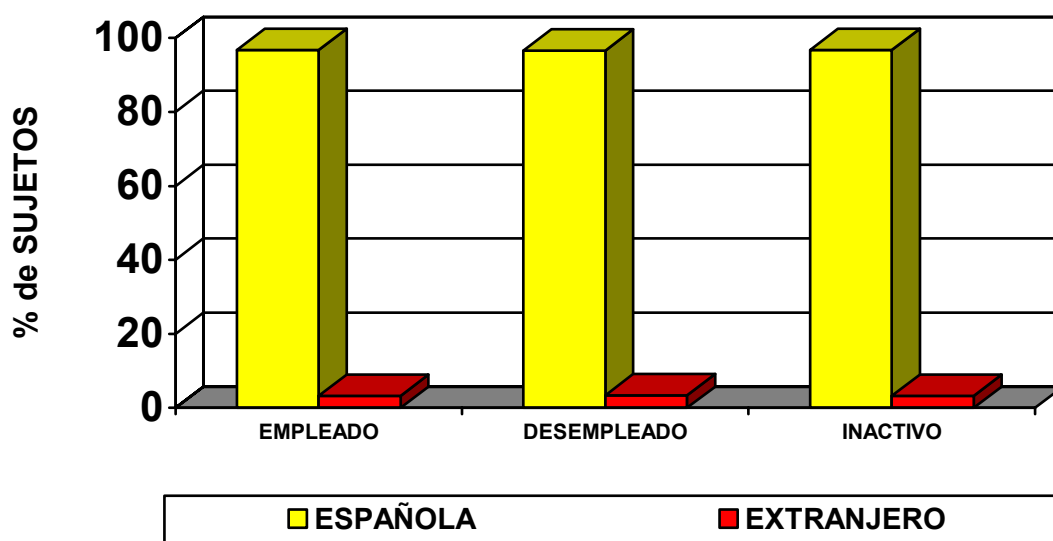
En relación a la actividad económica y la nacionalidad de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos económicamente activos (empleados), el 96,7% tenían nacionalidad española, y el 3,3% eran extranjeros. En el grupo de sujetos económicamente activos (empleados), el 96,6% tenían nacionalidad española, y el 3,4% eran extranjeros, y en el grupo de sujetos inactivos el 96,7% tenían nacionalidad española, y el 3,3% eran extranjeros. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 125.- Actividad económica y nacionalidad**

NACIONALIDAD	E. ACT (EMPL) [N(%)]	E. ACT (DES) [N(%)]	E. INACTIVO [N(%)]	TOTAL [N(%)]
ESPAÑOLA	607 (96,7)	259 (96,6)	534 (96,7)	1400 (96,7)
EXTRANJERO	21 (3,3)	9 (3,4)	18 (3,3)	48 (3,3)

$X^2 (gl) = 0,008 (2); p = 0,99$

**Gráfico 96 .- Actividad económica y nacionalidad**



**V.7.2.- ACTIVIDAD ECONÓMICA Y ESTUDIO DE LA TENTATIVA ACTUAL.**

**V.7.2.1.- ACTIVIDAD ECONÓMICA Y HORA DE LA TENTATIVA**

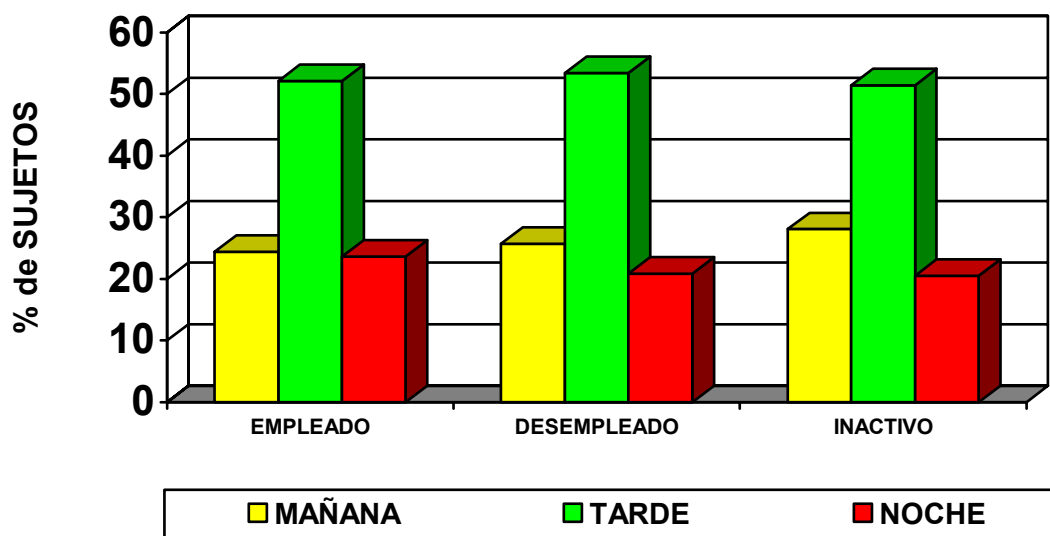
En relación a la actividad económica y la hora de la tentativa de suicidio de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos económicamente activos (empleados), el 24,4% eligieron las horas de la mañana para llevar a cabo la tentativa, el 52,1% la tarde, y el 23,6% la noche. En el grupo de sujetos económicamente activos (desempleados), el 25,7% eligieron las horas de la mañana para llevar a cabo la tentativa, el 53,4% la tarde, y el 20,9% la noche. En el grupo de sujetos económicamente inactivos, el 28,1% eligieron las horas de la mañana para llevar a cabo la tentativa, el 51,4% la tarde, y el 20,5% la noche. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 126.- Actividad económica y hora de la tentativa**

HORA	E. ACT (EMPL) [N(%)]	E. ACT (DES) [N(%)]	E. INACTIVO [N(%)]	TOTAL [N(%)]
MAÑANA	153 (24,4)	69 (25,7)	155 (28,1)	377 (26)
TARDE	327 (52,1)	143 (53,4)	284 (51,4)	754 (52,1)
NOCHE	148 (23,6)	56 (20,9)	113 (20,5)	317 (21,9)

**$X^2 (g) = 3,13 (4); p = 0,53$**

Gráfico 97 .- Actividad económica y hora de la tentativa



### V.7.2.2.- ACTIVIDAD ECONÓMICA Y DÍA DE LA TENTATIVA

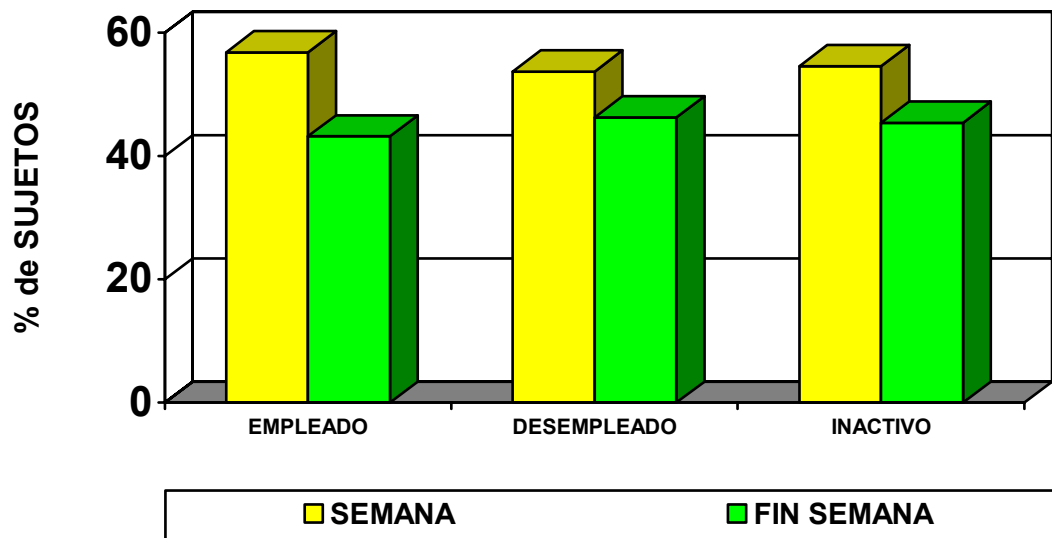
En relación a la actividad económica y el día de la tentativa de suicidio de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos económicamente activos (empleados), el 56,8% eligieron los días de semana (lunes, martes, miércoles y jueves) para llevar a cabo la tentativa, y el 43,2% lo hicieron los días de fin de semana (viernes, sábado y domingo). En el grupo de sujetos económicamente activos (desempleados), el 53,7% eligieron los días de semana (lunes, martes, miércoles y jueves) para llevar a cabo la tentativa, y el 46,3% lo hicieron los días de fin de semana (viernes, sábado y domingo). En el grupo de sujetos económicamente inactivos, el 54,6% eligieron los días de semana (lunes, martes, miércoles y jueves) para llevar a cabo la tentativa, y el 45,4% lo hicieron los días de fin de semana (viernes, sábado y domingo). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 127.- Actividad económica y día de la tentativa

DÍA	E. ACT (EMPL) [N(%)]	E. ACT (DES) [N(%)]	E. INACTIVO [N(%)]	TOTAL [N(%)]
SEMANA	357 (56,8)	144 (53,7)	300 (54,6)	801 (55,4)
FIN DE SEMANA	271 (43,2)	124 (46,3)	249 (45,4)	644 (44,6)

$X^2 (gl) = 0,96 (2); p = 0,61$

Gráfico 98 .- Actividad económica y día de la tentativa



**V.7.2.3.- ACTIVIDAD ECONÓMICA Y MES DE LA TENTATIVA**

En relación a la actividad económica y el mes de la tentativa de suicidio de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos económicamente activos (empleados), el 22,5% eligieron el primer trimestre del años para llevar a cabo la tentativa, el 27,5% el segundo trimestre, el 29,1% el tercer trimestre, y el 20,9% el cuarto trimestre.

En el grupo de sujetos económicamente activos (desempleados), el 17,9% eligieron el primer trimestre del años para llevar a cabo la tentativa, el 22,4% el segundo trimestre, el 32,1% el tercer trimestre, y el 27,6% el cuarto trimestre.

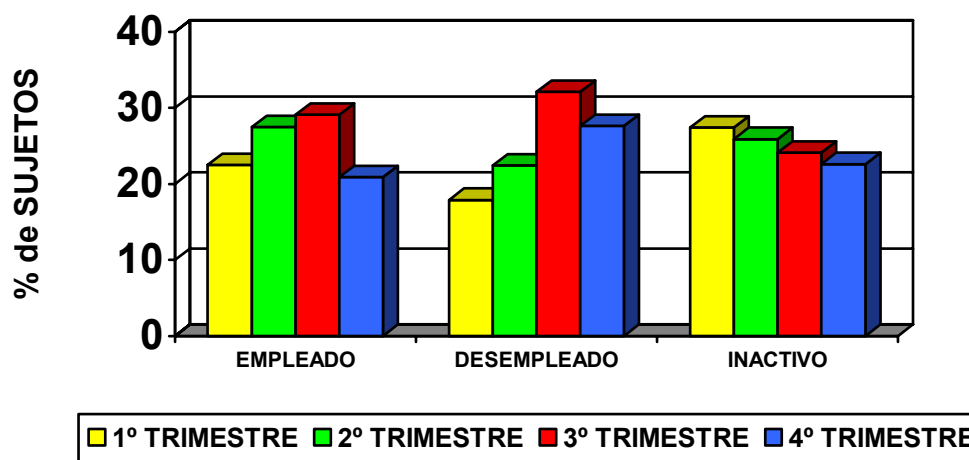
En el grupo de sujetos económicamente inactivos, el 27,4% eligieron el primer trimestre del años para llevar a cabo la tentativa, el 25,9% el segundo trimestre, el 24,1% el tercer trimestre, y el 22,6% el cuarto trimestre. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas ( $p = 0,006$ ).

**Tabla 128.- Actividad económica y mes de la tentativa**

MES	E. ACT (EMPL) [N(%)]	E. ACT (DES) [N(%)]	E. INACTIVO [N(%)]	TOTAL [N(%)]
1° TRIMESTRE	141 (22,5)	48 (17,9)	151 (27,4)	340 (23,5)
2° TRIMESTRE	173 (27,5)	60 (22,4)	143 (25,9)	376 (26)
3° TRIMESTRE	183 (29,1)	86 (32,1)	133 (24,1)	402 (27,8)
4° TRIMESTRE	131 (20,9)	74 (27,6)	125 (22,6)	330 (22,8)

**$X^2$  (gl) = 17,95 (6);  $p = 0,006$**

Gráfico 99 .- Actividad económica y mes de la tentativa



P = 0,006

#### V.7.2.4.- ACTIVIDAD ECONÓMICA Y DÍA DEL MES DE LA TENTATIVA

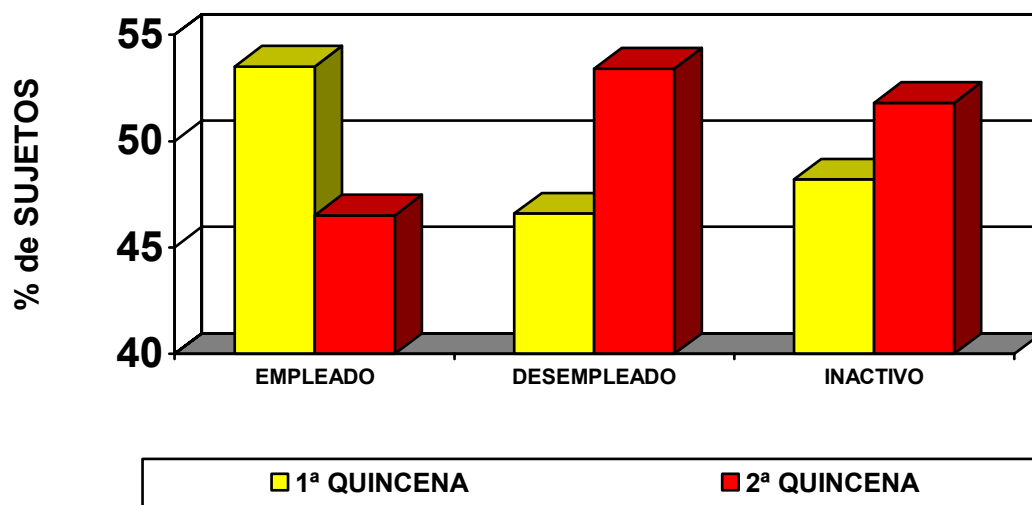
En relación a la actividad económica y el día del mes de la tentativa de suicidio de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos económicamente activos (empleados), el 53,5% eligieron la primera quincena del mes para llevar a cabo la tentativa, y el 46,5% la segunda quincena. En el grupo de sujetos económicamente activos (desempleados), el 46,6% eligieron la primera quincena del mes y el 53,4% la segunda quincena. En el grupo de sujetos económicamente inactivos, el 48,2% eligieron la primera quincena del mes para llevar a cabo la tentativa, y el 51,8% la segunda quincena. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 129.- Actividad económica y día del mes de la tentativa

DÍA DEL MES	E. ACT (EMPL) [N(%)]	E. ACT (DES) [N(%)]	E. INACTIVO [N(%)]	TOTAL [N(%)]
1ª QUINCENA	336 (53,5)	125 (46,6)	266 (48,2)	727 (50,2)
2ª QUINCENA	292 (46,5)	143 (53,4)	286 (51,8)	721 (49,8)

$X^2$  (gl) = 4,99 (2); p = 0,08

**Gráfico 100 .- Actividad económica y día del mes de la tentativa**



#### V.7.2.5.- ACTIVIDAD ECONÓMICA Y MÉTODO DE LA TENTATIVA

En relación a la actividad económica y el método elegido para llevar a cabo la tentativa de suicidio, en el grupo de sujetos económicamente activos (empleados), el 78,5% eligieron la intoxicación medicamentosa, el 16,9% la flebotomía, y el 4,6% otros medios.

En el grupo de sujetos económicamente activos (desempleados), el 67,5% eligieron la intoxicación medicamentosa, el 22,4% la flebotomía, y el 10,1% otros medios.

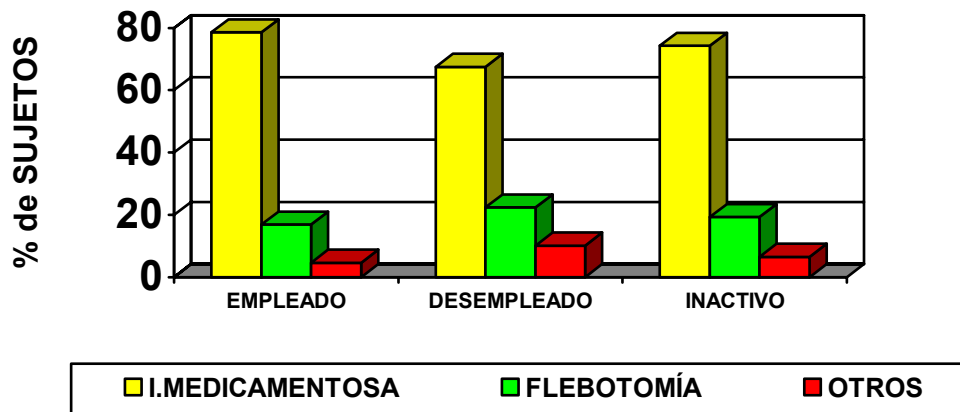
En el grupo de sujetos económicamente inactivos, el 74,3% eligieron la intoxicación medicamentosa, el 19,2% la flebotomía, y el 6,5% otros medios. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,005$ ).

Tabla 130.- Actividad económica y método de la tentativa

MÉTODO	E. ACT (EMPL) [N(%)]	E. ACT (DES) [N(%)]	E. INACTIVO [N(%)]	TOTAL [N(%)]
I.MEDICAMENTOSA	493 (78,5)	181 (67,5)	410 (74,3)	1084 (74,9)
FLEBOTOMÍA	106 (16,9)	60 (22,4)	106 (19,2)	272 (18,8)
OTROS	29 (4,6)	27 (10,1)	36 (6,5)	92 (6,4)

$X^2$  (gl) = 15,01 (4); p = 0,005

Gráfico 101 .- Actividad económica y método de la tentativa



p = 0,005

#### V.7.2.6.- ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TENTATIVAS PREVIAS

En relación a la actividad económica y la existencia de tentativas de suicidio previas, en el grupo de sujetos económicamente activos (empleados), el 40,4% presentaban antecedentes de tentativas previas, y el 59,6% no las tenían. En el grupo de sujetos económicamente activos (desempleados), el 25,8% presentaban antecedentes de tentativas previas, y el 74,2% no las tenían.



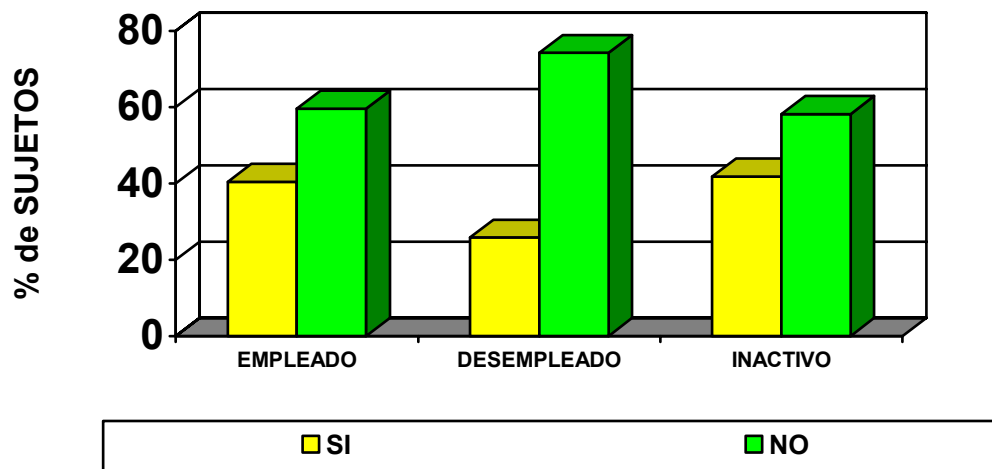
En el grupo de sujetos económicamente inactivos, el 41,8% presentaban antecedentes de tentativas previas, y el 58,2% no las tenían. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

Tabla 131.- Actividad económica y tentativas previas

TENTATIVAS PREVIAS	E. ACT (EMPL) [N(%)]	E. ACT (DES) [N(%)]	E. INACTIVO [N(%)]	TOTAL [N(%)]
SI	254 (40,4)	69 (25,8)	231 (41,8)	554 (38,3)
NO	374 (59,6)	198 (74,2)	321 (58,2)	893 (61,7)

$X^2 (gl) = 21,70 (2); p = 0,000$

Gráfico 102 .- Actividad económica y tentativas previas



$p = 0,000$

**V.7.2.7.- ACTIVIDAD ECONÓMICA Y DERIVACIÓN**

En relación a la actividad económica y la derivación desde el servicio de urgencias, en el grupo de sujetos económicamente activos (empleados), el 64,8% fueron derivados a su Centro de Salud Mental, el 2,9% a su Centro de Atención Primaria, el 19,4% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 13% fueron ingresados en otras Unidades Hospitalarias.

En el grupo de sujetos económicamente activos (desempleados), el 53,4% fueron derivados a su Centro de Salud Mental, el 3,4% a su Centro de Atención Primaria, el 20,7% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 22,6% fueron ingresados en otras Unidades Hospitalarias.

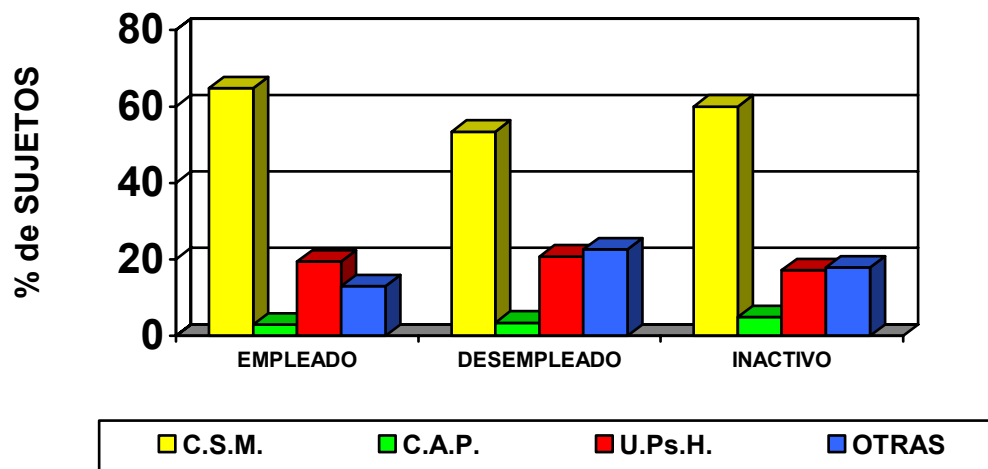
En el grupo de sujetos económicamente inactivos, el 60% fueron derivados a su Centro de Salud Mental, el 4,9% a su Centro de Atención Primaria, el 17,2% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 17,9% fueron ingresados en otras Unidades Hospitalarias. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,003$ ).

**Tabla 132.- Actividad económica y derivación**

DERIVACIÓN	E. ACT (EMPL) [N(%)]	E. ACT (DES) [N(%)]	E. INACTIVO [N(%)]	TOTAL [N(%)]
C.S.M	405 (64,8)	142 (53,4)	328 (60)	875 (60,8)
C.A.P.	18 (2,9)	9 (3,4)	27 (4,9)	54 (3,8)
U.Ps.H.	121 (19,4)	55 (20,7)	94 (17,2)	270 (18,8)
OTRAS UNIDADES	81 (13)	60 (22,6)	98 (17,9)	239 (16,6)

**$X^2$  (gl) = 20,10 (6);  $p = 0,003$**

Gráfico 103 .- Actividad económica y derivación



p = 0,003

#### V.7.2.8.- ACTIVIDAD ECONÓMICA Y DIAGNÓSTICO

En relación a la actividad económica y el diagnóstico clínico de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos económicamente activos (empleados), el 11,8% fueron diagnosticados de trastornos por consumo de sustancias, el 31,7% por trastornos afectivos, el 23,6% por trastornos neuróticos, el 10,4% por trastornos de la personalidad, y el 22,6% por otros trastornos.

En el grupo de sujetos económicamente activos (desempleados), el 10,4% fueron diagnosticados de trastornos por consumo de sustancias, el 23,1% por trastornos afectivos, el 19,8% por trastornos neuróticos, el 9,7% por trastornos de la personalidad, y el 36,9% por otros trastornos.

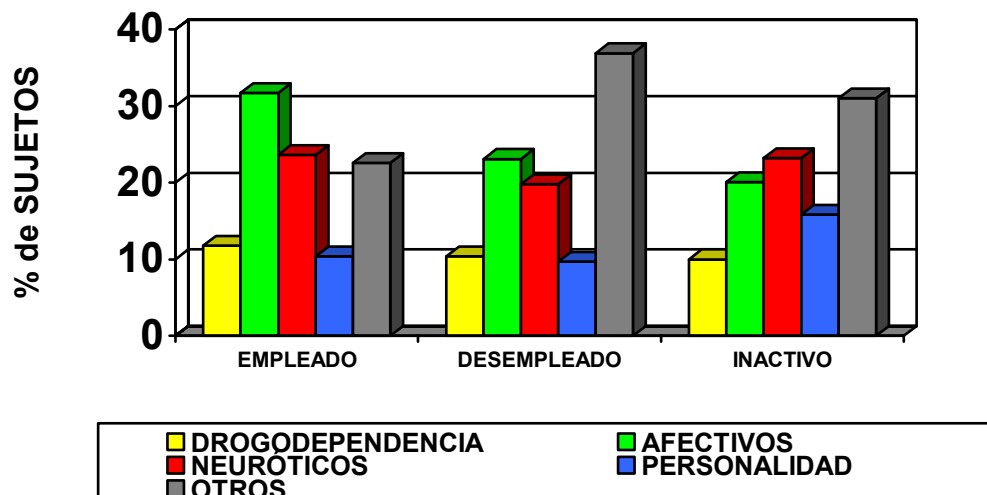
En el grupo de sujetos económicamente inactivos, el 10% fueron diagnosticados de trastornos por consumo de sustancias, el 20,1% por trastornos afectivos, el 23,2% por trastornos neuróticos, el 15,8% por trastornos de la personalidad, y el 31% por otros trastornos. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

Tabla 133.- Actividad económica y diagnóstico

DIAGNÓSTICO	E. ACT (EMPL) [N(%)]	E. ACT (DES) [N(%)]	E. INACTIVO [N(%)]	TOTAL [N(%)]
DROGODEPENDENCIA	74 (11,8)	28 (10,4)	55 (10)	157 (10,8)
AFECTIVOS	199 (31,7)	62 (23,1)	111 (20,1)	372 (25,7)
NEURÓTICOS	148 (23,6)	53 (19,8)	128 (23,2)	329 (22,7)
PERSONALIDAD	65 (10,4)	26 (9,7)	87 (15,8)	178 (12,3)
OTROS	142 (22,6)	99 (36,9)	171 (31)	412 (28,5)

$X^2$  (gl) = 42,73 (8);  $p = 0,000$

Gráfico 104 .- Actividad económica y diagnóstico



$p = 0,000$

**V.7.2.9.- ACTIVIDAD ECONÓMICA E INTENCIONALIDAD**

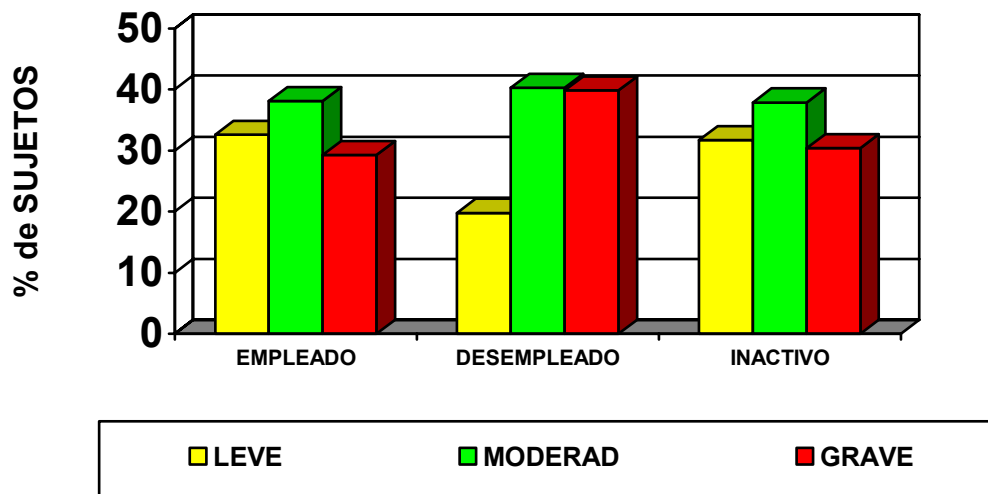
En relación a la actividad económica y la intencionalidad suicida de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos económicamente activos (empleados), en el 11,8% revestía una gravedad leve, en el 38,1% una gravedad moderada, y en el 29,3% una gravedad severa. En el grupo de sujetos económicamente activos (desempleados), en el 19,8% revestía una gravedad leve, en el 40,3% una gravedad moderada, y en el 39,9% una gravedad severa. En el grupo de sujetos económicamente inactivos, en el 31,7% revestía una gravedad leve, en el 37,9% una gravedad moderada, y en el 30,4% una gravedad severa. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,001$ ).

**Tabla 134.- Actividad económica e intencionalidad**

INTENCIONALIDAD	E. ACT (EMPL) [N(%)]	E. ACT (DES) [N(%)]	E. INACTIVO [N(%)]	TOTAL [N(%)]
LEVE	205 (32,6)	53 (19,8)	175 (31,7)	433 (29,9)
MODERADA	239 (38,1)	108 (40,3)	209 (37,9)	556 (38,4)
GRAVE	184 (29,3)	107 (39,9)	168 (30,4)	459 (31,7)

**$X^2$  (gl) = 18,81 (4);  $p = 0,001$**

Gráfico 105 .- Actividad económica e intencionalidad



p = 0,001

**V.7.2.10.- ACTIVIDAD ECONÓMICA Y REPETICIÓN DE LA TENTATIVA**

En relación a la actividad económica y la existencia de repetición de la tentativa de suicidio de los sujetos a estudio durante la monitorización, en el grupo de sujetos económicamente activos (empleados), el 53,8% no habían vuelto a repetir la tentativa de suicidio, el 15,6% la habían repetido en una ocasión, y el 30,6% la habían repetido en 2 o más ocasiones.

En el grupo de sujetos económicamente activos (desempleados), el 69% no habían vuelto a repetir la tentativa de suicidio, el 11,2% la habían repetido en una ocasión, y el 19,8% la habían repetido en 2 o más ocasiones.

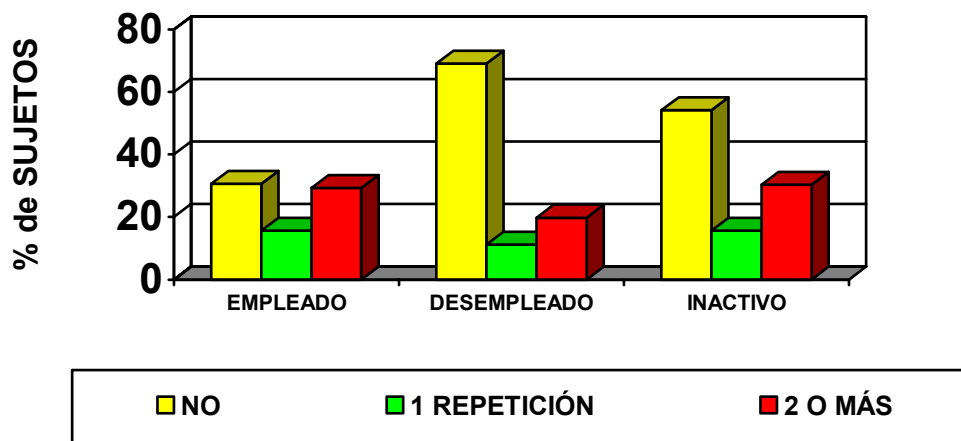
En el grupo de sujetos económicamente inactivos, el 54,2% no habían vuelto a repetir la tentativa de suicidio, el 15,6% la habían repetido en una ocasión, y el 30,3% la habían repetido en 2 o más ocasiones. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 135.- Actividad económica y repetición de la tentativa**

REPETICIÓN	E. ACT (EMPL) [N(%)]	E. ACT (DES) [N(%)]	E. INACTIVO [N(%)]	TOTAL [N(%)]
NO	338 (53,8)	185 (69)	299 (54,2)	822 (56,8)
1 REPETICIÓN	98 (15,6)	30 (11,2)	86 (15,6)	214 (14,8)
2 O MÁS	192 (30,6)	53 (19,8)	167 (30,3)	412 (28,5)

$X^2$  (gl) = 20,28 (4);  $p = 0,000$

**Gráfico 106 .- Actividad económica y repetición de la tentativa**



$p = 0,000$

**V.7.2.11.- ACTIVIDAD ECONÓMICA Y CONTACTO CON SALUD MENTAL**

En relación a la actividad económica y la existencia de antecedentes de contacto previo con los servicios de Salud Mental de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos económicamente activos (empleados), el 22,3% no habían tenido contacto previo con los servicios de Salud Mental, y el 77,7% si habían tenido contacto previo. En el grupo de sujetos económicamente activos (desempleados), el 52,2% no habían tenido contacto previo con los servicios de Salud Mental, y el 47,8% si habían tenido contacto previo. En el grupo de sujetos económicamente inactivos, el 37,7% no habían tenido contacto previo con los servicios de Salud Mental, y el 62,3% si habían tenido contacto previo. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

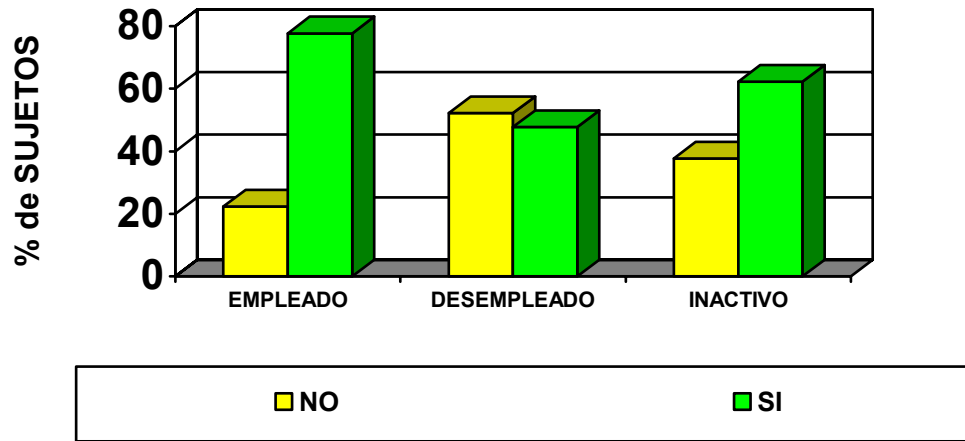
**Tabla 136.- Actividad económica y contacto con Salud Mental**

CONTACTO	E. ACT (EMPL) [N(%)]	E. ACT (DES) [N(%)]	E. INACTIVO [N(%)]	TOTAL [N(%)]
NO	140 (22,3)	140 (52,2)	208 (37,7)	488 (33,7)
SI	488 (77,7)	128 (47,8)	344 (62,3)	960 (66,3)

**$X^2$  (gl) = 81,71 (2);  $p = 0,000$**



Gráfico 107 .- Actividad económica y contacto con Salud Mental



p = 0,000

**V.8. – ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DEL MÉTODO UTILIZADO EN LA TENTATIVA ACTUAL**

**V.8.1.- MÉTODO Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**V.8.1.1.- MÉTODO Y CONCEJO DE RESIDENCIA**

En relación al método utilizado en la tentativa actual y el Concejo de residencia de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos que habían utilizado la intoxicación medicamentosa, el 66,2% residían en el Concejo de Oviedo, el 24,8% en la misma área pero en otros Concejos, el 8,6% en otras áreas sanitarias, y el 0,4% tenían su residencia habitual fuera del Principado de Asturias.

En el grupo de sujetos que habían utilizado la flebotomía, el 54,5% residían en el Concejo de Oviedo, el 27,9% en la misma área pero en otros Concejos, el 16,9% en otras áreas sanitarias, y el 0,7% tenía su residencia habitual fuera del Principado de Asturias.

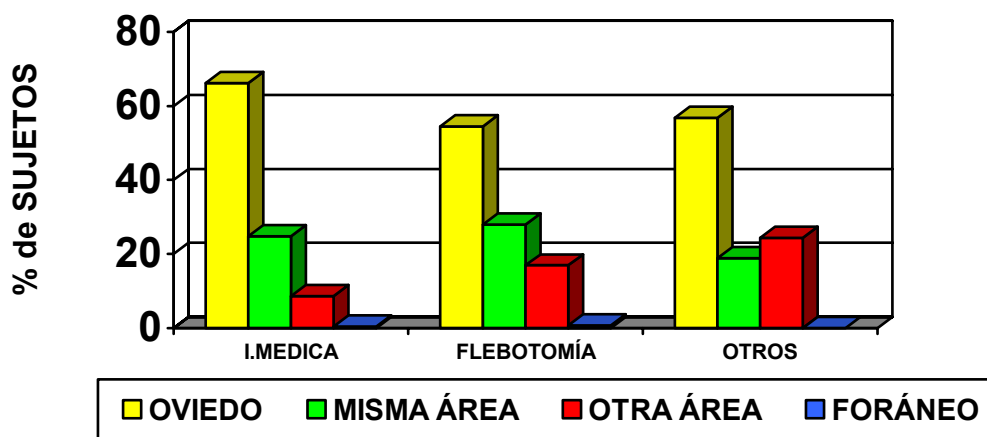
En el grupo de sujetos que habían utilizado otros medios, el 56,8% residían en el Concejo de Oviedo, el 18,9% en la misma área pero en otros Concejos, el 24,3% en otras áreas sanitarias, y no había ningún sujeto que tuviese su residencia habitual fuera del Principado de Asturias. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 137.- Método y Concejo de residencia**

CONCEJO	I. MEDICAMEN [N(%)]	FLEBOTOMÍA [N(%)]	OTROS N(%)]	TOTAL [N(%)]
<b>OVIEDO</b>	808 (66,2)	164 (54,5)	63 (56,8)	1035 (63,4)
<b>MISMA ÁREA</b>	303 (24,8)	84 (27,9)	21 (18,9)	408 (25)
<b>OTRA ÁREA</b>	105 (8,6)	51 (16,9)	27 (24,3)	183 (11,2)
<b>FORÁNEOS</b>	5 (0,4)	2 (0,7)	0 (0)	7 (0,4)

**$X^2$  (gl) = 42,87 (6);  $p = 0,000$**

Gráfico 108 .- Método y Concejo de residencia



P = 0,000

### V.8.1.2.- MÉTODO Y CAMBIO DE DOMICILIO

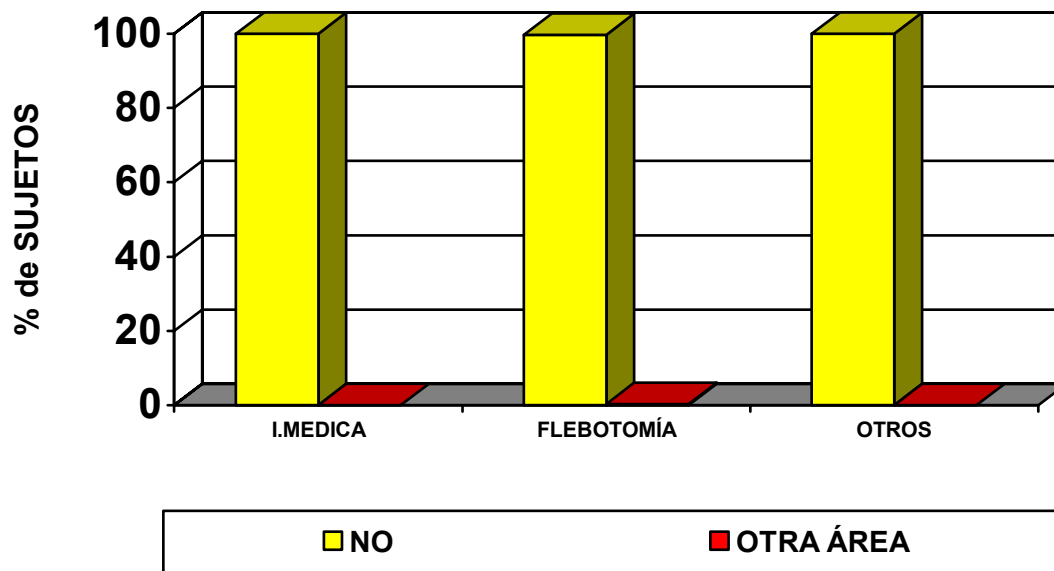
En relación al método utilizado en la tentativa actual y la existencia de cambio de domicilio de los sujetos a estudio durante el período de monitorización, en el grupo de sujetos que habían utilizado la intoxicación medicamentosa, el 100% mantuvieron su domicilio. En el grupo de sujetos que habían utilizado la flebotomía, el 99,6% mantuvieron su domicilio, y el 0,4% cambió su residencia a otra área. En el grupo de sujetos que habían utilizado otros medios, el 100% mantuvieron su domicilio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 138.- Método y cambio de domicilio

CAMBIO	I. MEDICAMEN [N(%)]	FLEBOTOMÍA [N(%)]	OTROS N(%)]	TOTAL [N(%)]
NO	1074 (100)	263 (99,6)	92 (100)	1429 (99,9)
OTRA ÁREA	0 (0)	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,1)

$X^2$  (gl) = 4,42 (2); p = 0,10

Gráfico 109 .- Método y cambio de domicilio



### V.8.1.3.- MÉTODO Y NACIONALIDAD

En relación al método utilizado en la tentativa actual y la nacionalidad de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos que habían utilizado la intoxicación medicamentosa, el 95,8% tenían la nacionalidad española, y el 4,2% eran extranjeros. En el grupo de sujetos que habían utilizado la flebotomía, el 98,7% tenían nacionalidad española, y el 1,3% eran extranjeros.

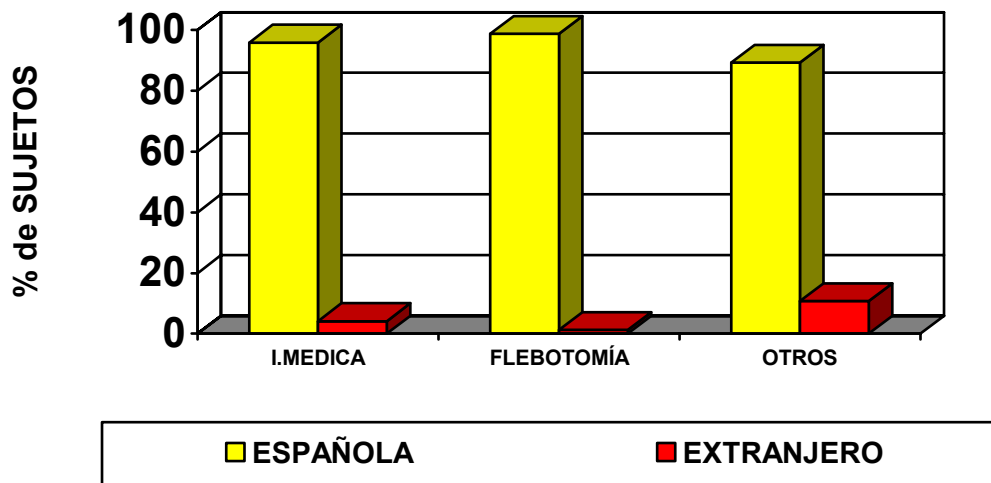
En el grupo de sujetos que habían utilizado otros medios, el 89,2% tenían nacionalidad española, y el 10,8% eran extranjeros. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

Tabla 139.- Método y nacionalidad

NACIONALIDAD	I. MEDICAMEN [N(%)]	FLEBOTOMÍA [N(%)]	OTROS N(%)]	TOTAL [N(%)]
ESPAÑOLA	1170 (95,8)	297 (98,7)	99 (89,2)	1566 (95,9)
EXTRANJERO	51 (4,2)	4 (1,3)	12 (10,8)	67 (4,1)

$X^2 (g) = 18,59 (2); p = 0,000$

Gráfico 110 .- Método y nacionalidad



$p = 0,000$

**V.8.2.- MÉTODO Y ESTUDIO DE LA TENTATIVA ACTUAL.**

**V.8.2.1.- MÉTODO Y HORA DE LA TENTATIVA**

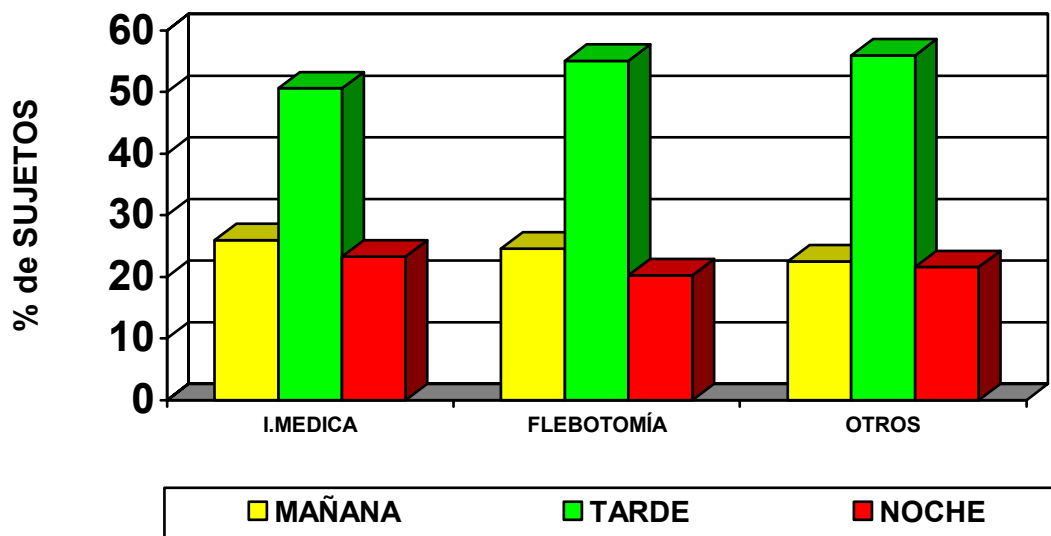
En relación al método elegido por los sujetos a estudio y la hora de la tentativa de suicidio, en el grupo de sujetos que habían utilizado la intoxicación medicamentosa como método de la tentativa, el 26% eligieron las horas de la mañana para llevar a cabo la tentativa, el 50,6% la tarde, y el 23,3% la noche. En el grupo de sujetos que habían elegido la flebotomía, el 24,6% eligieron las horas de la mañana para llevar a cabo la tentativa, el 55,1% la tarde, y el 20,3% la noche. En el grupo de sujetos que habían elegido otros medios, el 22,5% eligieron las horas de la mañana para llevar a cabo la tentativa, el 55,9% la tarde, y el 21,6% la noche. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 140.- Método y hora de la tentativa**

<b>HORA</b>	<b>I. MEDICA [N(%)]</b>	<b>FLEBOTOMÍA [N(%)]</b>	<b>OTROS [N(%)]</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>MAÑANA</b>	318 (26)	74 (24,6)	25 (22,5)	417 (25,5)
<b>TARDE</b>	618 (50,6)	166 (55,1)	62 (55,9)	846 (51,8)
<b>NOCHE</b>	285 (23,3)	61 (20,3)	24 (21,6)	370 (22,7)

**$X^2$  (gl) = 3,02 (4); p = 0,55**

Gráfico 111 .- Método y hora de la tentativa



### V.8.2.2.- MÉTODO Y DÍA DE LA TENTATIVA

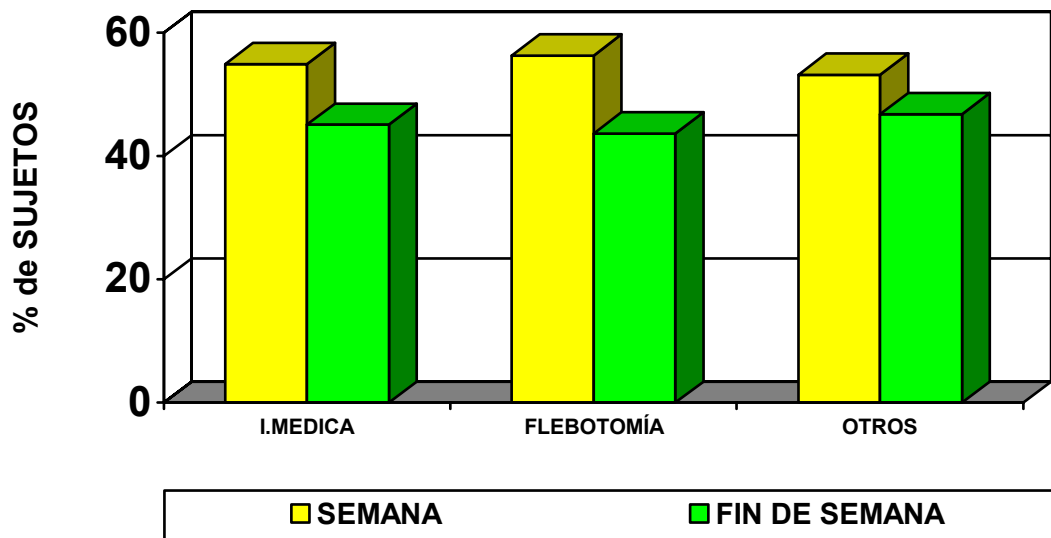
En relación al método elegido por los sujetos a estudio y el día de la tentativa de suicidio, en el grupo de sujetos que habían utilizado la intoxicación medicamentosa como método de la tentativa, el 54,9% eligieron los días de semana (lunes, martes, miércoles y jueves) para llevar a cabo la tentativa, y el 45,1% lo hicieron los días de fin de semana (viernes, sábado y domingo). En el grupo de sujetos que habían elegido la flebotomía, el 56,3% eligieron los días de semana (lunes, martes, miércoles y jueves) para llevar a cabo la tentativa, y el 43,7% lo hicieron los días de fin de semana (viernes, sábado y domingo). En el grupo de sujetos que habían elegido otros medios, el 53,2% eligieron los días de semana (lunes, martes, miércoles y jueves) para llevar a cabo la tentativa, y el 46,8% lo hicieron los días de fin de semana (viernes, sábado y domingo). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 141.- Método y día de la tentativa

DÍA	I. MEDICA [N(%)]	FLEBOTOMÍA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
SEMANA	669 (54,9)	169 (56,3)	59 (53,2)	897 (55)
FIN DE SEMANA	550 (45,1)	131 (43,7)	52 (46,8)	744 (45)

$\chi^2 (gl) = 0,37 (2); p = 0,82$

Gráfico 112 .- Método y día de la tentativa



### V.8.2.3.- MÉTODO Y MES DE LA TENTATIVA

En relación al método elegido por los sujetos a estudio y el mes de la tentativa de suicidio, en el grupo de sujetos que habían utilizado la intoxicación medicamentosa como método de la tentativa, el 23,3% eligieron el primer trimestre del año, el 24,9% el segundo trimestre, el 27,7% el tercer trimestre, y el 24,2% el cuarto trimestre.



En el grupo de sujetos que habían elegido la flebotomía, el 24,6% eligieron el primer trimestre del año, el 24,6% el segundo trimestre, el 30,6% el tercer trimestre, y el 20,3% el cuarto trimestre.

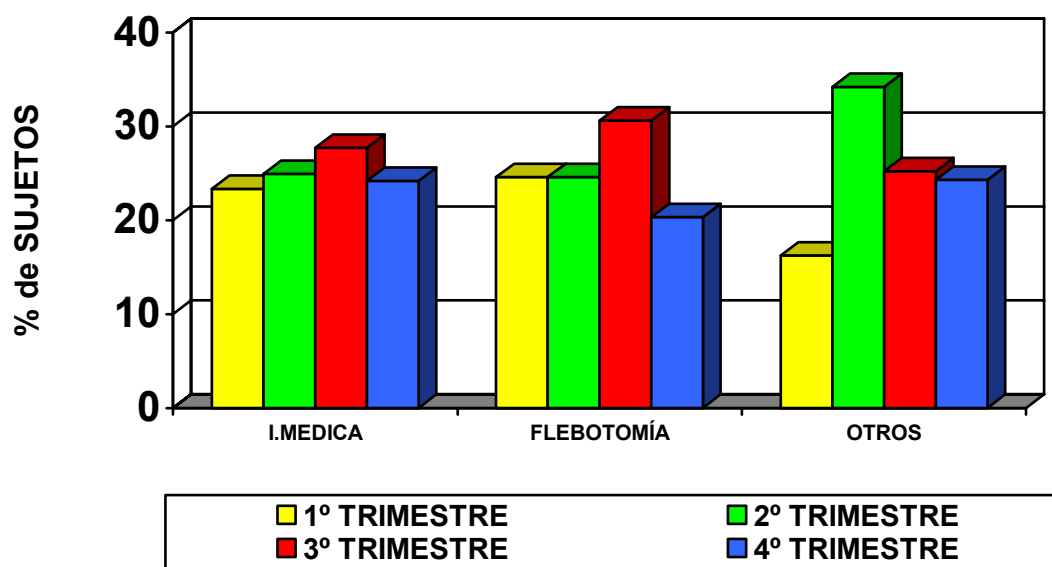
En el grupo de sujetos que habían elegido otros medios, el 16,2% eligieron el primer trimestre del año, el 34,2% el segundo trimestre, el 25,2% el tercer trimestre, y el 24,3% el cuarto trimestre. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 142.- Método y mes de la tentativa**

MES	I. MEDICA [N(%)]	FLEBOTOMÍA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
1° TRIMESTRE	284 (23,3)	74 (24,6)	18 (16,2)	376 (23)
2° TRIMESTRE	304 (24,9)	74 (24,6)	38 (34,2)	416 (25,5)
3° TRIMESTRE	338 (27,7)	92 (30,6)	28 (25,2)	458 (28)
4° TRIMESTRE	295 (24,2)	61 (20,3)	27 (24,3)	383 (23,5)

**$X^2$  (gl) = 8,83 (6); p = 0,18**

Gráfico 113 .- Método y mes de la tentativa



#### V.8.2.4.- MÉTODO Y DÍA DEL MES DE LA TENTATIVA

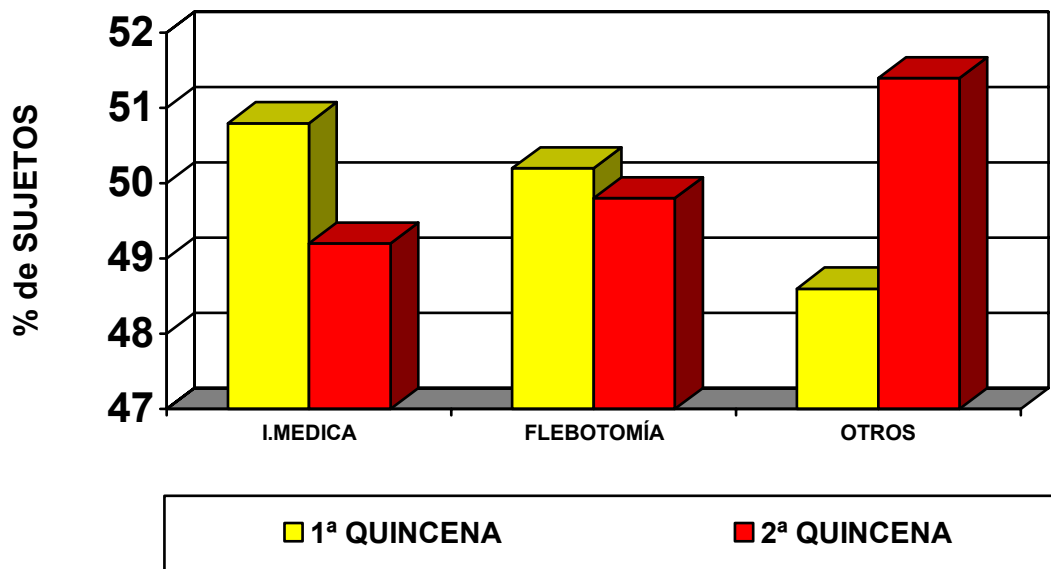
En relación al método elegido por los sujetos a estudio y el día del mes de la tentativa de suicidio, en el grupo de sujetos que habían utilizado la intoxicación medicamentosa como método de la tentativa, el 50,8% eligieron la primera quincena del mes, y el 49,2% la segunda quincena. En el grupo de sujetos que habían elegido la flebotomía, el 50,2% eligieron la primera quincena del mes, y el 49,8% la segunda quincena. En el grupo de sujetos que habían elegido otros medios, el 48,6% eligieron la primera quincena del mes, y el 51,4% la segunda quincena. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 143.- Método y día del mes de la tentativa

DÍA DEL MES	I. MEDICA [N(%)]	FLEBOTOMÍA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
1ª QUINCENA	620 (50,8)	151 (50,2)	54 (48,6)	825 (50,5)
2ª QUINCENA	601 (49,2)	150 (49,8)	57 (51,4)	808 (49,5)

$X^2 (gl) = 0,20 (2); p = 0,90$

Gráfico 114 .- Método y día del mes de la tentativa



### V.8.2.5.- MÉTODO Y TENTATIVAS PREVIAS

En relación al método elegido por los sujetos a estudio y la existencia de tentativas de suicidio previas, en el grupo de sujetos que habían utilizado la intoxicación medicamentosa como método de la tentativa, el 35,9% tenían antecedentes de tentativas previas, y el 64,1% no las tenían.

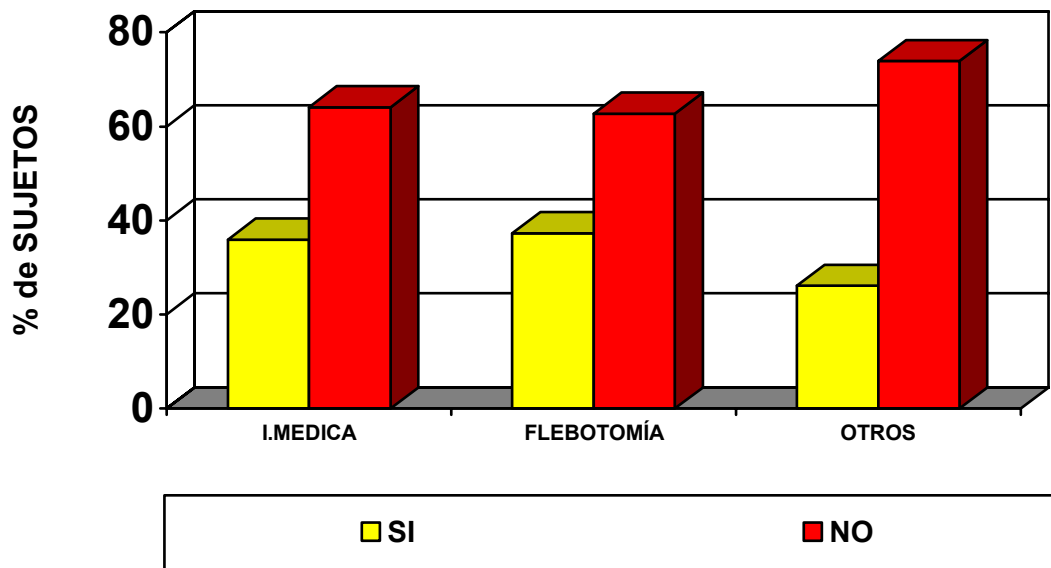
En el grupo de sujetos que habían elegido la flebotomía, el 37,3% tenían antecedentes de tentativas previas, y el 62,7% no las tenían. En el grupo de sujetos que habían elegido otros medios, el 26,1% tenían antecedentes de tentativas previas, y el 73,9% no las tenían. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 144.- Método y tentativas previas

T. PREVIAS	I. MEDICA [N(%)]	FLEBOTOMÍA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
SI	438 (35,9)	112 (37,3)	29 (26,1)	579 (35,5)
NO	783 (64,1)	188 (62,7)	82 (73,9)	1053 (64,5)

$X^2$  (gl) = 4,77 (2); p = 0,92

Gráfico 115 .- Método y tentativas previas



**V.8.2.6.- MÉTODO Y DERIVACIÓN**

En relación al método elegido por los sujetos a estudio y la derivación desde el servicio de urgencias, en el grupo de sujetos que habían utilizado la intoxicación medicamentosa como método de la tentativa, el 65,3% fueron derivados a su Centro de Salud Mental, el 4,9% a su Centro de Atención Primaria, el 16% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 13,7% fueron ingresados en otras Unidades Hospitalarias.

En el grupo de sujetos que habían elegido la flebotomía, el 55,6% fueron derivados a su Centro de Salud Mental, el 2,7% a su Centro de Atención Primaria, el 28,3% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 13,5% fueron ingresados en otras Unidades Hospitalarias.

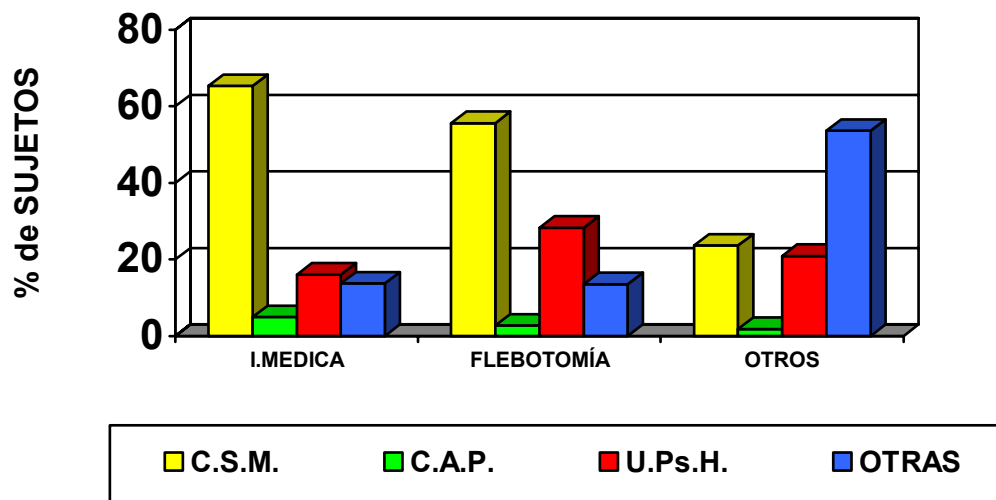
En el grupo de sujetos que habían elegido otros medios, el 23,6% fueron derivados a su Centro de Salud Mental, el 1,8% a su Centro de Atención Primaria, el 20,9% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 53,6% fueron ingresados en otras Unidades Hospitalarias. Estas diferencias, resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 145.- Método y derivación**

DERIVACIÓN	I. MEDICA [N(%)]	FLEBOTOMÍA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
C.S.M.	793 (65,3)	165 (55,6)	26 (23,6)	984 (60,7)
C.A.P.	60 (4,9)	8 (2,7)	2 (1,8)	70 (4,3)
U.Ps.H.	195 (16)	84 (28,3)	23 (20,9)	302 (18,6)
OTRAS	167 (13,7)	40 (13,5)	59 (53,6)	266 (16,4)

**$X^2$  (gl) = 154,17 (6);  $p = 0,000$**

Gráfico 116 .- Método y derivación



p = 0,000

### V.8.2.7.- MÉTODO Y DIAGNÓSTICO

En relación al método elegido por los sujetos a estudio y el diagnóstico clínico, en el grupo de sujetos que habían utilizado la intoxicación medicamentosa como método de la tentativa, el 9,1% fueron diagnosticados de trastornos por consumo de sustancias, el 24,7% por trastornos afectivos, el 23,1% por trastornos neuróticos, el 11,2% por trastornos de la personalidad, y el 31,9% por otros trastornos.

En el grupo de sujetos que habían elegido la flebotomía, el 14,6% fueron diagnosticados de trastornos por consumo de sustancias, el 21,6% por trastornos afectivos, el 20,3% por trastornos neuróticos, el 13,6% por trastornos de la personalidad, y el 29,9% por otros trastornos.

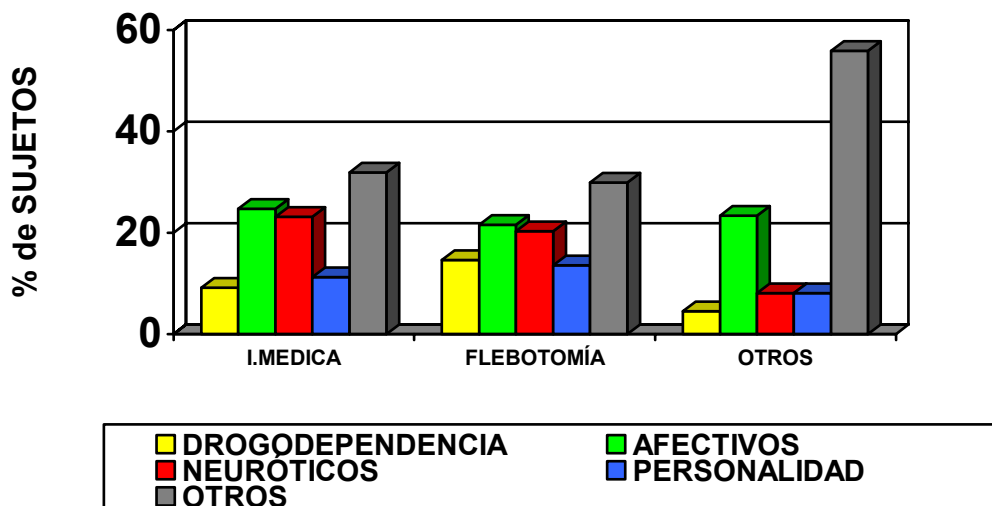
En el grupo de sujetos que habían elegido otros medios, el 4,5% fueron diagnosticados de trastornos por consumo de sustancias, el 23,4% por trastornos afectivos, el 8,1% por trastornos neuróticos, el 8,1% por trastornos de la personalidad, y el 55,9% por otros trastornos. Estas diferencias, resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 146.- Método y diagnóstico**

DIAGNÓSTICO	I. MEDICA [N(%)]	FLEBOTOMÍA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
<b>DROGODEPENDENCIA</b>	111 (9,1)	44 (14,6)	5 (4,5)	160 (9,8)
<b>T. AFECTIVOS</b>	302 (24,7)	65 (21,6)	26 (23,4)	393 (24,1)
<b>T. NEURÓTICOS</b>	282 (23,1)	61 (20,3)	9 (8,1)	352 (21,6)
<b>T. PERSONALIDAD</b>	137 (11,2)	41 (13,6)	9 (8,1)	187 (11,5)
<b>OTROS</b>	389 (31,9)	90 (29,9)	62 (55,9)	541 (33,1)

$X^2 (gl) = 44,05 (8); p = 0,000$

**Gráfico 117 .- Método y diagnóstico**



$p = 0,000$

**V.8.2.8.- MÉTODO E INTENCIONALIDAD**

En relación al método elegido por los sujetos a estudio y la intencionalidad suicida, en el grupo de sujetos que habían utilizado la intoxicación medicamentosa como método de la tentativa, en el 31,9% revestía una gravedad leve, en el 42,4% una gravedad moderada, y en el 25,7% una gravedad severa. En el grupo de sujetos que habían elegido la flebotomía, en el 24,9% revestía una gravedad leve, en el 34,6% una gravedad moderada, y en el 40,5% una gravedad severa. En el grupo de sujetos que habían elegido otros medios, en el 14,4% revestía una gravedad leve, en el 14,4% una gravedad moderada, y en el 71,2% una gravedad severa. Estas diferencias, resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

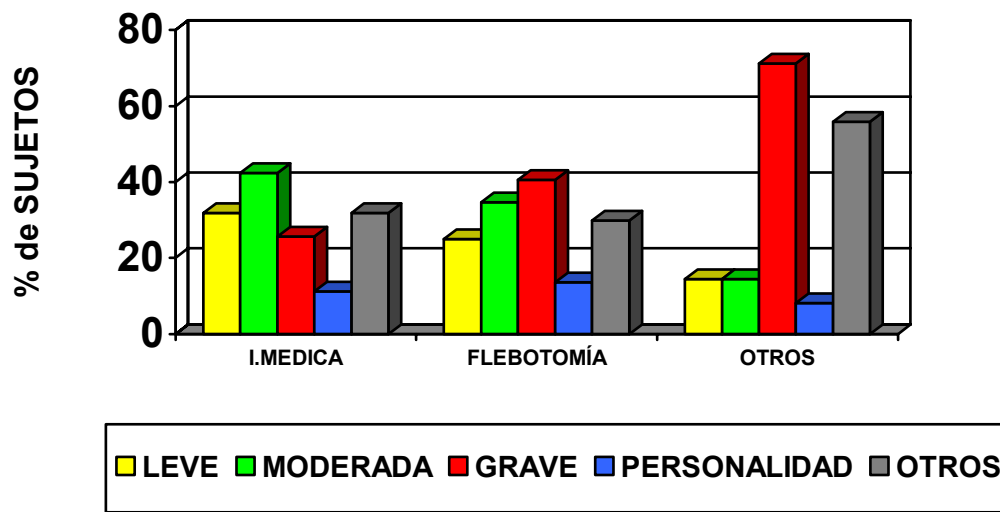
**Tabla 147.- Método e intencionalidad**

INTENCIONALIDAD	I. MEDICA [N(%)]	FLEBOTOMÍA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
LEVE	389 (31,9)	75 (24,9)	16 (14,4)	480 (29,4)
MODERADA	518 (42,4)	104 (34,,6)	16 (14,4)	638 (39,1)
GRAVE	314 (25,7)	122 (40,5)	79 (71,2)	515 (31,5)

**$X^2$  (gl) = 111,53 (4);  $p = 0,000$**



Gráfico 118 .- Método e intencionalidad



p = 0,000

### V.8.2.9.- MÉTODO Y REPETICIÓN DE LA TENTATIVA

En relación al método elegido por los sujetos a estudio y la repetición de la tentativa suicida durante la monitorización, en el grupo de sujetos que habían utilizado la intoxicación medicamentosa como método de la tentativa, el 57,9% no repitieron la tentativa, el 14,7% hizo una repetición, y el 27,4% repitieron la conducta en 2 o más ocasiones. En el grupo de sujetos que habían elegido la flebotomía, el 63,1% no repitieron la tentativa, el 11,6% hizo una repetición, y el 25,2% repitieron la conducta en 2 o más ocasiones.

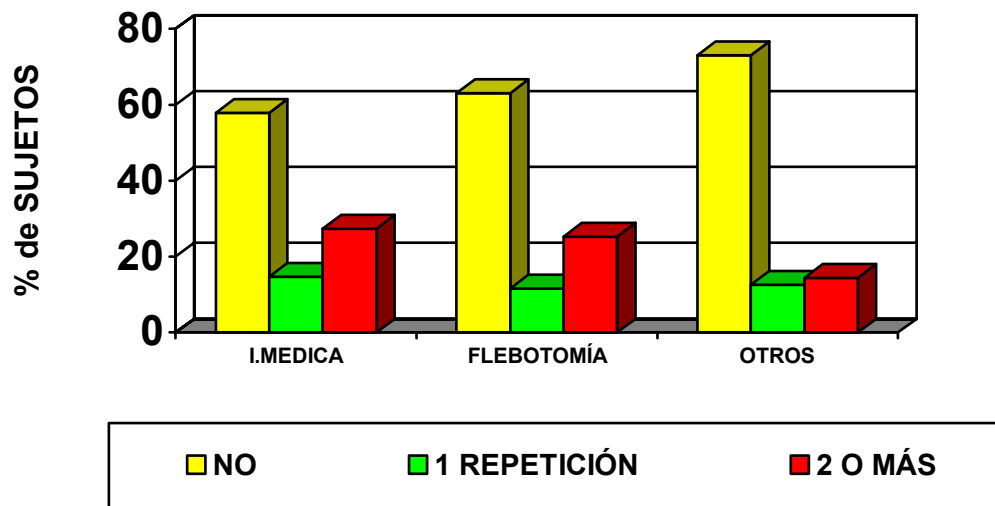
En el grupo de sujetos que habían elegido otros medios, el 73% no repitieron la tentativa, el 12,6% hizo una repetición, y el 14,4% repitieron la conducta en 2 o más ocasiones. Estas diferencias, resultaron estadísticamente significativas (p = 0,011).

Tabla 148.- Método y repetición de la tentativa

REPETICIÓN	I. MEDICA [N(%)]	FLEBOTOMÍA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
NO	707 (57,9)	190 (63,1)	81 (73)	978 (59,9)
1 REPETICIÓN	179 (14,7)	35 (11,6)	14 (12,6)	228 (14)
2 O MÁS	335 (27,4)	76 (25,2)	16 (14,4)	427 (26,1)

$X^2$  (gl) = 12,96 (4); p = 0,011

Gráfico 119 .- Método y repetición de la tentativa



p = 0,011

**V.8.2.10.- MÉTODO Y CONTACTO CON SALUD MENTAL**

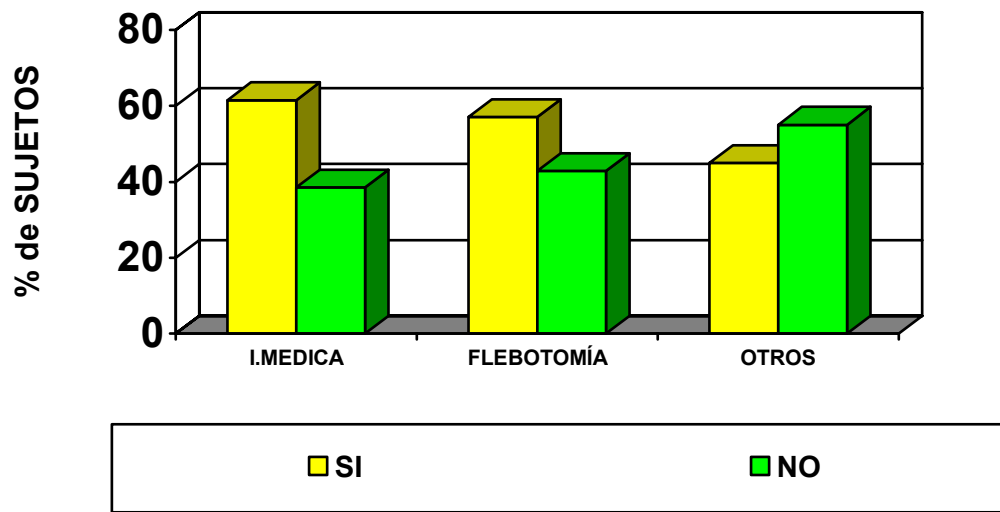
En relación al método elegido por los sujetos a estudio y la existencia de contactos previos con Salud Mental, en el grupo de sujetos que habían utilizado la intoxicación medicamentosa como método de la tentativa, el 61,5% habían mantenido contacto previo con Salud Mental y el 38,5% no lo habían tenido. En el grupo de sujetos que habían elegido la flebotomía, el 57,1% habían mantenido contacto previo con Salud Mental y el 38,5% no lo habían tenido. En el grupo de sujetos que habían elegido otros medios, el 45% habían mantenido contacto previo con Salud Mental y el 55% no lo habían tenido. Estas diferencias, resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,002$ ).

**Tabla 149.- Método y contacto con Salud Mental**

CONTACTO	I. MEDICA [N(%)]	FLEBOTOMÍA [N(%)]	OTROS [N(%)]	TOTAL [N(%)]
SI	751 (61,5)	172 (57,1)	50 (45)	973 (59,6)
NO	470 (38,5)	129 (42,9)	61 (55)	660 (40,4)

$X^2 (gl) = 12,36 (2); p = 0,002$

Gráfico 120 .- Método y contacto con Salud Mental



p = 0,002

**V.9. – ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DE LA INTENCIONALIDAD EN LA TENTATIVA ACTUAL**

**V.9.1.- INTENCIONALIDAD Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**V.9.1.1.- INTENCIONALIDAD Y CONCEJO DE RESIDENCIA**

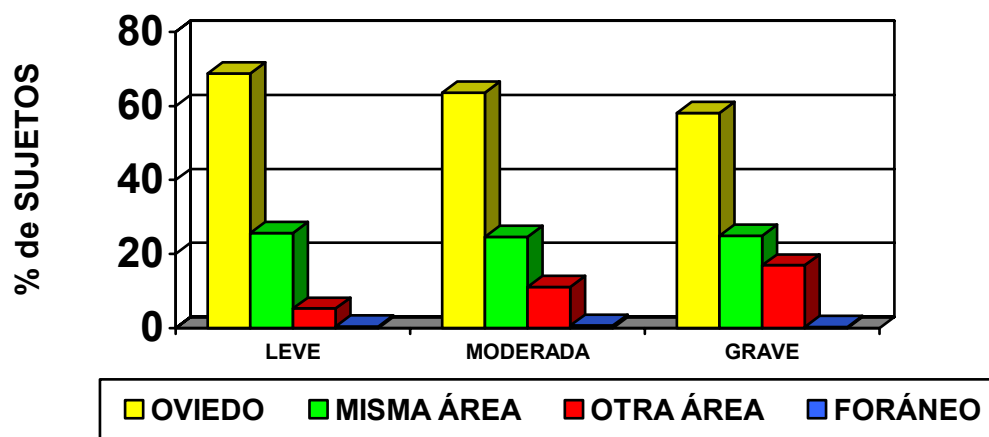
En relación a la intencionalidad en la tentativa actual y el Concejo de residencia de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos cuya conducta había revestido una gravedad leve, el 66,8% residían en el Concejo de Oviedo, el 25,6% en la misma área pero en otros Concejos, el 5,2% en otras áreas sanitarias, y el 0,4% tenían su residencia habitual fuera del Principado de Asturias. En el grupo de sujetos cuya conducta había revestido una gravedad moderada, el 63,6% residían en el Concejo de Oviedo, el 24,6% en la misma área pero en otros Concejos, el 11,1% en otras áreas sanitarias, y el 0,6% tenían su residencia habitual fuera del Principado de Asturias. En el grupo de sujetos cuya conducta había revestido una gravedad severa, el 58,1% residían en el Concejo de Oviedo, el 24,9% en la misma área pero en otros Concejos, el 16,9% en otras áreas sanitarias, y el 0,2% tenían su residencia habitual fuera del Principado de Asturias. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 150.- Intencionalidad y Concejo de residencia**

CONCEJO	LEVE [N(%)]	MODERADA [N(%)]	GRAVE N(%)]	TOTAL [N(%)]
<b>OVIEDO</b>	330 (68,8)	406 (63,6)	299 (58,1)	1035 (63,4)
<b>MISMA ÁREA</b>	123 (25,6)	157 (24,6)	128 (24,9)	408 (25)
<b>OTRA ÁREA</b>	25 (5,2)	71 (11,1)	87 (16,9)	183 (11,2)
<b>FORÁNEOS</b>	2 (0,4)	4 (0,6)	1 (0,2)	7 (0,4)

**$X^2$  (gl) = 36,13 (6);  $p = 0,000$**

Gráfico 121 .- Intencionalidad y Concejo de residencia



P = 0,000

### V.9.1.2.- INTENCIONALIDAD Y CAMBIO DE DOMICILIO

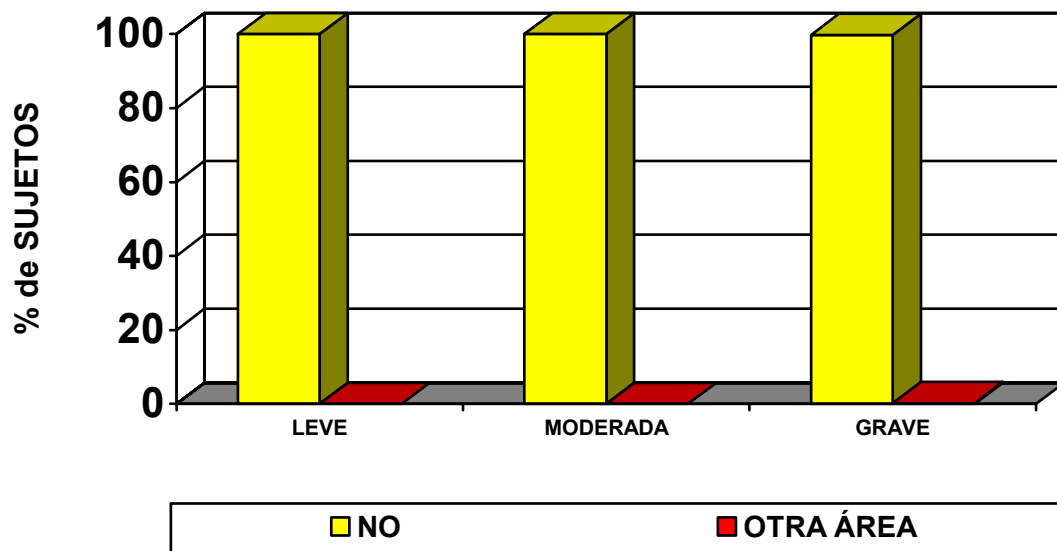
En relación a la intencionalidad en la tentativa actual y la existencia de cambio de residencia de los sujetos a estudio durante la monitorización, en el grupo de sujetos cuya conducta había revestido una gravedad leve y moderada, ninguno de ellos realizó un cambio de residencia. En el grupo de sujetos cuya conducta había revestido una gravedad severa, el 0,2% realizó un cambio de residencia a otra área sanitaria. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 151.- Intencionalidad y cambio de domicilio

CAMBIO DE DOMICILIO	LEVE [N(%)]	MODERADA [N(%)]	GRAVE N(%)	TOTAL [N(%)]
NO	432 (100)	544 (100)	453 (99,8)	1429 (99,9)
OTRA ÁREA	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)	1 (0,1)

$X^2 (gl) = 2,15 (2); p = 0,34$

Gráfico 122 .- Intencionalidad y cambio de residencia



### V.9.1.3.- INTENCIONALIDAD Y NACIONALIDAD

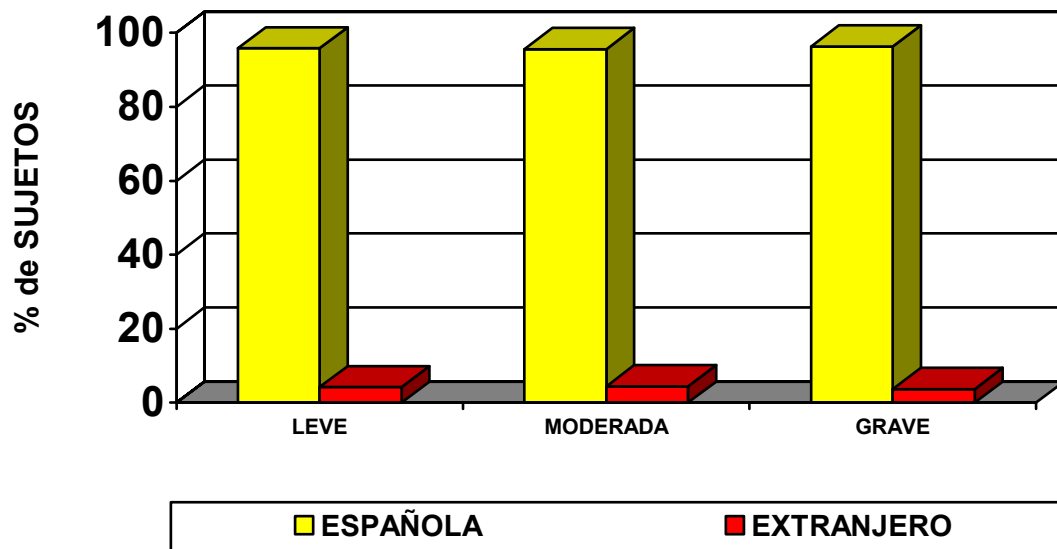
En relación a la intencionalidad en la tentativa actual y la nacionalidad de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad leve, el 95,8% tenían nacionalidad española, y el 4,2% eran extranjeros. En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad moderada, el 95,6% eran españoles, y el 4,4% extranjeros. En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad severa, el 96,3% eran españoles, y el 4,1% extranjeros. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 152.- Intencionalidad y Nacionalidad

NACIONALIDAD	LEVE [N(%)]	MODERADA [N(%)]	GRAVE N(%)]	TOTAL [N(%)]
ESPAÑOLA	460 (95,8)	610 (95,6)	496 (96,3)	1566 (95,9)
EXTRANJERO	20 (4,2)	28 (4,4)	19 (3,7)	67 (4,1)

$X^2 (gl) = 0,36 (2); p = 0,83$

Gráfico 123 .- Intencionalidad y nacionalidad





## V.9.2.- INTENCIONALIDAD Y ESTUDIO DE LA TENTATIVA ACTUAL.

### V.9.2.1.- INTENCIONALIDAD Y HORA DE LA TENTATIVA

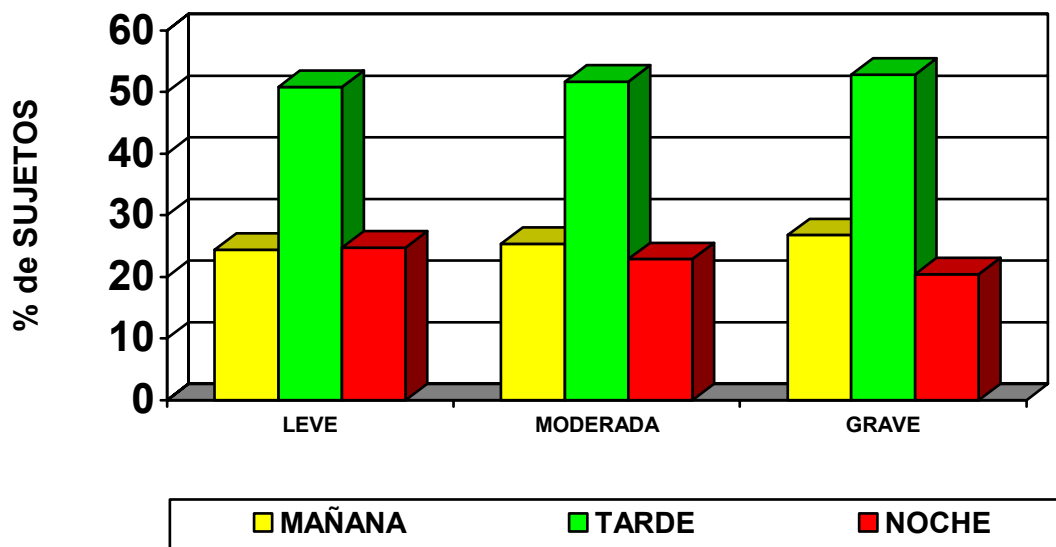
En relación a la intencionalidad de la tentativa actual y la hora en que se produjo, en el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad leve, el 24,4% lo hizo en horario de mañanas, el 50,8% en horario de tarde, y el 24,8% en horario de noche. En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad moderada, el 25,4% lo hizo en horario de mañanas, el 51,7% en horario de tarde, y el 22,9% en horario de noche. En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad severa, el 26,8% lo hizo en horario de mañanas, el 52,8% en horario de tarde, y el 20,4% en horario de noche. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 153.- Intencionalidad y hora de la tentativa**

HORA	LEVE [N(%)]	MODERADA [N(%)]	GRAVE N(%)]	TOTAL [N(%)]
MAÑANA	117 (24,4)	162 (25,4)	138 (26,8)	417 (25,5)
TARDE	244 (50,8)	330 (51,7)	272 (52,8)	846 (51,8)
NOCHE	119 (24,8)	146 (22,9)	105 (20,4)	370 (22,7)

$$X^2 (gl) = 2,91 (4); p = 0,57$$

Gráfico 124 .- Intencionalidad y hora de la tentativa



### V.9.2.2.- INTENCIONALIDAD Y DÍA DE LA TENTATIVA

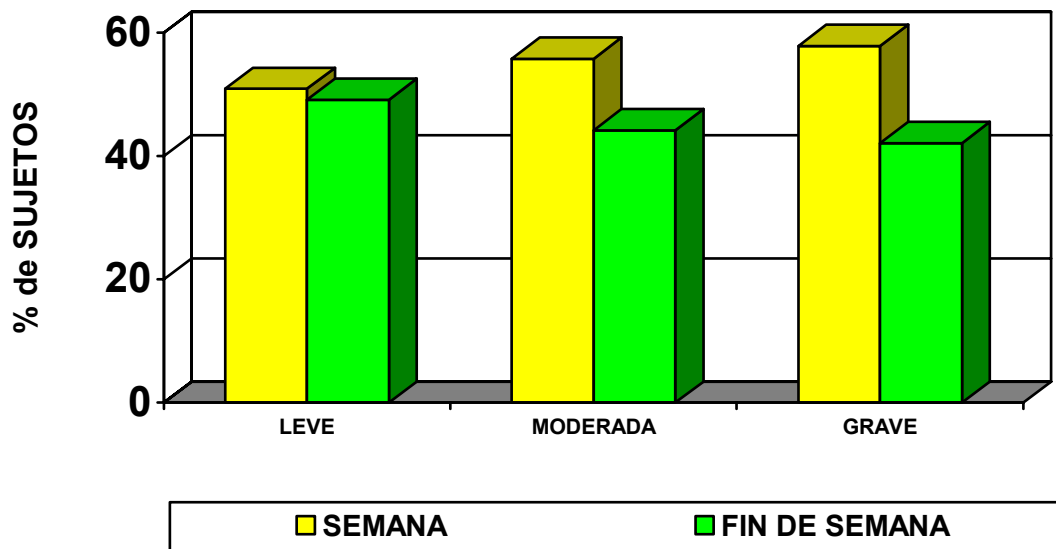
En relación a la intencionalidad de la tentativa actual y día en que se produjo, en el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad leve, el 50,9% lo hizo en días de semana (lunes, martes, miércoles y jueves), y el 49,1% en días de fin de semana (viernes, sábado y domingo). En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad moderada, el 55,8% lo hizo en días de semana (lunes, martes, miércoles y jueves), y el 44,2% en días de fin de semana (viernes, sábado y domingo). En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad severa, el 57,9% lo hizo en días de semana (lunes, martes, miércoles y jueves), y el 42,1% en días de fin de semana (viernes, sábado y domingo). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 154.- Intencionalidad y día de la tentativa

DÍA	LEVE [N(%)]	MODERADA [N(%)]	GRAVE N(%)]	TOTAL [N(%)]
SEMANA	243 (50,9)	356 (55,8)	298 (57,9)	897 (55)
FIN DE SEMANA	234 (49,1)	282 (44,2)	217 (42,1)	733 (45)

$X^2 (gl) = 5,04 (2); p = 0,08$

Gráfico 125.- Intencionalidad y día de la tentativa



### V.9.2.3.- INTENCIONALIDAD Y MES DE LA TENTATIVA

En relación a la intencionalidad de la tentativa actual y el mes en que se produjo, en el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad leve, el 22,9% lo hizo en el 1º trimestre del año, el 22,9% en el 2º trimestre, el 28,8% en el 3º trimestre, y el 25,4% en el 4º trimestre.

En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad moderada, el 23,4% lo hizo en el 1º trimestre del año, el 26,8% en el 2º trimestre, el 27% en el 3º trimestre, y el 22,9% en el 4º trimestre.

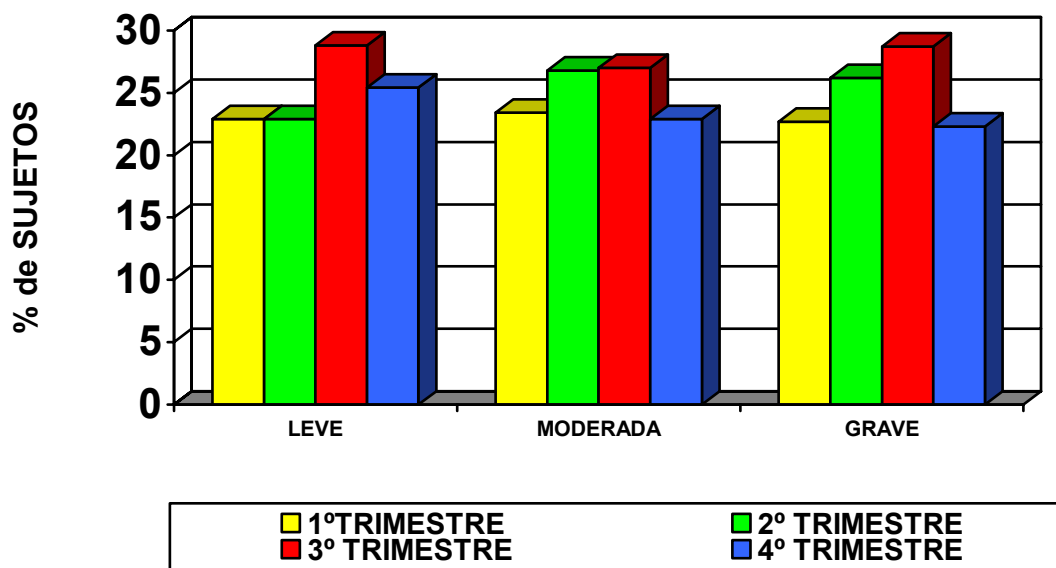
En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad severa, el 22,7% lo hizo en el 1º trimestre del año, el 26,2% en el 2º trimestre, el 28,7% en el 3º trimestre, y el 22,3% en el 4º trimestre No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 155.- Intencionalidad y mes de la tentativa**

MES	LEVE [N(%)]	MODERADA [N(%)]	GRAVE N(%)]	TOTAL [N(%)]
1º TRIMESTRE	110 (22,9)	149 (23,4)	117 (22,7)	376 (23)
2º TRIMESTRE	110 (22,9)	171 (26,8)	135 (26,2)	416 (25,5)
3º TRIMESTRE	138 (28,8)	172 (27)	148 (28,7)	458 (28)
4º TRIMESTRE	122 (25,4)	146 (22,9)	115 (22,3)	383 (23,5)

**$X^2$  (gl) = 3,43 (6); p = 0,75**

Gráfico 126 .- Intencionalidad y mes de la tentativa



**V.9.2.4.- INTENCIONALIDAD Y DÍA DEL MES DE LA TENTATIVA**

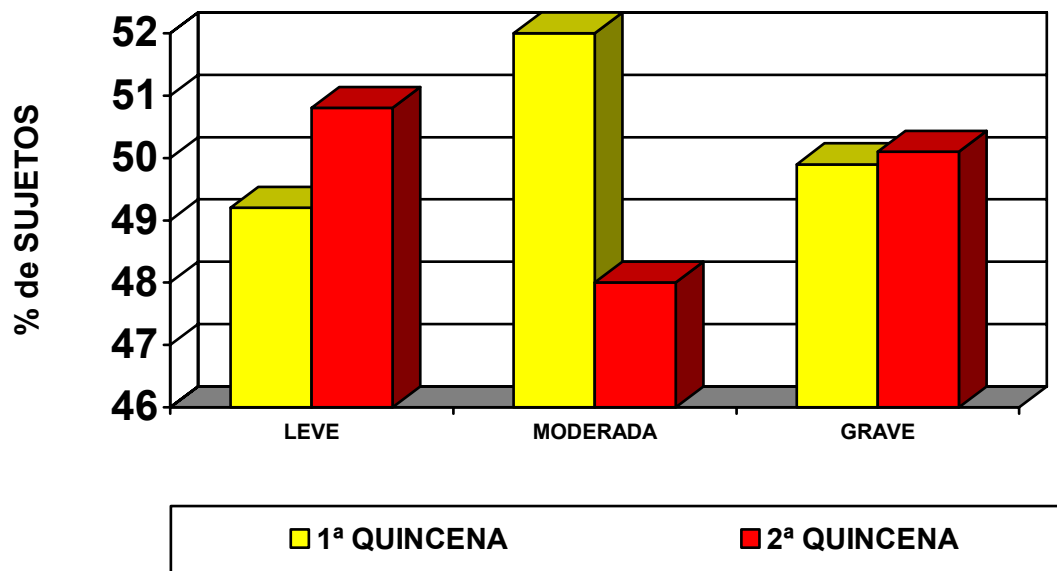
En relación a la intencionalidad de la tentativa actual y el día del mes en que se produjo, en el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad leve, el 49,2% lo hizo durante la primera quincena del mes, y el 50,8% durante la segunda quincena. En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad moderada, el 52% lo hizo durante la primera quincena del mes, y el 48% durante la segunda quincena. En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad severa, el 49,9% lo hizo durante la primera quincena del mes, y el 50,1% durante la segunda quincena. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 156.- Intencionalidad y día del mes de la tentativa

DÍA	LEVE [N(%)]	MODERADA [N(%)]	GRAVE N(%)]	TOTAL [N(%)]
1ª QUINCENA	236 (49,2)	332 (52)	257 (49,9)	825 (50,5)
2ª QUINCENA	244 (50,8)	306 (48)	258 (50,1)	808 (49,5)

$X^2 (gl) = 1,01 (2); p = 0,60$

Gráfico 127 .- Intencionalidad y día del mes de la tentativa



**V.9.2.5.- INTENCIONALIDAD Y MÉTODO DE LA TENTATIVA**

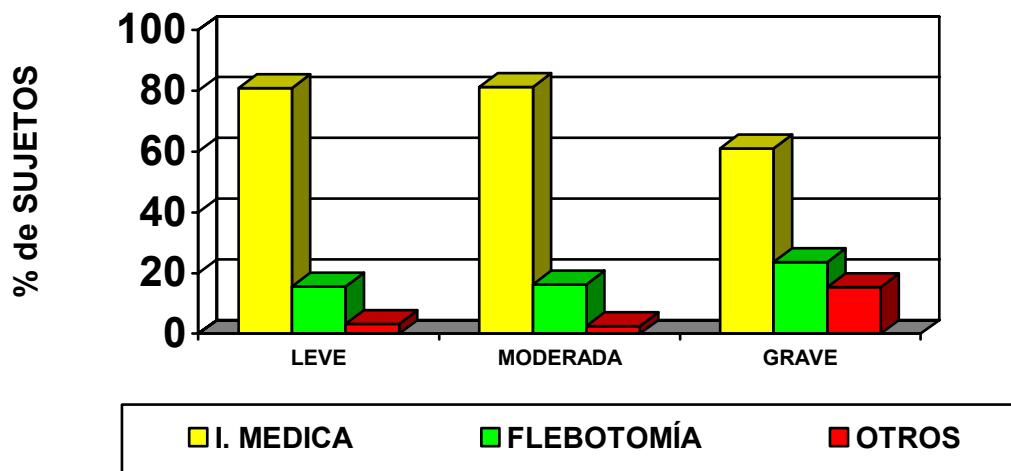
En relación a la intencionalidad de la tentativa actual y el método empleado para la misma, en el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad leve, el 81% habían recurrido a la intoxicación medicamentosa, el 15,6% a la flebotomía, y el 3,3% a otros métodos (sofocación, precipitación, etc.). En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad moderada, el 81,2% habían recurrido a la intoxicación medicamentosa, el 16,3% a la flebotomía, y el 2,5% a otros métodos (sofocación, precipitación, etc.). En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad severa, el 61% habían recurrido a la intoxicación medicamentosa, el 23,7% a la flebotomía, y el 15,3% a otros métodos (sofocación, precipitación, etc.). Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 157.- Intencionalidad y método de la tentativa**

MÉTODO	LEVE [N(%)]	MODERADA [N(%)]	GRAVE N(%)]	TOTAL [N(%)]
I. MEDICA	389 (81)	518 (81,2)	314 (61)	1221 (74,8)
FLEBOTOMÍA	75 (15,6)	104 (16,3)	122 (23,7)	301 (18,4)
OTROS	16 (3,3)	16 (2,5)	79 (15,3)	111 (6,8)

**$X^2 (gl) = 111,53 (4); p = 0,000$**

Gráfico 128 .- Intencionalidad y método de la tentativa



p = 0,000

#### V.9.2.6.- INTENCIONALIDAD Y TENTATIVAS PREVIAS

En relación a la intencionalidad de la tentativa actual y la presencia o ausencia de tentativas previas, en el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad leve, el 35,6% habían presentado alguna tentativa de suicidio previa, y el 64,4% no había presentado tentativa previa. En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad moderada, el 32,3% habían presentado alguna tentativa de suicidio previa, y el 67,7% no había presentado tentativa previa. En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad severa, el 39,3% habían presentado alguna tentativa de suicidio previa, y el 60,7% no había presentado tentativa previa. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas (p = 0,04).

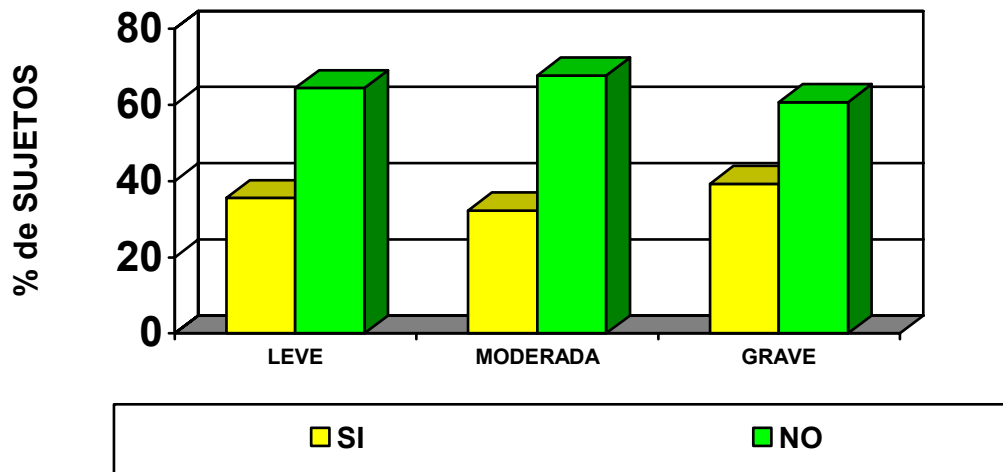


Tabla 158.- Intencionalidad y tentativas previas

T. PREVIAS	LEVE [N(%)]	MODERADA [N(%)]	GRAVE N(%)]	TOTAL [N(%)]
SI	171 (35,6)	206 (32,3)	202 (39,3)	579 (35,5)
NO	309 (64,4)	432 (67,7)	312 (60,7)	1053 (64,5)

$X^2$  (gl) = 6,11 (2); p = 0,04

Gráfico 129 .- Intencionalidad y tentativas previas



p = 0,04

**V.9.2.7.- INTENCIONALIDAD Y DERIVACIÓN**

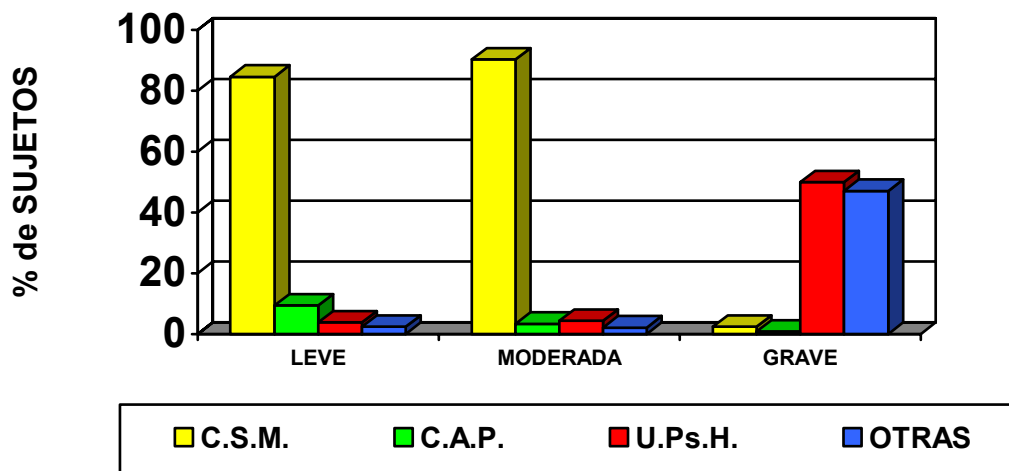
En relación a la intencionalidad de la tentativa actual y la derivación desde el Servicio de Urgencias, en el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad leve, el 84,6% fueron derivados al Centro de Salud Mental correspondiente, el 9,4% al Centro de Atención Primaria, el 3,8% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 2,3% fueron ingresados en otras Unidades Hospitalarias. En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad moderada, el 90,3% fueron derivados al Centro de Salud Mental correspondiente, el 3,3% al Centro de Atención Primaria, el 4,3% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 2,1% fueron ingresados en otras Unidades Hospitalarias (UVI, Trauma, etc.). En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad severa, el 2,3% fueron derivados al Centro de Salud Mental correspondiente, el 0,8% al Centro de Atención Primaria, el 49,9% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 47% fueron ingresados en otras Unidades Hospitalarias. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 159.- Intencionalidad y derivación**

DERIVACIÓN	LEVE [N(%)]	MODERADA [N(%)]	GRAVE N(%)]	TOTAL [N(%)]
C.S.M.	405 (84,6)	567 (90,3)	12 (2,3)	984 (60,7)
C.A.P.	45 (9,4)	21 (3,3)	4 (0,8)	70 (4,3)
U.Ps.H.	18 (3,8)	27 (4,3)	257 (49,9)	302 (18,6)
OTRAS	11 (2,3)	13 (2,1)	242 (47)	266 (16,4)

**$X^2$  (gl) = 1296,99 (6);  $p = 0,000$**

Gráfico 130 .- Intencionalidad y derivación



p = 0,000

#### V.9.2.8.- INTENCIONALIDAD Y DIAGNÓSTICO

En relación al grado de intencionalidad de la tentativa actual y el diagnóstico psiquiátrico, en el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad leve, el 84,6% fueron diagnosticados de trastornos por consumo de sustancias, el 22,5% por trastornos afectivos, el 25,4% por trastornos neuróticos, el 14,4% por trastornos de la personalidad, y el 27,1% por otros trastornos. En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad moderada, el 8,3% fueron diagnosticados de trastornos por consumo de sustancias, el 21% por trastornos afectivos, el 25,4% por trastornos neuróticos, el 11,8% por trastornos de la personalidad, y el 33,5% por otros trastornos.

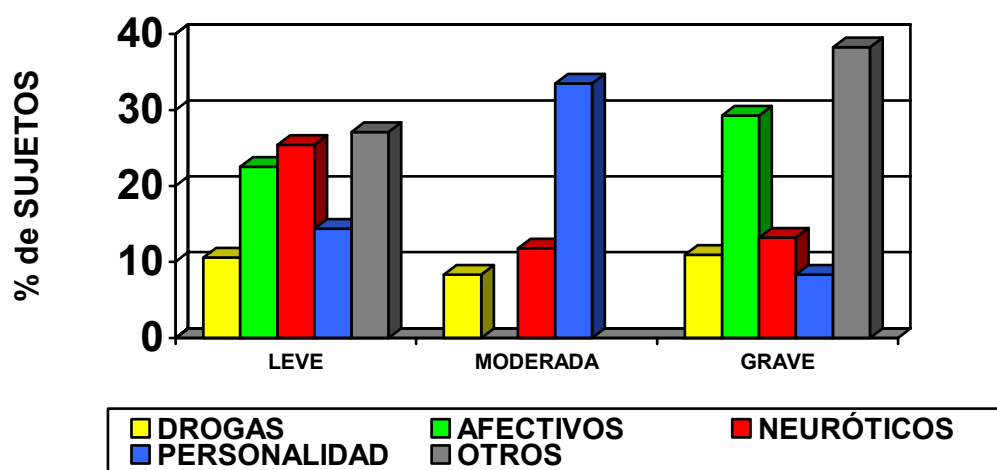
En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad severa, el 10,9% fueron diagnosticados de trastornos por consumo de sustancias, el 29,3% por trastornos afectivos, el 13,2% por trastornos neuróticos, el 8,3% por trastornos de la personalidad, y el 38,3% por otros trastornos. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

Tabla 160.- Intencionalidad y Diagnóstico

DIAGNÓSTICO	LEVE [N(%)]	MODERADA [N(%)]	GRAVE [N(%)]	TOTAL [N(%)]
DROGODEPENDENCIA	51 (10,6)	53 (8,3)	56 (10,9)	160 (9,8)
AFECTIVOS	108 (22,5)	134 (21)	151 (29,3)	393 (24,1)
NEURÓTICOS	122 (25,4)	162 (25,4)	68 (13,2)	352 (21,6)
PERSONALIDAD	69 (14,4)	75 (11,8)	43 (8,3)	187 (11,5)
OTROS	130 (27,1)	214 (33,5)	197 (38,3)	541 (33,1)

$X^2$  (gl) = 52,98 (8);  $p = 0,000$

Gráfico 131 .- Intencionalidad y diagnóstico



$p = 0,000$

**V.9.2.9.- INTENCIONALIDAD Y REPETICIÓN DE LA TENTATIVA**

En relación al grado de intencionalidad y la repetición de la tentativa durante el tiempo de monitorización, en el grupo de los sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad leve, el 15,4% habían repetido la tentativa en una ocasión, el 28,5% la habían repetido en dos o mas ocasiones, y el 56% no habían hecho ninguna repetición de la tentativa.

En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad moderada, el 11,1% habían repetido la tentativa en una ocasión, el 22,6% la habían repetido en dos o más ocasiones, y el 66,3% no habían hecho ninguna repetición de la tentativa.

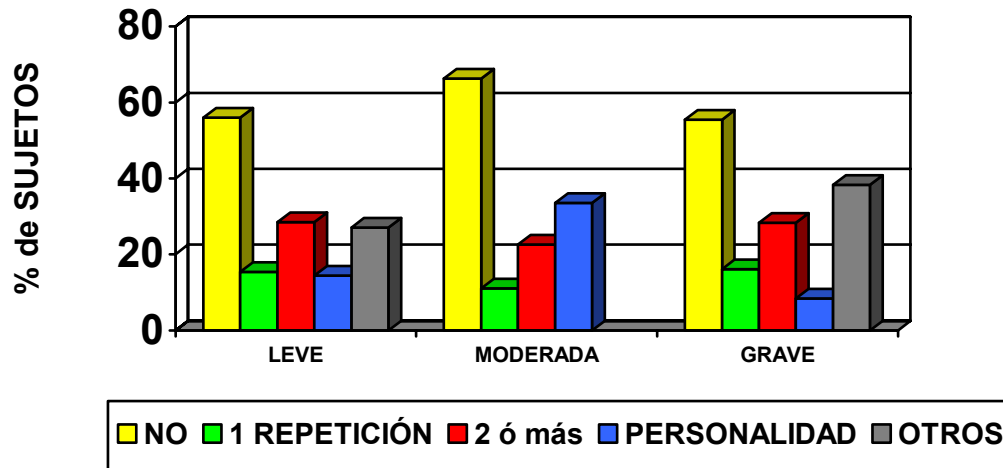
En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad severa, el 16,1% habían repetido la tentativa en una ocasión, el 28,3% la habían repetido en dos o más ocasiones, y el 55,5% no habían hecho ninguna repetición de la tentativa. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,001$ ).

**Tabla 161.- Intencionalidad y repetición de la tentativa**

<b>REPETICIÓN</b>	<b>LEVE [N(%)]</b>	<b>MODERADA [N(%)]</b>	<b>GRAVE [N(%)]</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>1 Repetición</b>	74 (15,4)	71 (11,1)	83 (16,1)	228 (14)
<b>2 ó mas</b>	137 (28,5)	144 (22,6)	146 (28,3)	427 (26,1)
<b>Ninguna</b>	269 (56)	423 (66,3)	286 (55,5)	978 (59,9)

**$X^2$  (gl) = 18,43 (4);  $p = 0,001$**

Gráfico 132 .- Intencionalidad y repetición de la tentativa



p = 0,001

#### V.9.2.10.- INTENCIONALIDAD Y CONTACTO CON SALUD MENTAL

En relación con el grado de intencionalidad de la tentativa de suicidio y la existencia de contacto previo con los Dispositivos de Salud Mental, en el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad leve, el 35,8% no tenían antecedentes de contactos previos con Salud Mental, y el 64,2% si habían mantenido algún contacto con Salud Mental. En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad moderada, el 45,6% no tenían antecedentes de contactos previos con Salud Mental, y el 54,4% si habían mantenido algún contacto con Salud Mental.

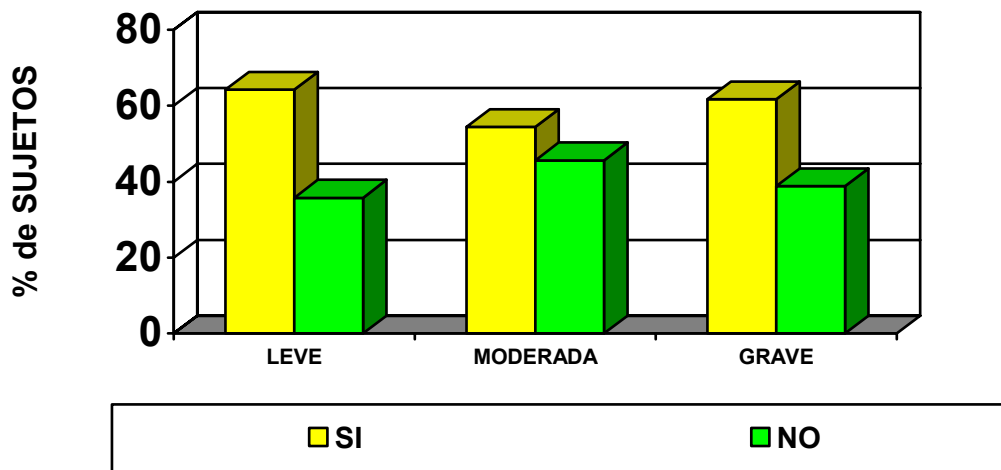
En el grupo de sujetos cuya intencionalidad revestía una gravedad severa, el 38,3% no tenían antecedentes de contactos previos con Salud Mental, y el 61,7% si habían mantenido algún contacto con Salud Mental. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,002$ ).

Tabla 162.- Intencionalidad y contacto con Salud Mental

CONTACTO	LEVE [N(%)]	MODERADA [N(%)]	GRAVE [N(%)]	TOTAL [N(%)]
SI	308 (64,2)	347 (54,4)	318 (61,7)	973 (59,6)
NO	172 (35,8)	291 (45,6)	197 (38,8)	660 (40,4)

$X^2 (g) = 12,33 (2); p = 0,002$

Gráfico 133 .- Intencionalidad y contacto con Salud Mental



$p = 0,002$

---

**V.10. – ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA DE TENTATIVAS PREVIAS.**

**V.10.1.- TENTATIVAS PREVIAS Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**V.10.1.1.- TENTATIVAS PREVIAS Y CONCEJO DE RESIDENCIA**

En relación a la presencia de tentativas de suicidio previas y el Concejo de residencia de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos que no tenían antecedentes de tentativas previas, el 63,7% residían en el Concejo de Oviedo, el 22,6% en la misma área pero en otros Concejos, el 13,1% en otras áreas sanitarias, y el 0,6% tenían su residencia habitual fuera del Principado de Asturias.

En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas durante el año anterior al estudio, el 62,9% residían en el Concejo de Oviedo, el 28,9% en la misma área pero en otros Concejos, el 8% en otras áreas sanitarias, y el 0,2% tenían su residencia habitual fuera del Principado de Asturias.

En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas pero con un tiempo superior a un año anterior al estudio, el 61,5% residían en el Concejo de Oviedo, el 32,1% en la misma área pero en otros Concejos, el 6,4% en otras áreas sanitarias, y ningún sujeto tenía su residencia habitual fuera del Principado de Asturias. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,006$ ).

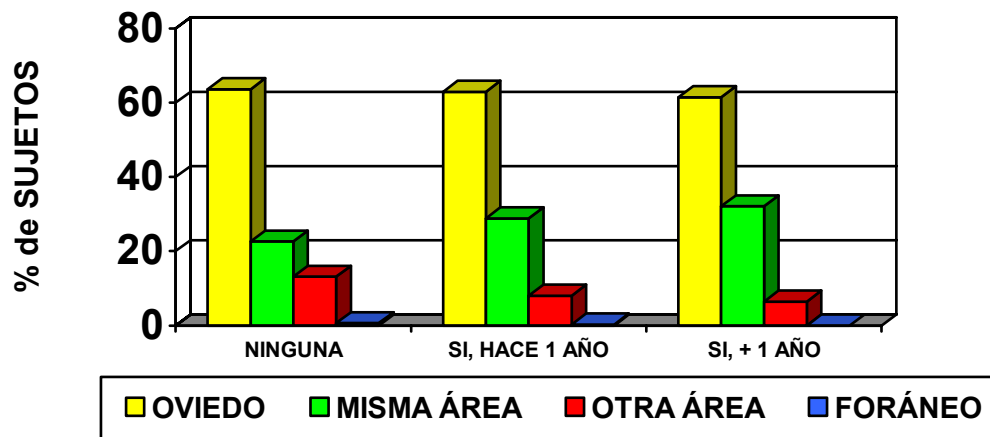


Tabla 163.- Tentativas previas y Concejo de residencia

CONCEJO	NINGUNA [N(%)]	SI, HACE 1 AÑO [N(%)]	SI, + 1 AÑO N(%)	TOTAL [N(%)]
OVIEDO	671 (63,7)	316 (62,9)	48 (61,5)	1035 (63,4)
MISMA ÁREA	238 (22,6)	145 (28,9)	25 (32,1)	408 (25)
OTRA ÁREA	138 (13,1)	40 (8)	5 (6,4)	183 (11,2)
FORÁNEOS	6 (0,6)	1 (0,2)	0 (0)	7 (0,4)

$X^2$  (gl) = 18,21 (6); p = 0,006

Gráfico 134 .- Tentativas previas y Concejo de residencia



P = 0,006

**V.10.1.2.- TENTATIVAS PREVIAS Y CAMBIO DE DOMICILIO**

En relación a la presencia de tentativas de suicidio previas y la existencia de cambio de domicilio de los sujetos a estudio durante la monitorización, en el grupo de sujetos que no tenían antecedentes de tentativas previas y los que tenían antecedentes de hacía 1 año, ninguno de ellos realizó cambio de residencia.

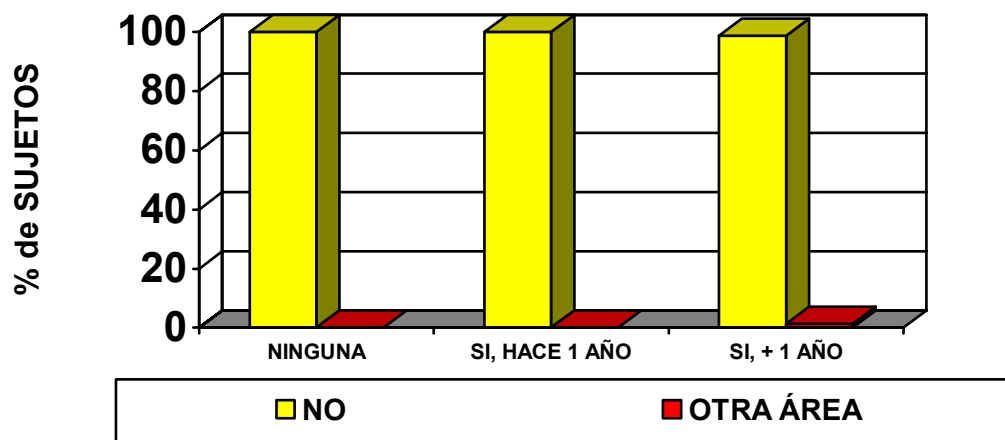
En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas pero con un tiempo superior a un año anterior al estudio, el 1,3% cambió su residencia a otra área sanitaria. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 164.- Tentativas previas y cambio de domicilio**

<b>Cambio domicilio</b>	<b>NINGUNA [N(%)]</b>	<b>SI, HACE 1 AÑO [N(%)]</b>	<b>SI, + 1 AÑO N(%)</b>	<b>TOTAL [N(%)]</b>
<b>NO</b>	879 (100)	476 (100)	74 (98,7)	1429 (99,9)
<b>OTRA ÁREA</b>	0 (0)	0 (0)	1 (1,3)	1 (0,1)

**$X^2$  (gl) = 18,07 (2);  $p = 0,000$**

Gráfico 135 .- Tentativas previas y Cambio de residencia



P = 0,000

### V.10.1.3.- TENTATIVAS PREVIAS Y NACIONALIDAD

En relación a la presencia de tentativas de suicidio previas y la nacionalidad de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos que no tenían antecedentes de tentativas previas, el 95,3% tenían nacionalidad española, y el 4,7% eran extranjeros.

En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas durante el año anterior al estudio, el 97,4% tenían nacionalidad española, y el 2,6% eran extranjeros.

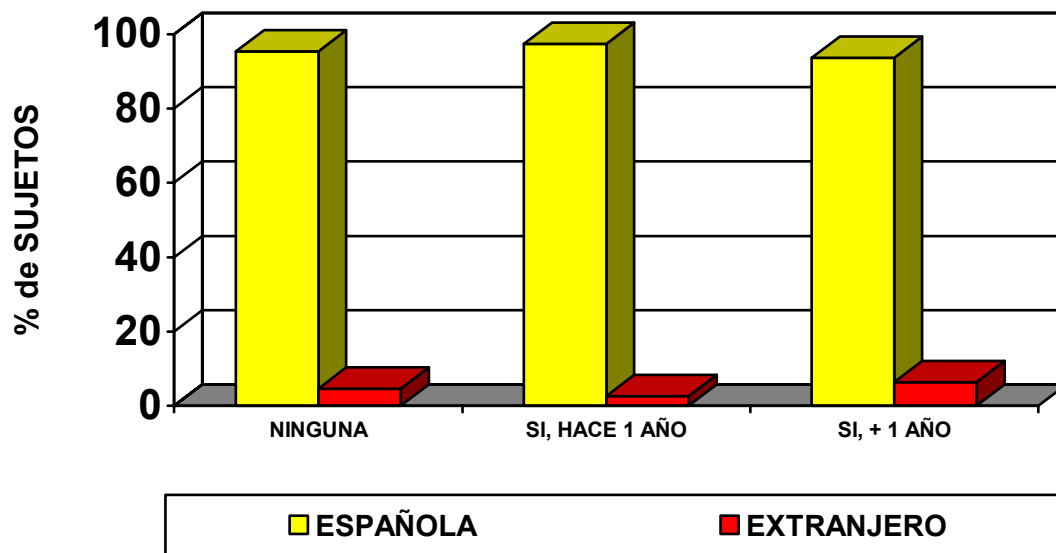
En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas, pero con un tiempo superior a un año anterior al estudio, el 93,6% tenían nacionalidad española, y el 6,4% eran extranjeros. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 165.- Tentativas previas y nacionalidad

NACIONALIDAD	NINGUNA [N(%)]	SI, HACE 1 AÑO [N(%)]	SI, + 1 AÑO N(%)]	TOTAL [N(%)]
ESPAÑOLA	1004 (95,3)	489 (97,4)	73 (93,6)	1566 (95,9)
EXTRANJERO	49 (4,7)	13 (2,6)	5 (6,4)	67 (4,1)

$X^2 (gl) = 4,78 (2); p = 0,091$

Gráfico 136 .- Tentativas previas y Nacionalidad



**V.10.2.- TENTATIVAS PREVIAS Y ESTUDIO DE LA TENTATIVA ACTUAL.**

**V.10.2.1.- TENTATIVAS PREVIAS Y HORA DE LA TENTATIVA**

En relación a la existencia de tentativas de suicidio previas por parte de los sujetos a estudio y la hora en que se efectuó la tentativa, en el grupo de sujetos que no tenían antecedentes de tentativas previas, el 25,1% lo hizo en horario de mañanas, el 50,9% en horario de tarde, y el 24% en horario de noche.

En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas durante el año anterior al estudio, el 25,1% lo hizo en horario de mañanas, el 54,8% en horario de tarde, y el 20,1% en horario de noche.

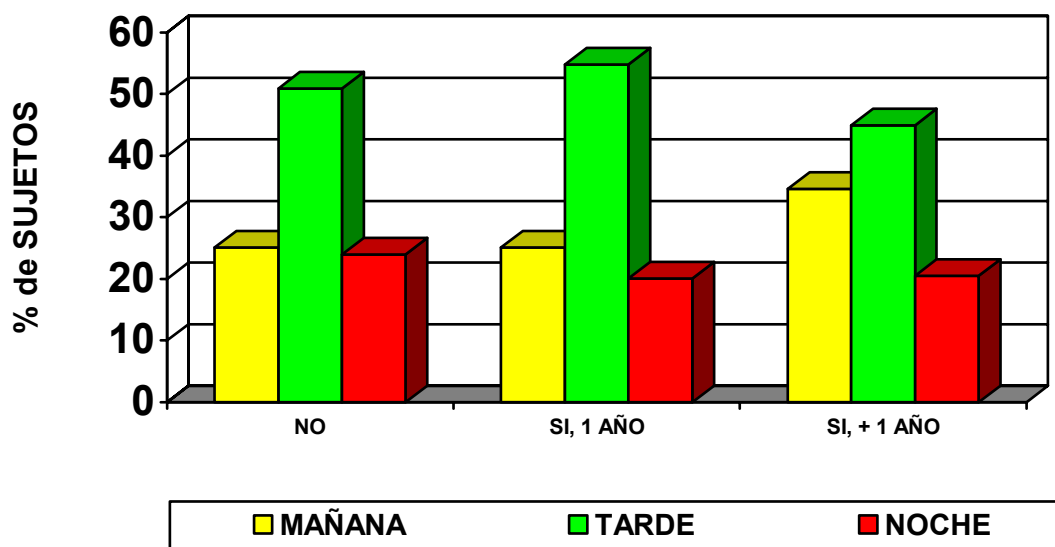
En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas, pero con un tiempo superior a un año anterior al estudio, el 34,6% lo hizo en horario de mañanas, el 44,9% en horario de tarde, y el 20,5% en horario de noche. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 166.- Tentativas previas y hora de la tentativa**

HORA	NO [N(%)]	SI, HACE 1 AÑO [N(%)]	SI, + 1 AÑO N(%)	TOTAL [N(%)]
MAÑANA	264 (25,1)	126 (25,1)	27 (34,6)	417 (25,5)
TARDE	536 (50,9)	275 (54,8)	35 (44,9)	846 (51,8)
NOCHE	253 (24)	101 (20,1)	16 (20,5)	370 (22,7)

$X^2 (gl) = 6,84 (4); p = 0,14$

Gráfico 137 .- Tentativas previas y hora de la tentativa



#### V.10.2.2.- TENTATIVAS PREVIAS Y DÍA DE LA TENTATIVA

En relación a la existencia de tentativas de suicidio previas por parte de los sujetos a estudio y el día de la semana en que se llevó a cabo la tentativa, en el grupo de sujetos que no tenían antecedentes de tentativas previas, el 53,3% lo hizo en los días de semana (lunes, martes, miércoles y jueves), y el 46,7% lo hizo en los días de fin de semana (viernes, sábado y domingo).

En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas durante el año anterior al estudio, el 58% lo hizo en los días de semana (lunes, martes, miércoles y jueves), y el 42% lo hizo en los días de fin de semana (viernes, sábado y domingo).

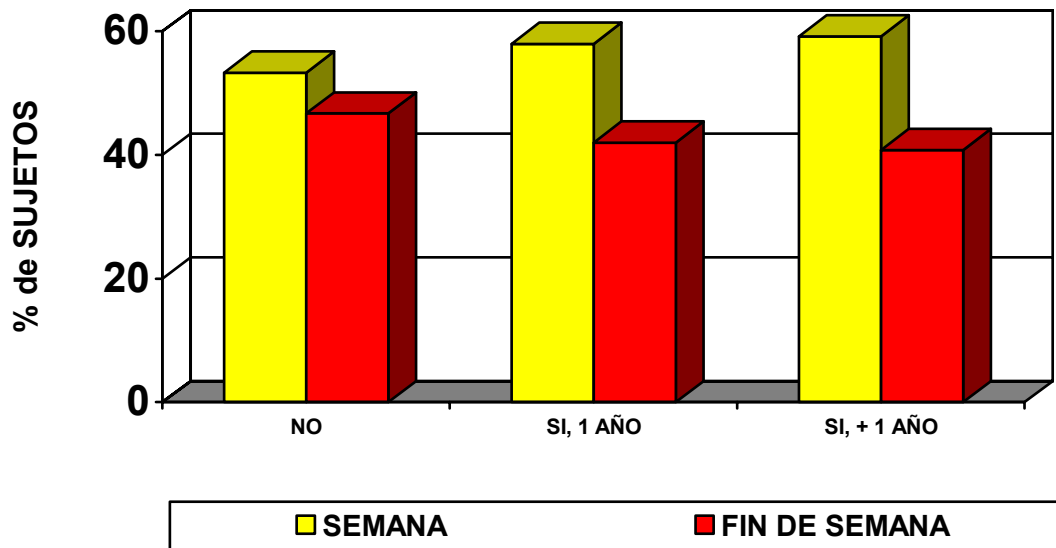
En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas, pero con un tiempo superior a un año anterior al estudio, el 59,2% lo hizo en los días de semana (lunes, martes, miércoles y jueves), y el 40,8% lo hizo en los días de fin de semana (viernes, sábado y domingo). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 167.- Tentativas previas y día de la tentativa

DÍA	NO [N(%)]	SI, HACE 1 AÑO [N(%)]	SI, + 1 AÑO N(%)	TOTAL [N(%)]
SEMANA	561 (53,3)	291 (58)	45 (59,2)	897 (55)
FIN DE SEMANA	491 (46,7)	211 (42)	31 (40,8)	733 (45)

$X^2$  (gl) = 3,52 (2); p = 0,17

Gráfico 138 .- Tentativas previas y día de la tentativa



**V.10.2.3.- TENTATIVAS PREVIAS Y MES DE LA TENTATIVA**

En relación a la existencia de tentativas de suicidio previas por parte de los sujetos a estudio y el mes en que se llevó a cabo la tentativa, en el grupo de sujetos que no tenían antecedentes de tentativas previas, el 23% eligió el primer trimestre del año (Enero, Febrero y Marzo), el 24,2% en el segundo trimestre (Abril, Mayo y Junio), el 28,1% en el tercer trimestre (Julio, Agosto y Septiembre), y el 24,7% en el cuarto trimestre (Octubre, Noviembre y Diciembre).

En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas durante el año anterior al estudio, el 23,1% eligió el primer trimestre del año, el 26,7% el segundo trimestre, el 28,7% el tercer trimestre, y el 21,5% el cuarto trimestre.

En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas, pero con un tiempo superior a un año anterior al estudio, el 23% eligió el primer trimestre del año, el 24,2% el segundo trimestre, el 28,1% el tercer trimestre, y el 24,7% el cuarto trimestre. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

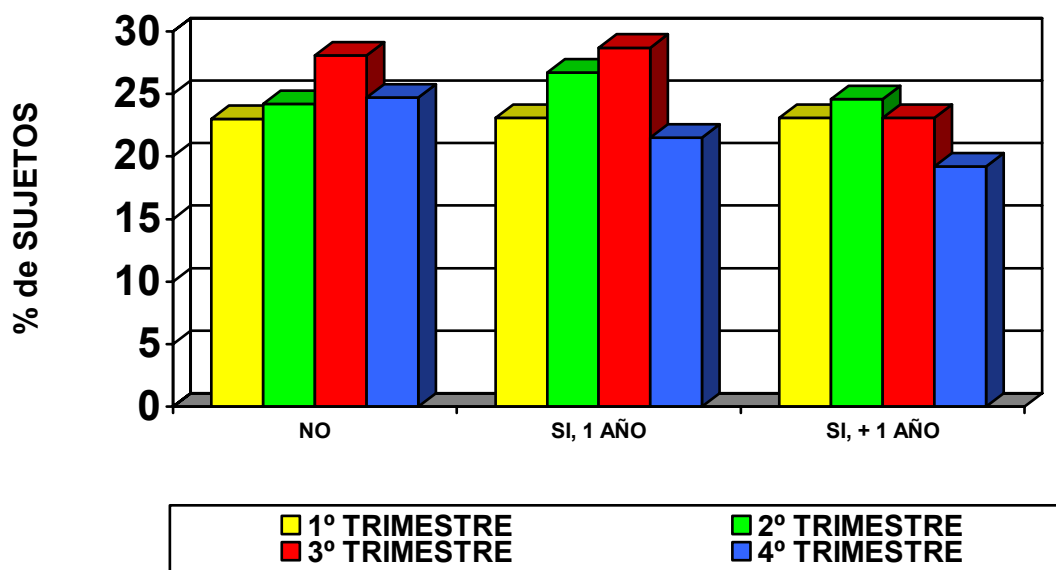
**Tabla 168.- Tentativas previas y mes de la tentativa**

MES	NO [N(%)]	SI, HACE 1 AÑO [N(%)]	SI, + 1 AÑO N(%)	TOTAL [N(%)]
1° TRIMESTRE	242 (23)	116 (23,1)	18 (23,1)	376 (23)
2° TRIMESTRE	255 (24,2)	134 (26,7)	27 (24,6)	416 (25,5)
3° TRIMESTRE	296 (28,1)	144 (28,7)	18 (23,1)	458 (28)
4° TRIMESTRE	260 (24,7)	108 (21,5)	15 (19,2)	383 (23,5)

**$X^2 (gl) = 6,35 (6); p = 0,38$**



Gráfico 139 .- Tentativas previas y mes de la tentativa



**V.10.2.4.- TENTATIVAS PREVIAS Y DÍA DEL MES DE LA TENTATIVA**

En relación a la existencia de tentativas de suicidio previas por parte de los sujetos a estudio y el día del mes en que se llevó a cabo la tentativa, en el grupo de sujetos que no tenían antecedentes de tentativas previas, el 50,9% eligió la primera quincena, y el 49,1% la segunda quincena.

En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas durante el año anterior al estudio, el 50,6% eligió la primera quincena, y el 49,4% la segunda quincena.

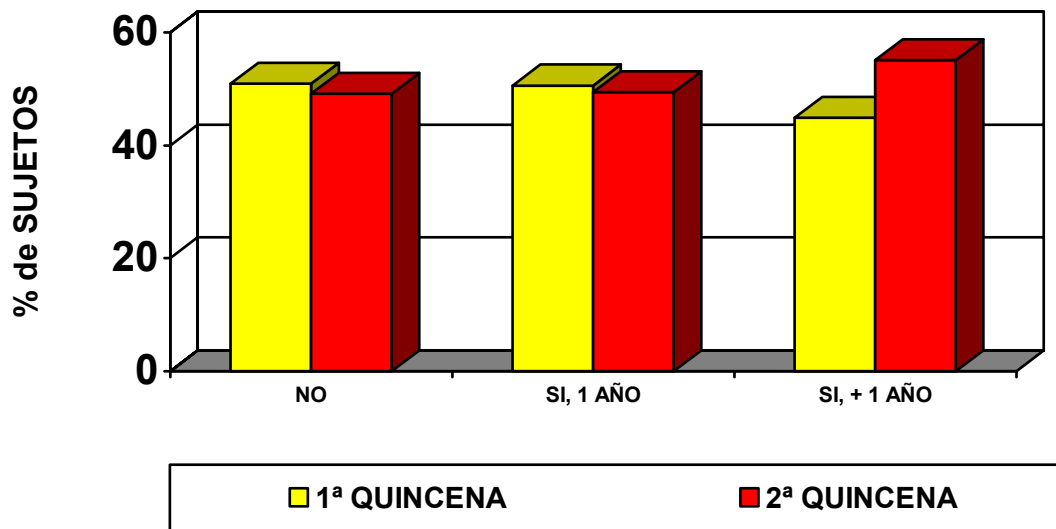
En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas, pero con un tiempo superior a un año anterior al estudio, el 44,9% eligió la primera quincena, y el 55,1% la segunda quincena. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 169.- Tentativas previas y día del mes de la tentativa

DÍA DEL MES	NO [N(%)]	SI, HACE 1 AÑO [N(%)]	SI, + 1 AÑO N(%)	TOTAL [N(%)]
1ª QUINCENA	536 (50,9)	254 (50,6)	35 (44,9)	825 (50,5)
2ª QUINCENA	517 (49,1)	248 (49,4)	43 (55,1)	808 (49,5)

$X^2 (gl) = 1,05 (2); p = 0,58$

Gráfico 140 .- Tentativas previas y día del mes de la tentativa



**V.10.2.5.- TENTATIVAS PREVIAS Y DERIVACIÓN**

En relación a la existencia de tentativas de suicidio previas por parte de los sujetos a estudio y la derivación desde el Servicio de Urgencias, en el grupo de sujetos que no tenían antecedentes de tentativas previas, el 62,2% fueron derivados a su Centro de Salud Mental, el 5,5% a su Centro de Atención Primaria, el 15,7% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 16,7% fueron ingresados en otras Unidades Hospitalarias.

En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas durante el año anterior al estudio, el 57,6% fueron derivados a su Centro de Salud Mental, el 2,2% a su Centro de Atención Primaria, el 24,8% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 15,4% fueron ingresados en otras Unidades Hospitalarias.

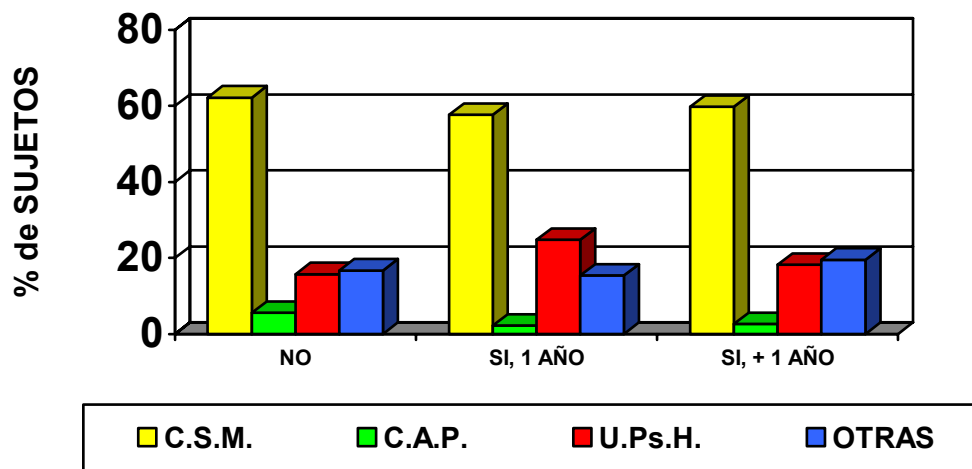
En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas, pero con un tiempo superior a un año anterior al estudio, el 59,7% fueron derivados a su Centro de Salud Mental, el 2,6% a su Centro de Atención Primaria, el 18,2% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 19,5% fueron ingresados en otras Unidades Hospitalarias. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 170.- Tentativas previas y Derivación**

DERIVACIÓN	NO [N(%)]	SI, HACE 1 AÑO [N(%)]	SI, + 1 AÑO N(%)]	TOTAL [N(%)]
C.S.M.	650 (62,2)	288 (57,6)	46 (59,7)	984 (60,7)
C.A.P.	57 (5,5)	11 (2,2)	2 (2,6)	70 (4,3)
U.Ps.H.	164 (15,7)	124 (24,8)	14 (18,2)	302 (18,6)
OTRAS	174 (16,7)	77 (15,4)	15 (19,5)	266 (16,4)

**$X^2$  (gl) = 25,90 (6); p = 0,000**

Gráfico 141 .- Tentativas previas y derivación



p = 0,000

#### V.10.2.6.- TENTATIVAS PREVIAS Y DIAGNÓSTICO

En relación a la existencia de tentativas de suicidio previas por parte de los sujetos a estudio y el diagnóstico psiquiátrico, en el grupo de sujetos que no tenían antecedentes de tentativas previas, el 8,5% fueron diagnosticados de trastornos por consumo de sustancias, el 19,7% trastornos afectivos, el 25% trastornos neuróticos, el 8,6% trastornos de la personalidad, y el 38,3% otros trastornos.

En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas durante el año anterior al estudio, el 12% fueron diagnosticados de trastornos por consumo de sustancias, el 33,3% trastornos afectivos, el 13,7% trastornos neuróticos, el 16,3% trastornos de la personalidad, y el 24,7% otros trastornos.

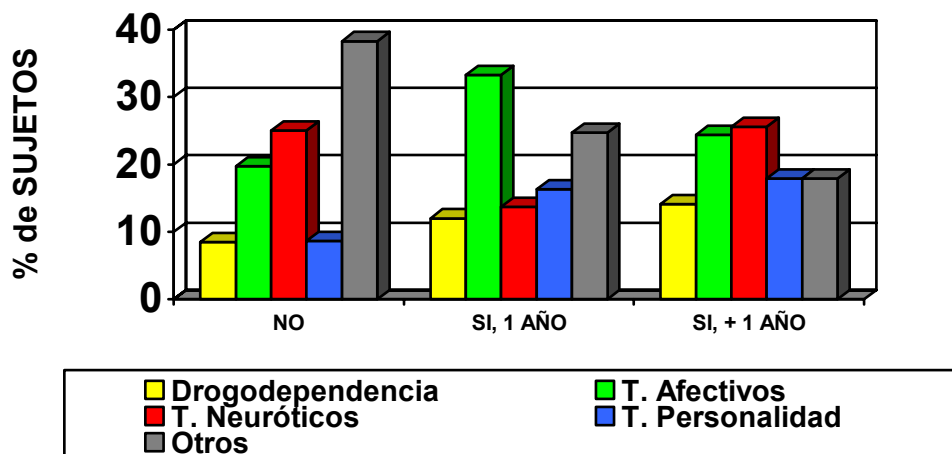
En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas, pero con un tiempo superior a un año anterior al estudio, el 14,1% fueron diagnosticados de trastornos por consumo de sustancias, el 24,4% trastornos afectivos, el 25,6% trastornos neuróticos, el 17,9% trastornos de la personalidad, y el 17,9% otros trastornos. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

Tabla 171.- Tentativas previas y Diagnóstico

DIAGNÓSTICO	NO [N(%)]	SI, HACE 1 AÑO [N(%)]	SI, + 1 AÑO N(%)]	TOTAL [N(%)]
DROGODEPENDENCIA	89 (8,5)	60 (12)	11 (14,1)	160 (9,8)
T. AFECTIVOS	207 (19,7)	167 (33,3)	19 (24,4)	393 (24,1)
T. NEURÓTICOS	263 (25)	69 (13,7)	20 (25,6)	352 (21,6)
T. PERSONALIDAD	91 (8,6)	82 (16,3)	14 (17,9)	187 (11,5)
OTROS	403 (38,3)	124 (24,7)	14 (17,9)	541 (33,1)

$X^2 (gl) = 97,67 (8); p = 0,000$

Gráfico 142 .- Tentativas previas y Diagnóstico



$p = 0,000$

**V.10.2.7.- TENTATIVAS PREVIAS Y REPETICIÓN DE LA TENTATIVA**

En relación a la existencia de tentativas de suicidio previas por parte de los sujetos a estudio y la repetición de la conducta por su parte durante la monitorización, en el grupo de sujetos que no tenían antecedentes de tentativas previas, el 80,2% no volvió a repetir la conducta, el 15,6% lo hizo en una ocasión, y el 4,3% en dos o más ocasiones.

En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas durante el año anterior al estudio, el 18,1% no volvió a repetir la conducta, el 9,2% lo hizo en una ocasión, y el 72,7% en dos o más ocasiones.

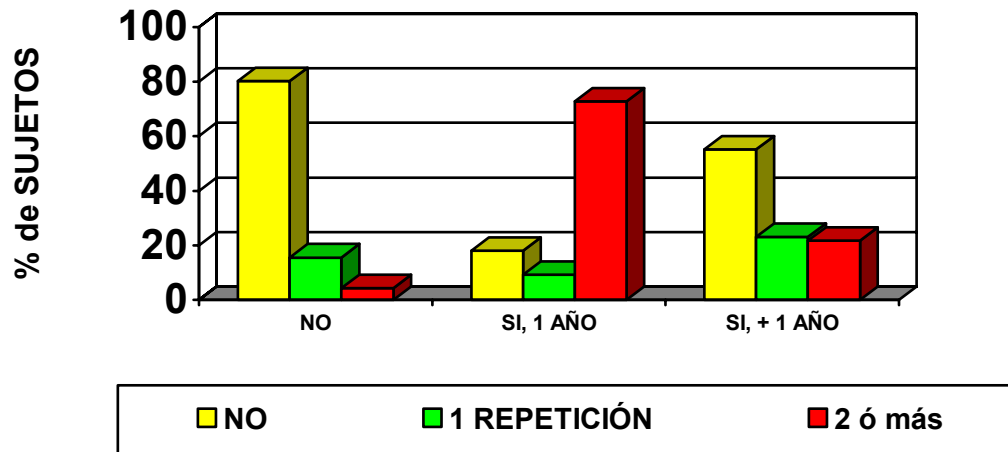
En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas, pero con un tiempo superior a un año anterior al estudio, el 55,1% no volvió a repetir la conducta, el 23,1% lo hizo en una ocasión, y el 21,8% en dos o más ocasiones. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 172.- Tentativas previas y repetición de la tentativa**

REPETICIÓN	NO [N(%)]	SI, HACE 1 AÑO [N(%)]	SI, + 1 AÑO N(%)]	TOTAL [N(%)]
NO	844 (80,2)	91 (18,1)	43 (55,1)	978 (59,9)
1 REPETICIÓN	164 (15,6)	46 (9,2)	18 (23,1)	228 (14)
2 ó Más	45 (4,3)	365 (72,7)	17 (21,8)	427 (26,1)

**$X^2$  (gl) = 843,017 (4);  $p = 0,000$**

Gráfico 143 .- Tentativas previas y repetición de la tentativa



p = 0,000

#### V.10.2.8.- TENTATIVAS PREVIAS Y CONTACTO CON SALUD MENTAL

En relación a la existencia de tentativas de suicidio previas por parte de los sujetos a estudio y la presencia de antecedentes de contacto previo con los Servicios de Salud Mental, en el grupo de sujetos que no tenían antecedentes de tentativas previas, el 50,2% no habían tenido contacto previo, y el 49,8% sí lo habían tenido.

En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas durante el año anterior al estudio, el 22,1% no habían tenido contacto previo, y el 77,9% sí lo habían tenido.

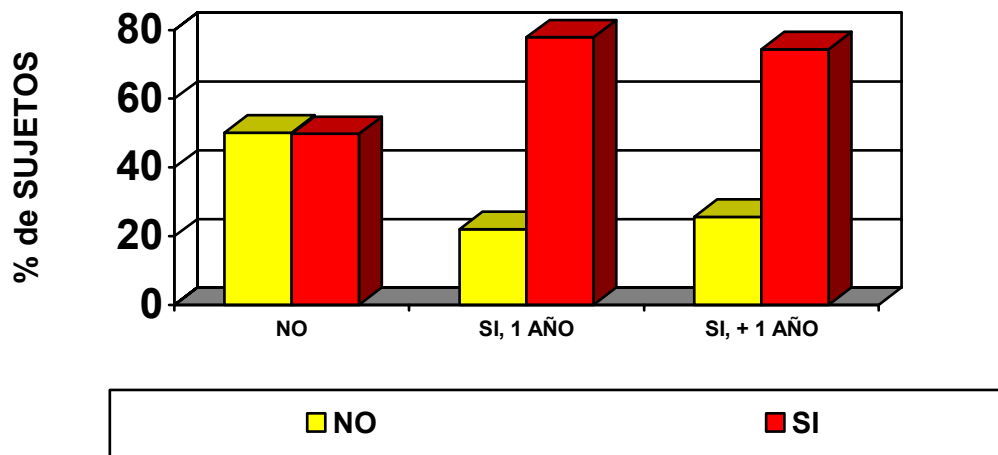
En el grupo de sujetos que tenían antecedentes de tentativas previas, pero con un tiempo superior a un año anterior al estudio, el 25,6% no habían tenido contacto previo, y el 74,7% sí lo habían tenido. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

Tabla 173.- Tentativas previas y contacto con Salud Mental

CONTACTO	NO [N(%)]	SI, HACE 1 AÑO [N(%)]	SI, + 1 AÑO N(%)	TOTAL [N(%)]
NO	529 (50,2)	111 (22,1)	20 (25,6)	660 (40,4)
SI	524 (49,8)	391 (77,9)	58 (74,4)	973 (59,6)

$X^2$  (gl) = 119,09 (2);  $p = 0,000$

Gráfico 144 .- Tentativas previas y contacto con Salud Mental



$p = 0,000$



---

**V.11. – ANÁLISIS UNIVARIADO EN FUNCIÓN DE LA REPETICIÓN DE LA TENTATIVA SUICIDA DURANTE EL PERÍODO DE MONITORIZACIÓN.**

**V.11.1.- REPETICIÓN DE LA TENTATIVA Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**V.11.1.1.- REPETICIÓN DE LA TENTATIVA Y CONCEJO DE RESIDENCIA**

En relación a la repetición de tentativas de suicidio durante el período de monitorización y el Concejo de residencia de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos que no repitieron la conducta suicida, el 61,3% residían en Oviedo, el 24,5% en la misma área pero en otros Concejos, el 13,6% en otras áreas sanitarias, y el 0,5% tenían su residencia habitual fuera del Principado de Asturias.

En el grupo de sujetos que repitieron la conducta en una nueva ocasión, el 67,5% residían en Oviedo, el 24,6% en la misma área pero en otros Concejos, el 7,5% en otras áreas sanitarias, y el 0,4% tenían su residencia habitual fuera del Principado de Asturias.

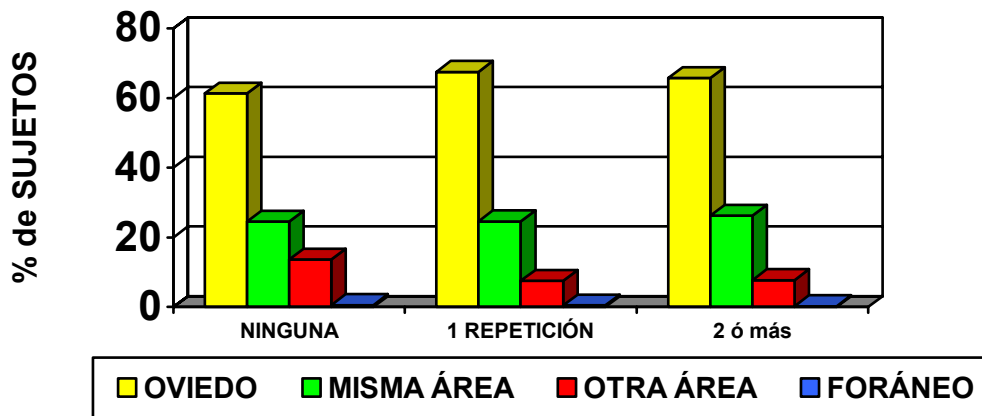
En el grupo de sujetos que repitieron la conducta en dos o más ocasiones, el 65,8% residían en Oviedo, el 26,2% en la misma área pero en otros Concejos, el 7,7% en otras áreas sanitarias, y el 0,2% tenían su residencia habitual fuera del Principado de Asturias. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,02$ ).

Tabla 174.- Repetición de la Tentativa y Concejo de residencia

CONCEJO	NINGUNA [N(%)]	1 REPETICIÓN [N(%)]	2 O MÁS N(%)	TOTAL [N(%)]
<b>OVIEDO</b>	600 (61,3)	154 (67,5)	281 (65,8)	1035 (63,4)
<b>MISMA ÁREA</b>	240 (24,5)	56 (24,6)	112 (26,2)	408 (25)
<b>OTRA ÁREA</b>	133 (13,6)	17 (7,5)	33 (7,7)	183 (11,2)
<b>FORÁNEOS</b>	5 (0,5)	1 (0,4)	1 (0,2)	7 (0,4)

$X^2$  (gl) = 15,01 (6); p = 0,020

Gráfico 145 .- Repetición de la Tentativa y Concejo de residencia



P = 0,020

**V.11.1.2.- REPETICIÓN DE LA TENTATIVA Y CAMBIO DE DOMICILIO**

En relación a la repetición de tentativas de suicidio durante el período de monitorización y la existencia de cambio de domicilio de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos que no repitieron la conducta suicida, el 99,9% mantuvieron el mismo domicilio, y el 0,1% cambio su residencia para otra área sanitaria.

En el grupo de sujetos que repitieron la conducta en una nueva ocasión, ninguno de ellos realizó cambio de domicilio.

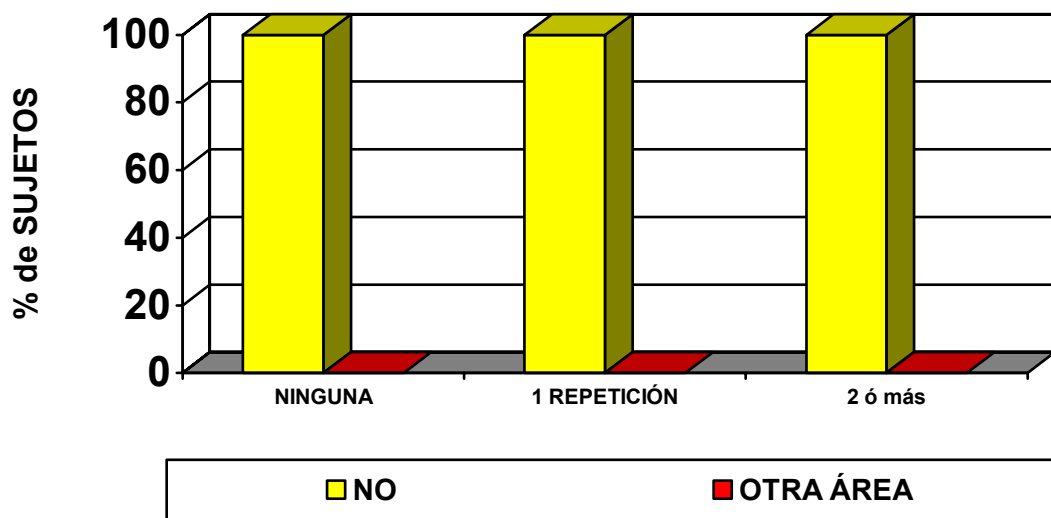
En el grupo de sujetos que repitieron la conducta en dos o más ocasiones, ninguno cambió de domicilio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 175.- Repetición de la Tentativa y cambio de domicilio**

CAMBIO DOMICILIO	NINGUNA [N(%)]	1 REPETICIÓN [N(%)]	2 O MÁS N(%)	TOTAL [N(%)]
NO	803 (99,9)	214 (100)	412 (100)	1429 (99,9)
OTRA ÁREA	1 (0,1)	0 (0)	0 (0)	1 (0,1)

**$X^2$  (gl) = 0,77 (2); p = 0,67**

**Gráfico 146 .- Repetición de la Tentativa y cambio de residencia**



### V.11.1.3.- REPETICIÓN DE LA TENTATIVA Y NACIONALIDAD

En relación a la repetición de tentativas de suicidio durante el período de monitorización y la nacionalidad de los sujetos a estudio, en el grupo de sujetos que no repitieron la conducta suicida, el 95,1% tenían nacionalidad española, y el 4,9% eran extranjeros.

En el grupo de sujetos que repitieron la conducta en una nueva ocasión, el 96,5% tenían nacionalidad española, y el 3,5% eran extranjeros.

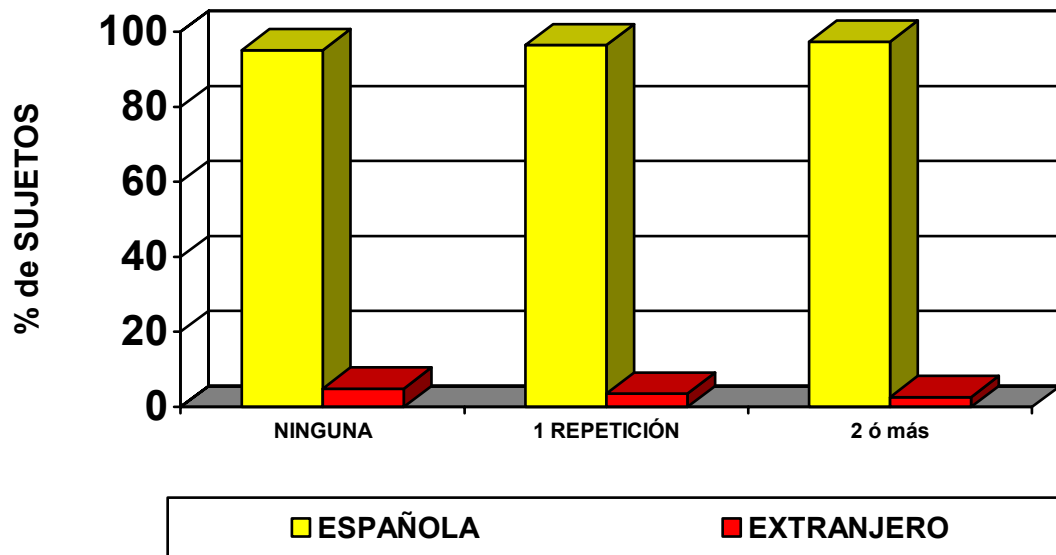
En el grupo de sujetos que repitieron la conducta en dos o más ocasiones, el 97,4% tenían nacionalidad española, y el 2,6% eran extranjeros. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 176.- Repetición de la Tentativa y nacionalidad

NACIONALIDAD	NINGUNA [N(%)]	1 REPETICIÓN [N(%)]	2 O MÁS N(%)]	TOTAL [N(%)]
ESPAÑOLA	930 (95,1)	220 (96,5)	416 (97,4)	1566 (95,9)
EXTRANJERO	48 (4,9)	8 (3,5)	11 (2,6)	67 (4,1)

$X^2 (gl) = 4,34 (2); p = 0,11$

Gráfico 147 .- Repetición de la Tentativa y Nacionalidad



**V.11.2.- REPETICIÓN DE LA TENTATIVA DURANTE EL PERÍODO DE MONITORIZACIÓN Y ESTUDIO DE LA TENTATIVA ACTUAL.**

**V.11.2.1.- REPETICIÓN Y HORA DE LA TENTATIVA**

En relación a la repetición de la tentativa de suicidio durante el periodo de monitorización por parte de los sujetos a estudio y la hora en que se efectuó la tentativa, en el grupo de sujetos que no repitieron la conductas, el 25,1% lo hizo en horario de mañanas, el 50,6% en horario de tarde, y el 24,3% en horario de noche.

En el grupo de sujetos que realizaron una nueva tentativa, el 25,4% lo hizo en horario de mañanas, el 51,8% en horario de tarde, y el 22,8% en horario de noche.

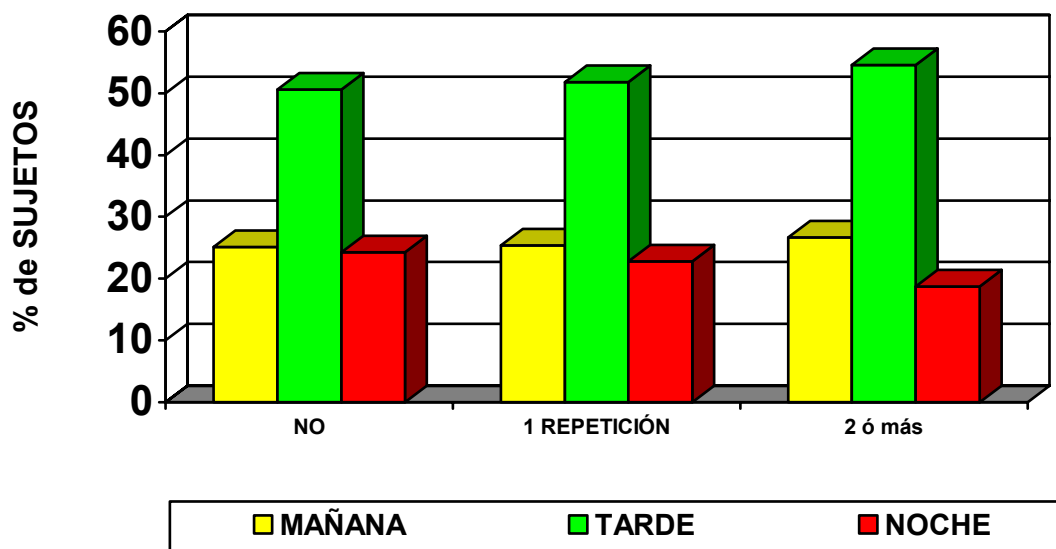
En el grupo de sujetos que repitieron la conducta en dos o más ocasiones, el 26,7% lo hizo en horario de mañanas, el 54,6% en horario de tarde, y el 18,7% en horario de noche. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 177.- Repetición y hora de la tentativa**

HORA	NO [N(%)]	1 REPETICIÓN [N(%)]	2 O MAS N(%)]	TOTAL [N(%)]
MAÑANA	245 (25,1)	58 (25,4)	114 (26,7)	417 (25,5)
TARDE	495 (50,6)	118 (51,8)	233 (54,6)	846 (51,8)
NOCHE	238 (24,3)	52 (22,8)	80 (18,7)	370 (22,7)

$X^2 (gl) = 5,33 (4); p = 0,25$

Gráfico 148 .- Repetición y hora de la tentativa



**V.11.2.2.- REPETICIÓN Y DÍA DE LA TENTATIVA**

En relación a la repetición de la tentativa de suicidio durante el periodo de monitorización por parte de los sujetos a estudio y el día de la semana en que se efectuó la tentativa, en el grupo de sujetos que no repitieron la conductas, el 52% lo hizo en los días de la semana (lunes, martes, miércoles y jueves), y el 48% en los días de fin de semana (viernes, sábado y domingo).

En el grupo de sujetos que realizaron una nueva tentativa, el 59,6% lo hizo en los días de la semana, y el 40,4% en los días de fin de semana.

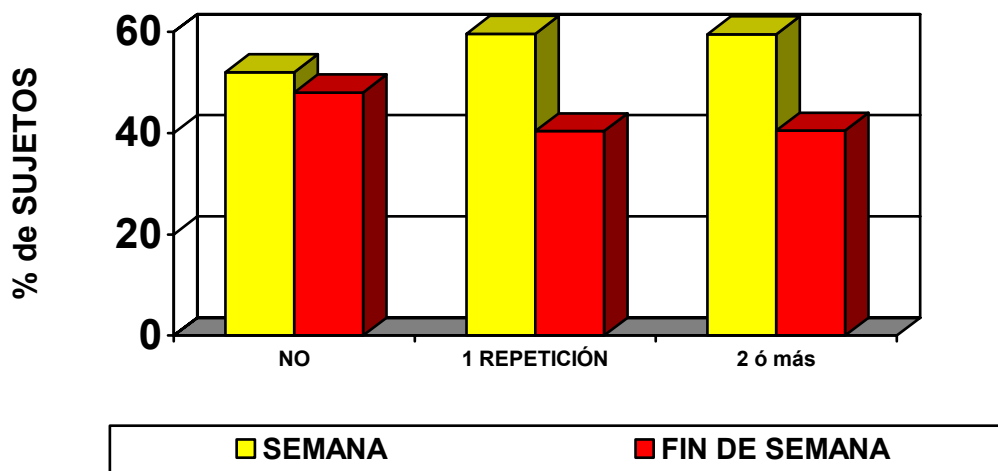
En el grupo de sujetos que repitieron la conducta en dos o más ocasiones, el 59,5% lo hizo en los días de la semana, y el 40,5% en los días de fin de semana. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,011$ )

Tabla 178.- Repetición y día de la tentativa

DÍA	NO [N(%)]	1 REPETICIÓN [N(%)]	2 O MAS N(%)]	TOTAL [N(%)]
SEMANA	507 (52)	136 (59,6)	254 (59,5)	897 (55)
FIN DE SEMANA	468 (48)	92 (40,4)	173 (40,5)	733 (45)

$X^2 (gl) = 9,00 (2); p = 0,011$

Gráfico 149 .- Repetición y día de la tentativa



$p = 0,011$



**V.11.2.3.- REPETICIÓN Y MES DE LA TENTATIVA**

En relación a la repetición de la tentativa de suicidio durante el periodo de monitorización por parte de los sujetos a estudio y el mes en que se efectuó la tentativa, en el grupo de sujetos que no repitieron la conductas, el 22,1% lo hizo durante el primer trimestre del año (enero, febrero y marzo), el 26,4% en el segundo trimestre (abril, mayo y junio), el 27,4% en el tercer trimestre (julio, agosto y septiembre), y el 24,1% en el cuarto trimestre (octubre, noviembre y diciembre).

En el grupo de sujetos que realizaron una nueva tentativa, el 32,9% lo hizo durante el primer trimestre del año, el 25% en el segundo trimestre, el 25,4% en el tercer trimestre, y el 16,7% en el cuarto trimestre.

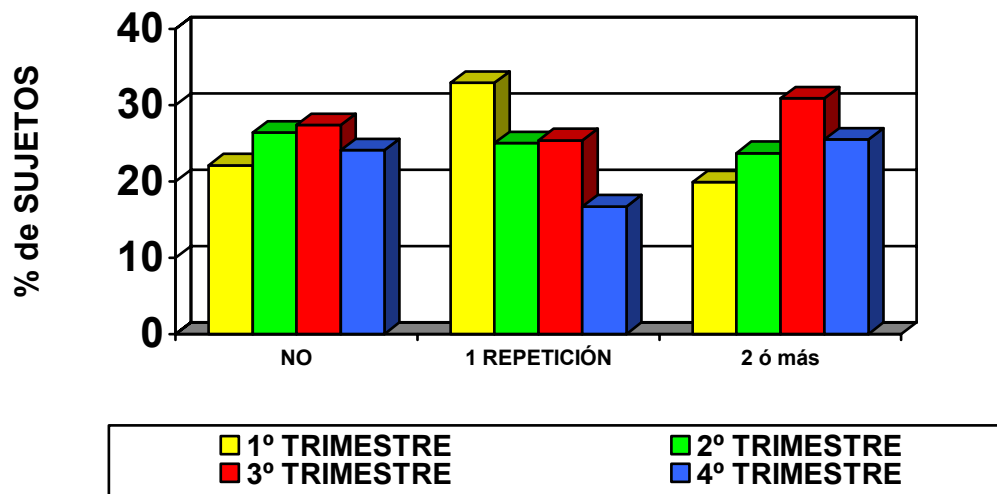
En el grupo de sujetos que repitieron la conducta en dos o más ocasiones, el 19,9% lo hizo durante el primer trimestre del año, el 23,7% en el segundo trimestre, el 30,9% en el tercer trimestre, y el 25,5% en el cuarto trimestre. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p = 0,003$ )

**Tabla 179.- Repetición y mes de la tentativa**

MES	NO [N(%)]	1 REPETICIÓN [N(%)]	2 O MAS N(%)	TOTAL [N(%)]
1º TRIMESTRE	216 (22,1)	75 (32,9)	85 (19,9)	376 (23)
2º TRIMESTRE	258 (26,4)	57 (25)	101 (23,7)	416 (25,5)
3º TRIMESTRE	268 (27,4)	58 (25,4)	132 (30,9)	458 (28)
4º TRIMESTRE	236 (24,1)	38 (16,7)	109 (25,5)	383 (23,5)

**$X^2$  (gl) = 20,11 (6);  $p = 0,003$**

Gráfico 150 .- Repetición y mes de la tentativa



p = 0,003

#### V.11.2.4.- REPETICIÓN Y DÍA DEL MES DE LA TENTATIVA

En relación a la repetición de la tentativa de suicidio durante el periodo de monitorización por parte de los sujetos a estudio y el día del mes en que se efectuó la tentativa, en el grupo de sujetos que no repitieron la conductas, el 49,8% lo hizo durante la primera quincena, y el 50,2% durante la segunda quincena.

En el grupo de sujetos que realizaron una nueva tentativa, el 51,8% lo hizo durante la primera quincena, y el 48,2% durante la segunda quincena.

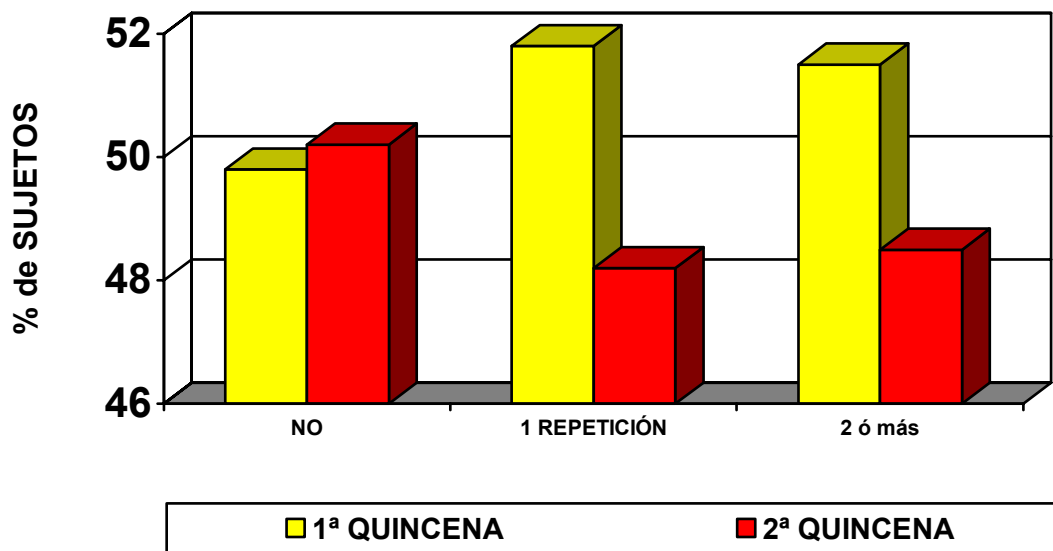
En el grupo de sujetos que repitieron la conducta en dos o más ocasiones, el 51,5% lo hizo durante la primera quincena, y el 48,5% durante la segunda quincena. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 180.- Repetición y día del mes de la tentativa

DÍA DEL MES	NO [N(%)]	1 REPETICIÓN [N(%)]	2 O MAS N(%)]	TOTAL [N(%)]
1ª QUINCENA	487 (49,8)	118 (51,8)	220 (51,5)	825 (50,5)
2ª QUINCENA	491 (50,2)	110 (48,2)	207 (48,5)	808 (49,5)

$X^2 (gl) = 0,51 (2); p = 0,77$

Gráfico 151 .- Repetición y día del mes de la tentativa



**V.11.2.5.- REPETICIÓN DE LA TENTATIVA Y DERIVACIÓN**

En relación a la repetición de la tentativa de suicidio durante el periodo de monitorización por parte de los sujetos a estudio y la derivación desde el Servicio de Urgencias, en el grupo de sujetos que no repitieron la conductas, el 62,4% fueron derivados a su Centro de Salud Mental, el 5,3% a su Centro de Atención Primaria, el 14,3% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 18% fueron ingresados en otras Unidades Hospitalarias.

En el grupo de sujetos que realizaron una nueva tentativa, el 56,8% fueron derivados a su Centro de Salud Mental, el 3,5% a su Centro de Atención Primaria, el 24,7% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 15% fueron ingresados en otras Unidades Hospitalarias.

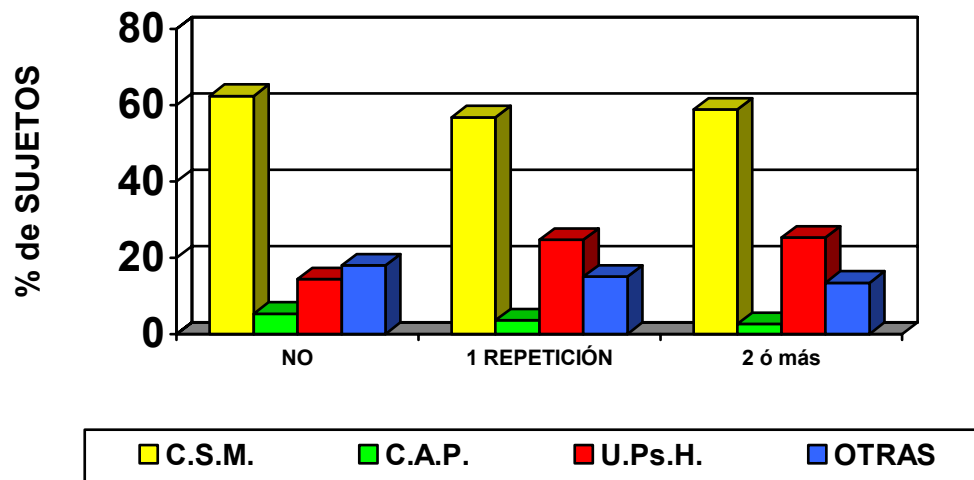
En el grupo de sujetos que repitieron la conducta en dos o más ocasiones, el 58,8% fueron derivados a su Centro de Salud Mental, el 2,6% a su Centro de Atención Primaria, el 25,2% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría, y el 13,4% fueron ingresados en otras Unidades Hospitalarias. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ )

**Tabla 181.- Repetición de la tentativa y derivación**

DERIVACIÓN	NO [N(%)]	1 REPETICIÓN [N(%)]	2 O MAS N(%)]	TOTAL [N(%)]
C.S.M.	605 (62,4)	129 (56,8)	250 (58,8)	984 (60,7)
C.A.P.	51 (5,3)	8 (3,5)	11 (2,6)	70 (4,3)
U.Ps.H.	139 (14,3)	56 (24,7)	107 (25,2)	302 (18,6)
OTRAS	175 (18)	34 (15)	57 (13,4)	266 (16,4)

**$X^2$  (gl) = 34,56 (6);  $p = 0,000$**

Gráfico 152 .- Repetición de la tentativa y derivación



p = 0,000

### V.11.2.6.- REPETICIÓN DE LA TENTATIVA Y DIAGNÓSTICO

En relación a la repetición de la tentativa de suicidio durante el periodo de monitorización por parte de los sujetos a estudio y el diagnóstico psiquiátrico, en el grupo de sujetos que no repitieron la conductas, el 8,2% fueron diagnosticados de trastornos por consumos de sustancias, el 18,9% trastornos afectivos, el 23,9% trastornos neuróticos, el 8,3% trastornos de la personalidad, y el 40,7% otros trastornos.

En el grupo de sujetos que realizaron una nueva tentativa, el 11,4% fueron diagnosticados de trastornos por consumos de sustancias, el 30,7% trastornos afectivos, el 22,4% trastornos neuróticos, el 15,8% trastornos de la personalidad, y el 19,7% otros trastornos.

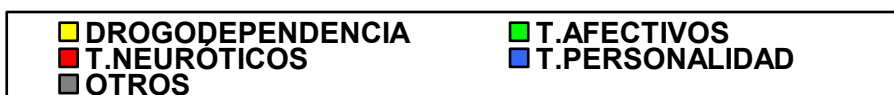
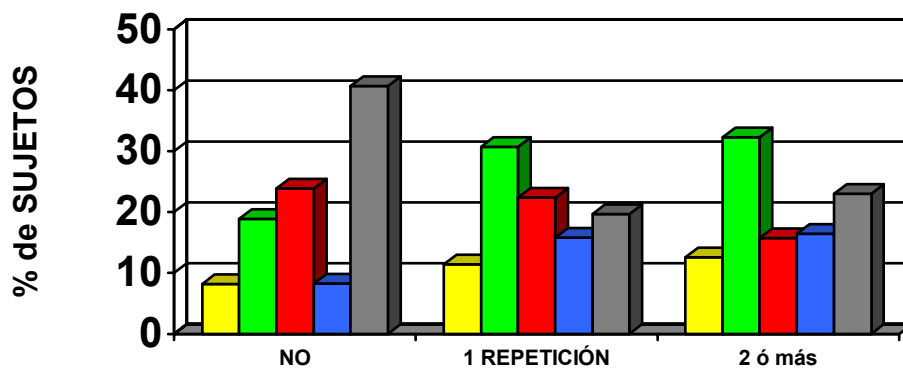
En el grupo de sujetos que repitieron la conducta en dos o más ocasiones, el 12,6% fueron diagnosticados de trastornos por consumos de sustancias, el 32,3% trastornos afectivos, el 15,7% trastornos neuróticos, el 16,4% trastornos de la personalidad, y el 23% otros trastornos. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ )

Tabla 182.- Repetición de la tentativa y diagnóstico

DIAGNÓSTICO	NO [N(%)]	1 REPETICIÓN [N(%)]	2 O MAS N(%)]	TOTAL [N(%)]
DROGODEPENDENCIA	80 (8,2)	26 (11,4)	54 (12,6)	160 (9,8)
T. AFECTIVOS	185 (18,9)	70 (30,7)	138 (32,3)	393 (24,1)
T. NEURÓTICOS	234 (23,9)	51 (22,4)	67 (15,7)	352 (21,6)
T. PERSONALIDAD	81 (8,3)	36 (15,8)	70 (16,4)	187 (11,5)
OTROS TRASTORNOS	398 (40,7)	45 (19,7)	98 (23)	541 (33,1)

$X^2$  (gl) = 107,24 (8);  $p = 0,000$

Gráfico 153 .- Repetición de la tentativa y diagnóstico



$p = 0,000$

**V.11.2.7.- REPETICIÓN DE LA TENTATIVA Y CONTACTO CON SALUD MENTAL**

En relación a la repetición de la tentativa de suicidio durante el periodo de monitorización por parte de los sujetos a estudio y la existencia previa de contactos con Salud Mental, en el grupo de sujetos que no repitieron la conducta, el 54% no habían tenido contacto previo, y el 46% ya habían mantenido algún contacto previo.

En el grupo de sujetos que realizaron una nueva tentativa, el 23,7% no habían tenido contacto previo, y el 76,3% ya habían mantenido algún contacto previo.

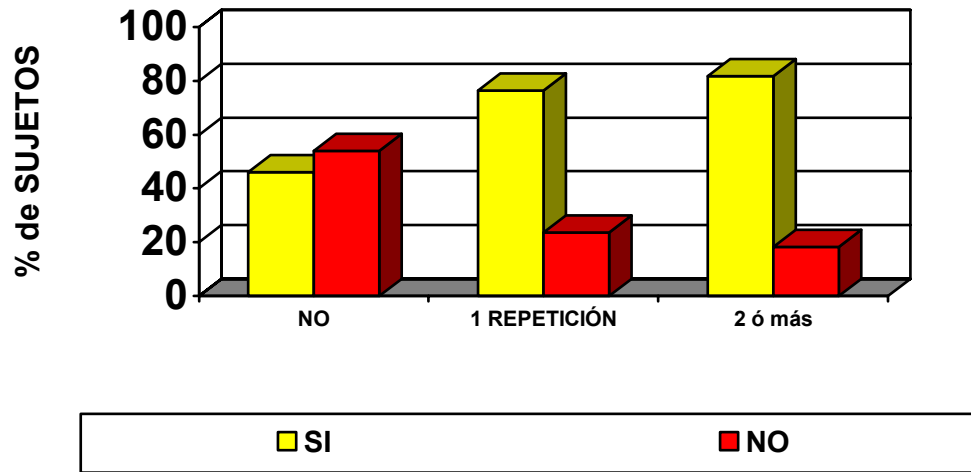
En el grupo de sujetos que repitieron la conducta en dos o más ocasiones, el 18,3% no habían tenido contacto previo, y el 81,7% ya habían mantenido algún contacto previo. Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ )

**Tabla 183.- Repetición de la tentativa y contacto con Salud Mental**

CONTACTO	NO [N(%)]	1 REPETICIÓN [N(%)]	2 O MAS N(%)]	TOTAL [N(%)]
SI	450 (46)	174 (76,3)	349 (81,7)	973 (59,6)
NO	528 (54)	54 (23,7)	78 (18,3)	660 (40,4)

**$X^2$  (gl) = 188,29 (2);  $p = 0,000$**

Gráfico 154 .- Repetición de la tentativa y contacto con Salud Mental



p = 0,000



## VI.- DISCUSIÓN

### VI.1.- FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

#### VI.1.2.- SEXO

En la mayor parte de los países donde se ha estudiado el fenómeno suicida, las mujeres presentan mayores tasas de ideación y de comportamientos suicidas, pero la mortalidad producida por estos actos es típicamente más baja en las mujeres que en los varones.

El National Center for Health Statistics (2000) pone de manifiesto que aproximadamente 5 millones de americanos han intentado alguna vez quitarse la vida, y concretamente durante el año 2000 se produjeron en EE.UU. unas 734.000 tentativas suicidas, lo que equivaldría aproximadamente a 25 tentativas por cada suicidio consumado, con una proporción de 3:1.

En España, la proporción entre mujeres y varones por lo que se refiere a tentativas de suicidio, presenta una tendencia hacia la equiparación. Así, se ha pasado de una relación de 1:9 a favor de las mujeres en la década de los 70 a 1:2 en la actualidad.

En la muestra estudiada el número de mujeres que realizaron una tentativa suicida fue de 997 (61,1%) en tanto que los varones fueron 636 (38,9%). Los porcentajes de hombres y mujeres del presente estudio, son coincidentes con los mismos en población general, siendo la proporción mujer/hombre de 1,6.

Diferentes estudios revisados, son coincidentes en las tasas encontradas en el presente estudio, así:

Wasserman y Spellerberg (1989), refieren en su estudio de seguimiento de 10 años (1975-1985) en la ciudad de Estocolmo unas tasas del 56% en las mujeres y 44% en los varones.

Hidalgo, et al. (1994), realizan un estudio en el Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Sonsóles en Ávila durante los años 1991-1993 y refieren tasas del 56% para las mujeres frente al 44% para los varones.

Figuerido-Poulain, et al. (1994), estudian una muestra de 133 sujetos con conducta parasuicida durante el año 1993, encontrando unas tasas del 56% en las mujeres y del 44% en los varones.

Díaz, (1998), estudia 176 casos de intentos de suicidio valorados en un Servicio de Urgencias en Madrid y encuentra tasas del 61% en las mujeres y 39% en los varones.

Francisco, et al. (1999), estudian el perfil de los intentos de suicidio en el servicio de urgencias del Hospital Xeral de Galicia y encuentran tasas del 62 % en las mujeres frente al 38 % de los varones.

Fernández, et al. (1999), realizan un estudio sobre los intentos de suicidio en el servicio de urgencias del Hospital Regional Carlos Haya de Málaga y refieren tasas del 62% en las mujeres frente al 38% en los varones.

Lozano, et al. (2003), realizan un estudio descriptivo del parasuicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Princesa, de la Comunidad de Madrid y refieren tasas del 64,1% en las mujeres, frente al 35,9% de los varones.

Martín, (2004), realiza un estudio sobre el perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa de la Comunidad de Madrid y refiere tasas del 61,8% en las mujeres frente al 38,2% de los varones.

Kopjar, et al. (2005), estudian los autoenvenenamientos tratados en hospitales en Noruega y refieren una incidencia más elevada entre las mujeres (144/100.000) que entre los varones (94/100.000).

Agudo, et al. (2006), estudian las conductas parasuicidas en población inmigrante del área 11 de salud, atendidos en el Hospital 12 de Octubre de la Comunidad de Madrid y refieren un 65% de mujeres frente al 35% de varones.

García-Albea, et al. (2006), estudian los intentos de suicidio en la urgencia psiquiátrica de un hospital general y refieren que de un total de 109 sujetos que realizaron una tentativa de suicidio, 63,3% fueron mujeres frente al 36,7% de hombres.

Otros estudios refieren tasas superiores en las mujeres, cercanas al 70%, así:

Sánchez y Arroyo (1979), realizan un estudio en el Hospital Clínico de Granada sobre una muestra de 74 pacientes ingresados por conducta parasuicida y encuentran una tasa del 74% para las mujeres y del 25% para los varones.

Carbajosa, et al. (1980), realizan un estudio sobre tentativas de suicidio en el Principado de Asturias y refieren unas tasas del 69% para las mujeres y del 31% para los varones.

Millá, (1984), analiza 300 casos de intentos de suicidio por ingesta medicamentosa y encuentra un 75% de mujeres, frente a un 25% de varones.

Seijo, (1995), en su estudio sobre tentativas de suicidio en la adolescencia refiere unas tasas del 80% en las mujeres y del 20% en los varones.

Cocaña, (1997), realiza un estudio sobre el análisis de los factores de riesgo de la conducta parasuicida y refiere unas tasas del 82% para las mujeres y del 18% para los varones.

Duce, et al. (1998), estudian las intoxicaciones medicamentosas voluntarias atendidas en el Servicio de urgencias del Hospital de Móstoles y encuentran un 72.7% de mujeres frente a un 27,3% de varones.

Avendaño, et al. (1999), estudian las tentativas de autolisis que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal de la Selva (Girona) y refieren tasas del 72% en las mujeres frente al 28% en los varones.

Sevilla, et al. (2004), estudian los casos de tentativa de suicidio atendidos en el Complejo Hospitalario de Orense y refieren tasas del 69,4% en las mujeres frente al 30,6% en los varones.

Le Pont, et al. (2004), estudian las tentativas de suicidio en Francia durante el período 1999-2001 y refieren unas tasas del 67% en las mujeres.

Corcoran, et al. (2004), estudian la incidencia y repetición de las tentativas de suicidio en Irlanda y refieren una tasa de 163 por 100.000 en los hombres y 190 por 100.000 en las mujeres.

Polewka, et al. (2005), realizan un estudio prospectivo de 5 años en sujetos con historia de tentativas de suicidio previas en Cracovia y encuentran una tasa del 73,5% de mujeres frente al 27,3% de varones.

Lorente, et al. (2006), en el libro “Suicidio y violencia de género” encuentran que el 80% de las mujeres que han sufrido malos tratos han pensado o han intentado suicidarse.

En nuestro entorno algunos investigadores encuentran una cierta proporcionalidad intersexos, llegando en algunos estudios a una tasa superior en hombres:

Fernández, (1986), realiza un estudio sobre pacientes con conductas suicidas en Puerto Rico y de los 77 sujetos de la muestra refiere un 53% de mujeres frente al 47% de los varones.

Nogué, et al. (1988), realizan una revisión de asistencia en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Barcelona por tentativa suicida y encuentran tasas del 51% en las mujeres y 49% en los varones. Así mismo, estudian las tentativas de suicidio como causa de ingreso en UCI y encuentran un 61% de mujeres y un 39% de varones.

Nielsen, et al. (1990), estudian a 207 pacientes con conducta parasuicida que habían acudido al Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Odense y refieren tasas del 52% en las mujeres y del 48% en los varones.

Davis & Kosky (1991), en su estudio sobre tentativas suicidas en Perth, encuentran unas tasas del 53% en las mujeres y del 47% en los varones.

Arcos, et al. (1999), realizan un estudio sobre intoxicaciones voluntarias en un Hospital de la Provincia de Córdoba (España) y refieren unas tasas del 52,8 % en las mujeres y del 47,2% en los varones.

Riquelme, et al. (1999), estudian las intoxicaciones agudas en la Isla de la Palma y refieren un predominio de varones en las intoxicaciones por drogas de abuso (76%) y productos agrícolas (100%), y el femenino en las farmacológicas (65%).

Fernández, (2001), estudia las características de las conductas suicidas en pacientes ingresados en una Unidad Psiquiátrica y encuentra que el porcentaje de varones que ingresan tras realizar una tentativa de suicidio (51%) es ligeramente superior al de las mujeres (49%)

Pastor, (2004), realiza un estudio de los intentos de suicidio atendidos por un servicio de emergencias extrahospitalarias en la Provincia de Ciudad Real y encuentra unas tasas del 48,5% en los varones, frente al 51,5% en las mujeres.

Ostamo y Lönnqvist (2004), estudian las conductas suicidas en Finlandia y encuentran un 51% de tentativas en los hombres frente a un 38% en las mujeres.

Salander, et al. (2004), estudian el comportamiento suicida en Suecia y encuentran unas tasas del 57% de tentativas en las mujeres en tanto que en los hombres es del 43%.

### **VI.1.3.- EDAD**

Las tentativas de suicidio continúan siendo un fenómeno poco estudiado; Se considera que, al igual que en el caso del suicidio, ha aumentado la incidencia de los intentos de suicidio, especialmente en los jóvenes.

Los grupos de edad más frecuentemente relacionados con las tentativas de suicidio son los incluidos en el período juvenil. La mayoría de los estudios que investigan este fenómeno, muestran como las tasas más elevadas de comportamiento parasuicida se dan en personas jóvenes, concretamente en la franja de edad comprendida entre los 15 y los 34 años.

La edad media de la población estudiada [media (desviación estándar)] resultó ser de [38,66 (15,13)] años de edad, siendo de [38,24 (14,53)] para los varones y de [38,93 (15,50)] para las mujeres. La edad mínima fue de 13 años y la máxima de 95 años.

Por grupos de edad, las tentativas son más frecuentes en el grupo de 30 a 39 años tanto en hombres como en mujeres, siendo la proporción de sujetos en dichos grupos de edad, superior a la proporción en la población general, con diferencias estadísticamente significativas.

Cuando se realiza el mismo análisis teniendo en cuenta el factor sexo, las diferencias obtenidas sólo son estadísticamente significativas en los hombres del grupo 30 a 49 años, mientras que en las mujeres son los grupos de 20 a 29 años, 30 a 39 años y 70 a 79 años.

Estas edades son coincidentes con las referidas por otros investigadores, así:

Avendaño, et al. (1999), estudian las tentativas de autolisis en el Hospital Comarcal de la Selva en Girona y encuentran una edad media de 37,25 años de edad.

Fernández, (2001), estudia las características de las conductas suicidas en pacientes ingresados en una Unidad Psiquiátrica y refiere una edad media de la muestra de 39,1 años de edad, siendo de 38,8 para los varones y de 39,4 para las mujeres.



Lozano, et al. (2003), realizan un estudio descriptivo del parasuicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Princesa en Madrid y encuentran una media de 36,7 años de edad.

Pastor, (2004), estudia los intentos de suicidio atendidos por un servicio de urgencias extrahospitalarias en la Provincia de Ciudad Real y encuentra una edad media de 38 años para ambos sexos.

Sevilla, et al. (2004), estudian los casos atendidos en el Complejo Hospitalario de Orense por tentativas de suicidio y encuentran una media de 39 años de edad en los hombres y de 36 años de edad en las mujeres.

Bille-Brahe y Andersen, (2004), estudian el comportamiento suicida en Dinamarca en el período comprendido entre 1989 y 1998 y refieren que en 1989 la media de edad en las mujeres que realizaban tentativa de suicidio era de 40,8 años de edad y en los hombres de 36 años de edad. En 1998 la media de edad de las mujeres había disminuido hasta 39,3 y en los hombres se había elevado, siendo de 40,4 años de edad.

Polewka, et al. (2005), realizan un estudio prospectivo de 5 años en sujetos con historia de tentativas suicidas previas en Cracovia y encuentran una edad media de 36 años.

Vázquez, et al. (2006), realizan una valoración de intentos autolíticos atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general y refieren que el porcentaje más elevado se dio en mujeres menores de 50 años.

Pérez, et al. (2006), realizan un estudio descriptivo de pacientes que fueron atendidos por autolesiones en el servicio de urgencias de psiquiatría del Hospital de Sant Pau entre Septiembre de 2005 y Mayo de 2006 y refieren que la edad media de la muestra fue de 35,5 años de edad.

Otros estudios revisados refieren edades más altas que las encontradas en el presente estudio, así:

Arcos, et al. (1999), realizan un estudio epidemiológico de las intoxicaciones en el Hospital comarcal Infanta Margarita de Cabra (Córdoba) y encuentran una edad media de 40,34 años de edad

O'Loughlin y Sherwood (2005), realizan una revisión de 20 años (1981-2000) de sujetos con daños autoinflingidos en Inglaterra y refieren que el índice más alto en los varones era entre los 45 y 54 años de edad, y en las mujeres entre 25 y 44 años de edad.

Cobo, et al. (2006), estudian las tentativas de suicidio por autoapuñalamiento y/o venosección y encuentran que la totalidad de los sujetos eran varones con una edad media de 44,2 años de edad.

Otros investigadores encuentran edades más jóvenes que las encontradas en este estudio, así:

Sánchez y Arroyo, (1979), realizan un estudio en el Hospital Clínico de Granada sobre una muestra de 74 pacientes ingresados por conducta parasuicida y encuentran que el 53% de la muestra son sujetos menores de 25 años.

Carbajosa, et al. (1980), realizan un estudio sobre tentativas de suicidio en el Principado de Asturias y refieren una edad media de la muestra de 28 años, siendo de 31 años para los varones y 28 años para las mujeres.

García Maciá, et al. (1984), estudian una muestra de sujetos que acuden a la Unidad de Suicidiología del Hospital Clínico de Barcelona y refieren una edad media de 33,2 años de edad, situando el 56% de los sujetos con edades inferiores a 30 años de edad.

Milla, (1984), realiza un estudio de tipo epidemiológico sobre 300 casos de intento autolítico por ingesta medicamentosa y refiere que el 65% de los casos se encuentra entre los 16 y los 30 años de edad.

Fernández, (1986), realiza un estudio sobre pacientes con conductas suicidas en Puerto Rico y encuentra una edad media de [33 (10,7)] años de edad, siendo para los varones de [32,1 (9,2)] y de [34,6 (12,2)] para las mujeres.

Nogué, et al. (1988), en su estudio sobre las tentativas de suicidio como causa de ingreso en UCI, refiere una edad media de 32,7 años de edad.

Llopis, (1988), estudia 1143 casos de intento autolítico y refiere que el predominio de estas conductas se encuentra en la banda de edad que va de los 20 a los 29 años.

Martínez, et al. (1988), realiza un estudio en 499 sujetos que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital La Paz de Madrid y encuentra una edad media de 27 años de edad.

Chiu, (1989), realiza un estudio en el Hospital General de Hong Kong sobre 295 sujetos con conductas autolíticas y encuentra una media de edad de [26,1 (10,84)] años de edad.

Villasana, et al. (1990), estudian 274 tentativas de suicidio atendidas en el Servicio de Urgencias en Vizcaya y refieren una edad media de la muestra de [25,27 (12,26)] años de edad, siendo para los varones de [27,9 (13)] años de edad y para las mujeres de [23,77 (11,53)] años de edad.

Barraca, et al. (1991), estudian las características de las autointoxicaciones atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Covadonga de Oviedo y refieren un promedio de 32 años de edad.

Vizán, (1991), estudia los factores de riesgo en la conducta suicida atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias y refiere que el mayor riesgo de tentativa de suicidio se concentra entre los 20 y 30 años de edad.

Yelamos, et al. (1992), estudian los autoenvenenamientos en la Provincia de Almería y encuentran una edad media de 31 años de edad.

Gallego, et al. (1993), estudian una muestra de 145 sujetos con conducta autolítica y refieren para los varones una edad media de [29,52 (14,5)] años de edad y para las mujeres de [25,5 (11,34)] años de edad.

Vizán, et al. (1994), refieren en su estudio sobre 100 pacientes en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias una edad media de 26,42 años de edad, siendo de 28,66 años para los varones y de 25,15 años para las mujeres.

Sierra, et al. (1994), realizan un estudio sobre 228 sujetos en el Hospital de La Paz de Madrid y encuentran una edad media de 31 años de edad.

Figuerido-Poulain, et al. (1994), estudian una muestra de 133 sujetos con conducta parasuicida durante el año 1993, encontrando una edad media de 33,05 años de edad.

Dorado, et al. (1996), estudian 613 casos atendidos en el Servicio de Emergencias del Hospital 12 de Octubre de la Comunidad de Madrid y encuentran una edad media de 32 años.

Hermida, (1997), estudia 999 casos de intoxicación aguda atendidos durante el período de un año (1 enero-31 de diciembre, 1995) en un hospital de tercer nivel y encuentra que la edad media fue de 32,8 años con rango de 14 a 95 años..

Cocaña, (1997), realiza un estudio sobre el análisis de los factores de riesgo de la conducta parasuicida y refiere una edad media de [34,54 (13,56)] años de edad.

Díaz, (1998), estudia 176 casos de intentos de suicidio valorados en un Servicio de Urgencias en Madrid y encuentra una media de edad de [34,46 (11,61)] años.

Duce, et al. (1998), estudian las intoxicaciones medicamentosas voluntarias atendidas en el Servicio de urgencias del Hospital de Móstoles y refieren que la edad media encontrada fue de [33,7 (14,5)] años de edad (32,04 para los varones y 30,92 para las mujeres).

Riquelme, et al. (1999), estudian las intoxicaciones agudas en la Isla de la Palma y encuentran una edad media de 29,4 años de edad.

Francisco, et al. (1999), estudian el perfil de los intentos de suicidio en el Servicio de urgencias del Hospital Xeral de Galicia y encuentran una media de edad de 29,5 años de edad en los varones y de 25,5 años de edad en las mujeres.

Fernández, et al. (1999), estudian los intentos de autolisis en el Servicio de Urgencias del Hospital Carlos Haya de Málaga y encuentran una media de edad de 33 años.

Roca, et al. (2002), estudian las tentativas de suicidio atendidas en un Centro de Salud en Valencia y encuentran una edad media de 34,07 años de edad.

Jiménez, et al. (2004), refieren, citando los datos del estudio WHO/EURO, que los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres del grupo de 15 y los 24 años, seguido por el grupo de 25-34 años y de 35-44 años. Para los hombres, las tasas más altas se dan en el grupo de 25-34 años, seguido por el de 35-44 años y los jóvenes de 15-24 años.

Li, et al. (2004), estudian los intentos de suicidio mediante autoenvenenamiento en los Servicios de Urgencias de 25 hospitales en China y encuentran una edad media de 31,5 años de edad.

Salander, et al. (2004), estudian el comportamiento suicida en Suecia y encuentran unas tasas del 25,7% en el grupo de 15 a 24 años de edad en las mujeres y del 28,7% en el grupo de 25 a 34 años de edad en los hombres.

Martín, (2004), estudia el perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa de la Comunidad de Madrid y refiere que el intervalo de edad mas prevalente fue de 25-34 años (27,9%), intervalo que coincidía como más frecuente en los varones, siendo el más frecuente en mujeres el intervalo de 15-24 años de edad.

Hjelmeland, (2004), estudia el comportamiento suicida en Noruega y refiere que la tasa mas elevada en las mujeres se daba en el grupo comprendido entre los 15 y los 19 años de edad, mientras que en los hombres era en el grupo de 40 a 49 años de edad.

Corcoran, et al. (2004), estudian la incidencia y repetición de las tentativas de suicidio en Irlanda y encuentran que las tasas más elevadas eran entre los 20 y 24 años de edad en los hombres ( 374/100.000) y entre 15 y 19 años de edad en las mujeres (433/100.000).

Van Heeringen, et al. (2004), estudian el comportamiento suicida en Bélgica y encuentran las tasas más elevadas en el grupo de mujeres de edades comprendidas entre 20 y 49 años de edad, en tanto que en los hombres, las tasas más elevadas se daban en el grupo de 15 a 19 años y de 50 a 54 años de edad.

Larosa, et al. (2005), estudian los factores asociados con riesgo de suicidio en pacientes consultados en centros de salud y encuentran una edad media de 31 años de edad.

Doshi, et al. (2005), estudian las consultas por tentativa de suicidio en el Departamento de Emergencias de un Hospital Nacional durante el período 1997 a 2001 y refieren una edad media de 31 años de edad.

Kopjar, et al. (2005), estudian los autoenvenenamientos tratados en hospitales en Noruega y refieren que la incidencia más elevada se dio en las mujeres entre 20 y 24 años de edad.

Valenciano, et al. (2006), realizan un análisis de los gestos autolíticos atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General Universitario de Guadalajara (España) y encuentran una mayor frecuencia en el rango comprendido entre los 16 y 30 años de edad.



### VI.1.4.- ESTADO CIVIL

Durkheim en 1897 ya destacó la situación del estado civil en el desencadenamiento del comportamiento suicida. En su opinión, la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas.

En el estudio WHO/EURO se observó que la relación entre intentos de suicidio y estado civil era dependiente de la edad por cuanto la probabilidad de estar casado es menor entre la población más joven. Aún así, al corregir este factor de confusión se observó que las tentativas suicidas eran más frecuentes entre los solteros y los divorciados. Por último, se considera que tener hijos a cargo es un factor de protección frente a este tipo de comportamientos. (Bobes, et al.2004).

En el presente estudio el 56,8% de los sujetos carecían de soporte familiar (solteros, separados, divorciados, viudos), siendo los solteros el grupo más numeroso. Si se compara con la población general, en el grupo de los hombres, tanto los solteros, separados, y divorciados están representados en un mayor porcentaje en la muestra estudiada, encontrándose diferencias estadísticamente significativas. En las mujeres las separadas y divorciadas están representadas en mayor porcentaje en la muestra estudiada, encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Los datos de este estudio son bastante similares a los referidos en otros trabajos, justificando la preponderancia de los solteros en función de una menor edad, 33,3% en el grupo de < 25 años.

Carbajosa, et al. (1980), realizan un estudio sobre tentativas de suicidio en el Principado de Asturias y refieren unas tasas del 59% para los sujetos sin pareja y del 41% para los sujetos con pareja.

Millá, (1984), analiza 300 casos de intentos de suicidio por ingesta medicamentosa y encuentra que más de la mitad de los sujetos no tenían pareja estable.

Platt, et al. (1988), refieren tasas mas elevadas entre los varones sin pareja estable y más bajas entre los casados.

Montesinos, (1989), realiza un estudio sobre 140 pacientes con tentativa suicida y refiere una tasa del 72% para los sujetos sin pareja estable, y del 28% para los sujetos con pareja.

Villasana, et al. (1990), estudian 274 tentativas de suicidio atendidas en el Servicio de Urgencias en Vizcaya y refieren una tasa del 66% para los sujetos sin pareja estable y 34% para los sujetos con pareja.

Vizán, (1991), estudia los factores de riesgo en la conducta suicida atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias y refiere una mayor tasa entre mujeres solteras.

Gallego, et al. (1993), estudian una muestra de 145 sujetos con conducta parasuicida y refieren tasas del 68% para los sujetos sin pareja estable y 32% para los sujetos con pareja.

Vizán, et al. (1994), refieren en su estudio sobre 100 pacientes en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias una tasa del 76% de sujetos sin pareja estable y un 24% de sujetos con pareja.

Cocaña, (1997), realiza un estudio sobre el análisis de los factores de riesgo de la conducta parasuicida y encuentra una tasa del 70% para los sujetos sin pareja estable y del 30% para los sujetos con pareja.

Hermida, (1997), realiza un estudio epidemiológico y las características psicosociales de las intoxicaciones agudas en el ámbito hospitalario y encuentra un predominio de sujetos solteros.

Díaz, (1998), estudia 176 casos de intentos de suicidio valorados en un Servicio de Urgencias en Madrid y encuentra tasas del 67% en los sujetos sin pareja estable y 33% en los sujetos con pareja.

Duce, et al. (1998), estudian las intoxicaciones medicamentosas voluntarias atendidas en el Servicio de urgencias del Hospital de Móstoles y refieren tasas del 57% de sujetos sin pareja estable.

Francisco, et al. (1999), estudian el perfil de los intentos de suicidio en el Servicio de urgencias del Hospital Xeral de Galicia y refieren un 68% de sujetos solteros, viudos y/o separados.

Avendaño, et al. (1999), estudian las tentativas de autolisis en el Hospital Comarcal de la Selva en Girona y encuentran un 63% de sujetos sin pareja estable.

Lozano, et al. (2003), realizan un estudio descriptivo del parasuicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Princesa en Madrid y encuentran un 73% de sujetos sin pareja estable.

Ulrich, et al. (2003), estudian los factores pronósticos y correlatos de las tentativas de suicidio a lo largo de 5 años en una muestra de 1237 varones y mujeres con dependencia de alcohol y encuentran las tasas más elevadas en aquellos sujetos separados o divorciados.

Ping, et al. (2003), estudian el riesgo de suicidio relacionado con los factores socioeconómicos, demográficos, psiquiátricos y familiares en un estudio nacional basado en los registros de todos los suicidios de Dinamarca entre 1981-1997 y encuentran como factores de riesgo significativos para el suicidio la cohabitación o el estado civil soltero.

Jiménez, (2003), realiza un estudio de las tentativas autolíticas atendidas en el área sanitaria de Talavera de la Reina durante un periodo de 9 años (1990-1998) y encuentra que el 64% de la muestra menciona como desencadenante, principalmente problemas familiares y de pareja.

Osvath, et al. (2003), estudian los factores principales de repetición de las tentativas de suicidio en Europa y refieren que el riesgo más elevado de repetición de la tentativa se daba en sujetos divorciados.

Van Heeringen, et al. (2004), estudian el comportamiento suicida en Bélgica y encuentran un 69,1% de sujetos solteros, divorciados y/o viudos.

Martin, (2004), estudia el perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa de la Comunidad de Madrid y encuentra un 65,4% de sujetos sin pareja (separados o divorciados, viudos y solteros).

Hjdelmeland, (2004), estudia el comportamiento suicida en Noruega y refiere que las tasas mas elevadas de tentativa de suicidio (67,9%) se dio en el grupo de las mujeres sin pareja (solteras, divorciadas, separadas y/o viudas), mientras que en el mismo grupo de los hombres la tasa era un poco superior (70%).

Sevilla, et al. (2004), estudian los casos atendidos en el Complejo Hospitalario de Orense por tentativas de suicidio y refieren las tasas más elevadas en mujeres solteras.

Rudd, et al. (2004), estudian la relación existente entre diagnósticos en la infancia, psicopatología de la personalidad y tentativas de suicidio en la edad adulta y encuentran que un 64% de la muestra no tienen pareja.

Ostamo y Lonqvist, (2004), estudian las tentativas de suicidio en Finlandia y encuentran que en el grupo de los hombres divorciados las tasas de tentativas de suicidio son 5 veces superiores al resto de los grupos, en tanto que en el grupo de las mujeres divorciadas, las tasas son 2/3 veces superiores.

Fekete, et al. (2005), realizan un estudio epidemiológico retrospectivo, observando las diferencias entre sexos en las tentativas de suicidio en Hungría y refieren que en su mayoría eran mujeres viudas o divorciadas, en tanto que los hombres mayoritariamente estaban solteros.

O'Loughlin y Sherwood, (2005), realizan una revisión de 20 años (1981-2000) de sujetos con daños autoinflingidos en Inglaterra y encuentran las tasas más elevadas tanto en hombres como en mujeres separados.

Sudhir, et al. (2006), estudian las características de personas con elevados intentos suicidas admitidos en un Hospital general y refieren que las tasas más elevadas corresponden a varones solteros.

Gómez, et al. (2006), realizan un estudio retrospectivo de dos años de evolución de pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Central Universitario de Valladolid tras intento autolítico y encuentran que el mayor porcentaje de intentos autolíticos se dio en sujetos que presentaban problemas de pareja.

Pérez, et al. (2006), realizan un estudio descriptivo de pacientes que fueron atendidos por autolesiones en el servicio de urgencias de psiquiatría del Hospital de Sant Pau entre Septiembre de 2005 y Mayo de 2006 y encuentran que el 61% de la muestra estaban solteros.

Otros investigadores, refieren porcentajes más elevados en sujetos con pareja estable, así:

Sánchez y Arroyo, (1979), realizan un estudio en el Hospital Clínico de Granada sobre una muestra de 74 pacientes ingresados por conducta parasuicida y que el 51% de los sujetos tenían pareja frente al 49% sin pareja.

Canetto y Sakinofsky, (1998), consideran que el tener hijos a cargo es un factor de protección frente a los comportamientos suicidas.

Menéndez, (2003), estudia el perfil evolutivo de los parasuicidios en la Isla de Tenerife y refiere el estado civil casado como un factor protector frente a esta conducta.

Vázquez, et al. (2006), realizan una valoración de los intentos autolíticos atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general y refieren que el perfil del paciente es el de una mujer casada.

### **V1.1.5.- SOPORTE FAMILIAR**

La situación psicológica de aislamiento (alejamiento conyugal, migración, etc.) aumenta el riesgo de tentativa suicida. De manera que circunstancias como vivir sólo, estar ingresado en un hospital, en la cárcel, etc. elevarían las posibilidades de realizar este tipo de conducta.

Existen datos consistentes de que la disfunción familiar podría ser un factor favorecedor del comportamiento suicida. Un estudio epidemiológico que ha evaluado a 12.500 sujetos de cinco países europeos (Reino Unido, Irlanda, España, Noruega y Finlandia) señala el aislamiento como uno de los factores asociados a la presencia de ideas suicidas en la población que se repite en todos los países europeos (Ayuso et al. 2006).

En el presente estudio, el 69,7% de la muestra vivía con familia ya fuera de origen o propia. Si se compara con la población general, los sujetos que viven con familia de origen y en Instituciones están representados en un porcentaje superior en la muestra estudiada, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas.

Diversos autores que han estudiado este tipo de conductas aportan datos variados a este respecto, mostrando tasas similares a las del presente estudio, así:

Gómez, et al. (1995), encuentran en pacientes ingresadas por tentativa de suicidio que obtienen menores puntuaciones en depresión, desesperanza, ideación suicida y severidad del intento, cuanto mayor es el apoyo social.

Lozano, et al. (2003), realizan un estudio descriptivo del parasuicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Princesa en Madrid y encuentran un 61,9% que vivían dentro de una estructura familiar.

Hjdelmeland, (2004), estudia el comportamiento suicida en Noruega y encuentra un 25,1% que vivían solos en el grupo de las mujeres, y un 35,2% en el grupo de los hombres.

Duany y Hernández, (2006), estudian las tentativas de suicidio en mujeres de edad mediana en el Hospital “Salvador Allende” de la Habana y refieren que el 68% de las tentativas de suicidio convivían en el seno de familia nuclear.



Vázquez, et al. (2006), realizan una valoración de los intentos autolíticos atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general y refieren que el perfil del paciente es el de una mujer casada que convive con su familia primaria.

Díaz, (1998), estudia 176 casos de intentos de suicidio valorados en un Servicio de Urgencias en Madrid y refiere unas tasas del 91% de sujetos que vivían en el seno de una familia ya sea propia o de origen.

Fernández, (2001), estudia las características de las conductas suicidas en pacientes ingresados en una Unidad Psiquiátrica y refiere una tasa del 80% de sujetos que viven con familia.

Martín, (2004), estudia el perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa de la Comunidad de Madrid y refieren unas tasas del 85,3% de sujetos que vivían con familia.

Pérez, et al. (2006), realizan un estudio descriptivo de pacientes que fueron atendidos por autolesiones en el servicio de urgencias de psiquiatría del Hospital de Sant Pau entre Septiembre de 2005 y Mayo de 2006 y refieren que el 91% de los sujetos estudiados vivían acompañados.

Otros investigadores han encontrado que las tasas mas elevadas corresponden a sujetos carentes de estructura familiar:

Martínez e Hinojal, (1989); y Kerkhof y Benasco, (1990), encuentran una mayor incidencia de conductas suicidas en población reclusa que en la población general, sobre todo en el primer período de confinamiento.

Hintikka, et al. (1998b), señalan un aumento de la ideación suicida en pacientes que no tienen cerca personas con las que hablar.

Yoder, (1999), refiere, que en jóvenes sin hogar que habían realizado una tentativa de suicidio, aparecían 5 variables como favorecedoras de las mismas, a saber: baja autoestima, depresión, abuso físico, abuso sexual y realización de una tentativa por un amigo.

Schmidtke et al. (2004) en el estudio WHO/EURO observan una mayor incidencia de tentativas en hombres y mujeres carentes de soporte familiar (solteros, divorciados y viudos).

Taiminen, et al. (1996), refieren tasas mas elevadas en los sujetos que viven solos

Holley, et al. (1998), refieren predominio de sujetos que viven solos frente a sujetos que viven con familia.

Salander, et al. (2004), estudian el comportamiento suicida en Suecia y encuentra una tasa del 43,8% de sujetos que realizan una tentativa de suicidio y que viven solos.

Van Heeringen, et al. (2004), estudian los comportamientos suicidas en Bélgica y encuentran que el 64,8% de los individuos a estudio carecían de soporte familiar.

Fekete, et al. (2005), realizan un estudio epidemiológico retrospectivo, observando las diferencias entre sexos en las tentativas de suicidio en Hungría y refieren una mayoría entre hombres que viven solos.

Gómez, et al. (2006), realizan un estudio retrospectivo de dos años de evolución de pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Central Universitario de Valladolid tras intento autolítico y refieren que el mayor porcentaje de intentos autolíticos se dio entre sujetos con problemas familiares.

### VI.1.6.- NIVEL EDUCATIVO

En general, se considera que el nivel educativo no tiene un papel determinante en el comportamiento suicida. No obstante, lo cierto es que en la mayoría de los estudios se encuentra un nivel educativo más bajo en las personas que intentan o consuman el suicidio (Bobes, et al. 2004).

En los datos encontrados en el presente estudio, los sujetos con estudios primarios están más representados que en la población general, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas tanto en hombres como en mujeres.

Los datos obtenidos son similares a los encontrados por otros autores:

Vizán, (1991), estudia los factores de riesgo en la conducta suicida atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, y encuentra un perfil de sujetos con bajo nivel de escolarización.

Seijo, (1995), en su estudio sobre tentativas de suicidio en la adolescencia refiere unas tasas del 48% de sujetos adolescentes con estudios primarios, y el resto 52% con estudios medios.

Schmitdke, et al. (1996), refieren que cerca del 60% de las tentativas de suicidio fueron realizadas por sujetos de bajo nivel educativo, frente a un 12-13% de tentativas de suicidio en personas con un alto nivel de estudios.

Hermida, (1997), estudia las características psicosociales de las intoxicaciones agudas en el ámbito hospitalario y refiere una mayoría de sujetos con nivel de estudios primarios.

Díaz, (1998), estudia 176 casos de intentos de suicidio valorados en un Servicio de Urgencias en Madrid y encuentra tasas del 48% de sujetos con estudios primarios, 32% con estudios medios, y 20% con estudios superiores.

Cubrin, LeClere, y Smith, (2000), refieren que el riesgo de suicidio en los jóvenes con menos de 9 años de estudios, aumenta hasta el 160% en comparación con el de los de mayor nivel educativo.

Fernández, (2001), estudia las características de las conductas suicidas en pacientes ingresados en una Unidad Psiquiátrica y refiere unas tasas del 65% de sujetos con estudios primarios, 31% de sujetos con estudios medios, y 4% de sujetos con estudios superiores.

Lozano, et al. (2003), realizan un estudio descriptivo del parasuicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Princesa en Madrid y refieren una tasa del 78,3% de sujetos con estudios primarios y Formación Profesional.

Jiménez, (2003), refiere, que en un trabajo del grupo de Baca-García en Madrid encontraron que el 34% de las tentativas de suicidio tenían estudios primarios.

Salander, et al. (2004), estudian los comportamientos suicidas en Suecia y encuentran que las tasas más elevadas de sujetos que realizan una tentativa de suicidio se daba en individuos con estudios primarios (44,8%).

Hjeldemeland, (2004), estudia el comportamiento suicida en Noruega y encuentra tanto para el grupo de hombres como de mujeres una tasa del 45% que tenían estudios primarios.

Martín, (2004), estudia el perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa de la Comunidad de Madrid y refiere un 17,6% de sujetos sin estudios y un 50% con estudios de enseñanza primaria.

Van Heeringen, et al. (2004), estudian los comportamientos suicidas en Bélgica y encuentran que el 82,7% de los sujetos que habían realizado alguna tentativa de suicidio, tenían estudios primarios.

Duany y Hernández, (2006), estudian las tentativas de suicidio en mujeres de edad mediana en el Hospital “Salvador Allende” de la Habana y encuentran que el 40% de las tentativas de suicidio tenían escolaridad secundaria.

---

### VI.1.8.- ACTIVIDAD LABORAL

La relación entre conducta suicida y desempleo ha sido comprobada en numerosas ocasiones, coincidiendo en señalar la existencia de una relación entre las conductas suicidas y diversos marcadores socioeconómicos, entre los que destaca el desempleo, la duración del mismo o la clase social de pertenencia (Bobes, et al. 2004). A pesar de que el desempleo se asocia a las tentativas de suicidio serias tanto en hombres como en mujeres, el riesgo atribuible es sólo del 7,3%, lo que sugiere que la situación de desempleo contribuye en una pequeña medida al desencadenamiento del acto suicida, siendo por tanto fuente de controversia como factor de riesgo.

Los datos del presente estudio muestran como grupo más numeroso los sujetos económicamente activos con una tasa del 38,5%. Cuando se realiza la comparación con población general, en los hombres, el grupo de sujetos inactivos está más representado en la muestra estudiada. En las mujeres son las económicamente activas y las inactivas las que se encuentran más representadas, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas.

Los datos del presente estudio son similares a los encontrados por otros autores:

Schmitdke, et al. (1996), señalan que entre los individuos activos laboralmente, un 32% de los varones y un 23% de las mujeres se encontraban en situación de desempleo.

Martínez, et al. (1988), realizan un estudio sobre tentativas suicidas en 499 sujetos y encuentran que el 50% de la muestra estaba constituida por sujetos sin prestaciones económicas (estudiantes, amas de casa, parados).

Seguí, (1989), estudia la situación laboral en 140 sujetos que presentaban conductas autolíticas y encuentra que el 48% se encuentran sin percibir prestaciones económicas.

Vizán, et al. (1994), refieren en su estudio sobre 100 pacientes en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias una tasa del 36% de sujetos inactivos laboralmente y sin percibir prestaciones económicas.

Hermida, (1997), estudia las características psicosociales de las intoxicaciones agudas en el ámbito hospitalario y refiere un predominio de sujetos en situación laboral de desempleo.

Díaz, (1998), estudia 176 casos de intentos de suicidio valorados en un Servicio de Urgencias en Madrid y encuentra una tasa del 38% de estudiantes y amas de casa.

Fernández, (2001), estudia las características de las conductas suicidas en pacientes ingresados en una Unidad Psiquiátrica y refiere unas tasas del 26% de sujetos desempleados y del 45% de sujetos inactivos.

Ostamo, et al. (2001), estudian las tentativas de suicidio en Finlandia y refieren que durante el período comprendido entre 1989 y 1994 las tasas de tentativas de suicidio entre sujetos desempleados eran 12 veces superiores al de los sujetos con empleo estable.

Lozano, et al. (2003), realizan un estudio descriptivo del parasuicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Princesa en Madrid y encuentran que el 39,7% de la muestra se encuentra activo laboralmente.

Osvath, et al. (2003), estudian los factores principales de repetición de las tentativas de suicidio en Europa y refieren que el riesgo más elevado de repetición de la tentativa de suicidio se daba en sujetos en paro o económicamente inactivos.

Salander, et al. (2004), estudian los comportamientos suicidas en Suecia y refieren que el 46.9% de los sujetos que habían realizado una tentativa de suicidio se encontraban inactivos económicamente.

Hawton, et al. (2004), realizan un estudio comparativo de las características de los pacientes que realizan una tentativa suicida mediante venoclisis y autoenvenenamiento en un Hospital General de Reino Unido durante un período de 23 años y refieren que el 48% de los sujetos que realizaron una tentativa suicida utilizando como método para la misma la venoclisis se encontraban desempleados, mientras que los que utilizaron como método suicida el autoenvenenamiento representaban el 29%.



Hjeldemeland, (2004), estudia el comportamiento suicida en Noruega y encuentra la tasa más elevada de tentativas de suicidio (52,4%) en el grupo de las mujeres inactivas económicamente, siendo del 38,2% en el mismo grupo de los hombres.

Martín, (2004), estudia el perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa de la Comunidad de Madrid y refiere que el 46,2% de los sujetos se encontraba en situación de desempleo (estudiantes, amas de casa, etc.).

Van Heeringen, et al. (2004), estudian el comportamiento suicida en Bélgica, y encuentran una tasa de 49,8% de sujetos inactivos económicamente (amas de casa, estudiantes, retirados).

Fekete, et al. (2005), realizan un estudio epidemiológico retrospectivo, observando las diferencias entre sexos en las tentativas de suicidio en Hungría y refieren una mayoría entre mujeres jubiladas o económicamente inactivas, en tanto que los hombres se encontraban en situación de paro.

Duany y Hernández, (2006), estudian las tentativas de suicidio en mujeres de edad mediana en el Hospital “Salvador Allende” de la Habana y refieren que el 73% de las tentativas de suicidio tenían actividad laboral.

Gómez, et al. (2006), realizan un estudio retrospectivo de dos años de evolución de pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Central Universitario de Valladolid tras intento autolítico y refieren que el mayor porcentaje de intentos autolíticos se dio entre sujetos con problemática laboral subyacente.

Vázquez, et al. (2006), realizan una valoración de los intentos autolíticos atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general y refieren que el perfil del paciente es el de una mujer casada que trabaja fuera de casa.

Pérez, et al. (2006), realizan un estudio descriptivo de pacientes que fueron atendidos por autolesiones en el servicio de urgencias de psiquiatría del Hospital de Sant Pau entre Septiembre de 2005 y Mayo de 2006 y refieren que el 35% estaban en situación de paro y el 34% eran pensionistas, estudiantes o amas de casa.

### **VI.1.9.- CONCEJO DE RESIDENCIA**

Durkheim, (1985), afirmaba que las conductas suicidas aumentaban con la urbanización. Las tasas de tentativas suicidas son más elevadas en las áreas urbanas, y estas son aún más altas cuanto mayor es el número de habitantes de la ciudad, de manera que las tasas de suicidio tienden a ser proporcionales al tamaño de la ciudad (González, et al. 1997).

En el presente estudio, el 63,4% de la muestra residen en zona urbana, existiendo una mayor proporcionalidad si se compara con la población general, observando diferencias significativas entre dichos grupos.

Estos datos resultan coincidentes con los publicados por la gran mayoría de investigadores que han realizado estudios de población urbana-rural, refiriendo en todos ellos que la mayoría de sujetos que residen en la zona urbana, realizan mayor cantidad de tentativas suicidas, así:

Carbajosa, et al. (1980), realizan un estudio sobre tentativas de suicidio en el Principado de Asturias y refieren una tasa del 75% de pacientes que residen en la zona urbana.

Hawton & Catalán, (1990), afirmaban que la tentativa de suicidio es un comportamiento más frecuente en las zonas urbanas y en áreas de deprivación social y sobrepoblación.

Díaz, (1998), estudia 176 casos de intentos de suicidio valorados en un Servicio de Urgencias en Madrid y encuentra una tasa del 90,9% de sujetos residentes en medio urbano.

Francisco, et al. (1999), estudian el perfil de los intentos de suicidio en el Servicio de urgencias del Hospital Xeral de Galicia y refieren que aproximadamente la mitad de los casos se distribuyen por igual en el medio urbano y rural.

Fernández, (2001), estudia las características de las conductas suicidas en pacientes ingresados en una Unidad Psiquiátrica y refiere unas tasas del 93,9% de sujetos que viven en zona urbana.

Salander, et al. (2004), estudian los comportamientos suicidas en Suecia, y encuentran que el 43,8% de los sujetos que habían realizado una tentativa de suicidio vivían en zonas urbanas.

---

#### V1.1.10.- CAMBIO DE RESIDENCIA DURANTE LA MONITORIZACIÓN

Se considera el cambio de residencia como uno de los factores estresantes en la vida de un individuo.

En el presente estudio, cambiaron de residencia durante el proceso de monitorización un 0,4%, aunque se carece de datos poblacionales para poder hacer comparaciones, lo que sí parece obvio, es la falta de especificidad de esta fuente, generadora de estrés, para la realización de tentativas de suicidio.

#### V1.1.11.- NACIONALIDAD

El lugar de nacimiento del individuo viene a demostrar de una manera “incorrecta” el reflejo de la emigración. La inmigración, unida al desarraigo y el aislamiento, supone un factor de riesgo de comportamientos suicidas, aunque este riesgo disminuye cuando la emigración se hace con toda la familia. Esto se ha observado en las familias de emigrantes en las que se ha mantenido la misma tasa de suicidio de su país de origen durante las primeras generaciones, y parece apoyar la teoría de la integración social de Durheim, ya que la mayor capacidad de adaptación protege frente a este efecto suicidógeno de la emigración (Bobes, et al. 2004).

Además de la conservación del soporte familiar, el mantenimiento de las costumbres y tradiciones del país de origen, tiene un efecto protector, pues facilita la integración de emigrantes de una misma procedencia.

En el presente estudio, sólo un 4% de los sujetos a estudio eran extranjeros. Al comparar ambos grupos con la población general, no se encuentran diferencias significativas en los hombres, sin embargo al comparar el grupo de mujeres, se encuentra una diferencia estadística significativa, siendo la proporción de mujeres extranjeras superior a la del mismo grupo de población general.

Bayard, et al. (1999), describen un aumento de las tentativas de suicidio entre los emigrantes, posiblemente debido a que genera otros factores de riesgo, como el aislamiento, el desarraigo afectivo y el desempleo.

Bhugra, et al. (1999b), realizan un estudio comparativo en un barrio de Londres entre asiáticos con tentativas suicidas y sin ellas. Refieren que los primeros tienen mayor porcentaje de enfermedad mental, tentativas previas y desempleo, pero también habían cambiado de religión y tenían parejas de otra cultura.

Ponizovsky y Ritsner, (1999), estudian a sujetos judíos que habían emigrado de la ex Unión Soviética (lugar de origen) a Israel, comparándolos con los que se quedaron; los primeros presentan una tasa de tentativas de suicidio del 5,5% (5 veces superior que los no emigrantes).

---

## VI.2.- VARIABLES RELACIONADAS CON LA TENTATIVA SUICIDA.

### VI.2.1.- HORA

La franja horaria correspondiente a la tarde y noche, con independencia de la gravedad de la tentativa, del género, o de la repetición, es mayoritariamente la más prevalente en las tentativas de suicidio, y la preferida sobre todo en los Trastornos Mentales Orgánicos, sujetos dependientes de sustancias psicoactivas, Trastornos Neuróticos y de la Personalidad.

Algunos autores sugieren que en el horario pueden influir posiblemente los ritmos circadianos biológicos, puesto que en las horas de la tarde y primeras de la noche, los niveles de serotonina están más bajos (Caracciolo, et al. 1996).

En el presente estudio, el mayor porcentaje de sujetos (51,8%) eligió el período de la tarde (15 a 0 horas) para realizar la tentativa suicida, existiendo una pequeña diferencia en función del sexo, así los hombres eligieron la tarde en un 49,8% y la mañana en un 27,8%, mientras que en el grupo de las mujeres el 53,1% eligió la tarde y el 24,1% el horario de la mañana. Estas cifras son coincidentes con la mayoría de los trabajos revisados, así:

Evangelista y Benavente, (1983) refieren que la mayor concentración de conductas suicidas se da entre las 14 y las 18 horas en las mujeres y entre las 18 y las 22 horas en los varones.

Gallego, et al. (1993), realizan un estudio con un grupo de sujetos con conductas suicida y refieren que la mayor frecuencia de asistencia al Servicio de Urgencias se observa en el período comprendido entre las 13 y las 16 horas y entre las 22 y las 23 horas.

Sánchez, (1994), realiza un estudio sobre el suicidio en el partido judicial de Grado (Asturias) y encuentra que el 46% de los sujetos habían elegido el horario de la tarde.

Seijo, (1995), en su estudio sobre tentativas de suicidio en la adolescencia destaca el acumulo de tentativas suicidas 83 % en el período que va desde las 12 hasta las 24 horas.

Francisco, et al. (1999), estudian el perfil de los intentos de suicidio en el Servicio de urgencias del Hospital Xeral de Galicia y refieren que la mayor frecuentación en el servicio de urgencias era entre las 13-16 horas y las 22-23 horas.

Arcos, et al (1999), realizan un estudio epidemiológico de las intoxicaciones en el Hospital comarcal Infanta Margarita de Cabra (Córdoba) y encuentran que el horario de mayor ingreso en varones son las horas de madrugada, mientras que en las mujeres era entre las 16 y las 24 horas.

Riquelme, et al. (1999), estudian las intoxicaciones agudas en la Isla de la Palma y encuentran que el 45% de los casos ocurrieron en horario nocturno y el 39% por la tarde.

---

Fernández, (2001), estudia las características de las conductas suicidas en pacientes ingresados en una unidad de psiquiatría y refiere que la mayoría de las tentativas se realizan entre las 18 horas y las 2 horas, observándose un segundo pico desde las 10 hasta las 15 horas.

### V1.2.2.- DIA DE LA SEMANA

Los días de la semana son objeto de discusión entre los investigadores, ya que tanto en el estudio multicéntrico europeo (Jessen, et al. 1999) como en otras culturas (Ho, et al. 1998), encuentran para las tentativas los domingos como el día con el mayor pico, en tanto que los viernes sería el más bajo, aunque esto sólo sería válido para las mujeres, concentrándose después de días vacacionales señalados, como la Navidad, y no antes.

En el presente estudio hemos agrupado los días de la semana en dos bloques, el primero abarcaría los primeros días de la semana (lunes, martes, miércoles y jueves) en tanto el segundo abarca el denominado “fin de semana” y que conlleva los días viernes, sábado y domingo.

Un 45% de los sujetos estudiados habían realizado la tentativa de suicidio en los días de la semana, en tanto que el 55% la habían realizado los días de fin de semana, cifras coincidentes con la mayoría de los investigadores, así:

Martínez García, et al. (1988), refieren que la frecuencia por días de semana presenta una distribución de un mínimo de los jueves y un máximo en los lunes.



Gallego, et al. (1993), realizan un estudio con un grupo de sujetos con conductas suicida y refieren que los días sábado, domingo y lunes aparecen como los días de mayor incidencia.

Sánchez, (1994), realiza un estudio sobre el suicidio en el partido judicial de Grado (Asturias) y encuentra que el 52% de los sujetos habían elegido los días de fin de semana para llevar a cabo su conducta suicida

Francisco, et al. (1999), estudian el perfil de los intentos de suicidio en el Servicio de urgencias del Hospital Xeral de Galicia y refieren que los días de mayor incidencia fueron los sábados, domingos y lunes.

Jiménez, (2003), realiza un estudio de las tentativas autolíticas atendidas en el área sanitaria de Talavera de la Reina durante un periodo de 9 años y no encuentra diferencias estacionales ni entre los días de la semana, salvo en tentativas relacionadas con problemas de pareja, más frecuentes los domingos.

Pastor, (2004), estudia los intentos de suicidio atendidos por un servicio de urgencias extrahospitalarias en la Provincia de Ciudad Real y refiere que los días de la semana de mayor incidencia son domingos y lunes con 20.8% y 19% respectivamente en el caso de las mujeres, y en los días centrales de la semana el predominio es de los hombres.

### VI.2.3.- ESTACIONALIDAD

Las variaciones estacionales en las tentativas de suicidio se han divulgado en muchos países. Investigaciones recientes han sugerido que los patrones estacionales entre las tentativas y los suicidios consumados no son iguales.

Para la mayoría de los investigadores que estudian las tentativas de suicidio, estas, son más bajas durante los meses de invierno, incrementándose hasta la primavera y con picos en mayo y Junio.

En otras culturas los picos de tentativas que ingresan en hospitales (excluyen intoxicaciones por alcohol) se ven durante los meses de junio, agosto y septiembre, relacionando estos dos últimos meses con factores culturales-religiosos, ya que las fiestas serían factores de riesgo para las sociedades con poco soporte familiar y social, mientras que resultarían protectoras donde existe dicho soporte, puesto que favorecerían la reunión con los suyos (Ho, et al. 1998).

En el presente estudio no hemos encontrado ninguna diferencia estacional, si acaso una pequeña elevación tanto en los hombres como en las mujeres durante el período estival (Julio, Agosto y Septiembre 28%).

Martínez García et al. (1988) refieren que la distribución por meses del año, apunta hacia un predominio de los meses de Abril y Octubre.

Gallego et al. (1993) realizan un estudio con un grupo de sujetos con conductas suicida y encuentran un incremento de este tipo de conductas en los meses de Febrero, Mayo y Junio.

Sánchez, R. (1994) realiza un estudio sobre el suicidio en el partido judicial de Grado (Asturias) y refiere que los meses de mayor incidencia son Abril, Mayo y Octubre (12.08%).

Fernández Astid, C. (1994) en su estudio sobre el suicidio consumado en Madrid capital, refiere que los meses que se corresponde con la primavera, es decir, Abril, Mayo y Junio son los que presentan una mayor tasa (28%).

Ribes, J. (1995) realiza un estudio epidemiológico de las tentativas de suicidio en la ciudad de Valencia y su área metropolitana, encontrando que el 13% de los pacientes realizaron una repetición de la tentativa, produciéndose ésta principalmente en el primer trimestre del primer año tras la tentativa.

Duce, S. et al. (1998) estudian las intoxicaciones medicamentosas voluntarias atendidas en el Servicio de urgencias del Hospital de Móstoles y encuentran que el mayor número de consultas se produjo en Noviembre (12.4%), y el menor en agosto (5.7%).

Francisco, J.C. et al. (1999) estudian el perfil de los intentos de suicidio en el Servicio de urgencias del Hospital Xeral de Galicia y

encuentran que aparece un incremento en los meses de Febrero, mayo y Junio.

Fernández, C. (2001) estudia las características de las conductas suicidas en pacientes ingresados en una Unidad Psiquiátrica y refiere los meses de Mayo (14.3%), Junio (18.4%) y Julio (18.4%) como aquellos en los que se produce un mayor número de tentativas, seguidos del mes de Diciembre (10.2%).

Jiménez, D. (2003) realiza un estudio de las tentativas autolíticas atendidas en el área sanitaria de Talavera de la Reina durante un periodo de 9 años y no encuentra diferencias estacionales entre los días de la semana, salvo en las tentativas relacionadas con problemas de pareja, más frecuentes los domingos.

Yip, P. et al. (2004) realizan un estudio comparativo de la variación estacional entre las muertes por suicidio y los intentos de suicidio en Hong- y refieren que detectaron una variación estacional significativa en las tentativas con un modelo marcadamente bi estacional entre las mujeres con un pico en mayo y octubre; solamente se observó un patrón cíclico para los hombres con un pico en verano. Las mujeres que intentaron el suicidio en Octubre utilizaron métodos no violentos.

Van Heeringen, C. et al. (2004) estudian el comportamiento suicida en Bélgica, y refieren que las tasas más elevadas de tentativas de suicidio se produjeron durante los meses de Marzo y Octubre, siendo las más bajas, los meses de Febrero, Agosto y Diciembre.

Valenciano, et al. (2006) realizan un análisis de los gestos autolíticos atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General Universitario de

Guadalajara (España) y encuentran una mayor incidencia en las estaciones de invierno y primavera.

### VI.2.4.- METODO EMPLEADO

Los métodos utilizados en las tentativas de suicidio suelen ser métodos “blandos” (sobredosis de fármacos y cortes o incisiones en las flexuras de las manos), lo que indicaría la ambivalencia existente en esos momentos.

Los datos del Estudio Multicéntrico WHO/EURO (Schmidtke, et al. 1996) ponen de manifiesto que, a pesar de ciertas diferencias entre países, la sobredosis mediante psicofármacos es el método utilizado con mayor frecuencia (80% de las mujeres y 64% de los hombres, seguido de los cortes (17% de los hombres y 9% de las mujeres).

La intoxicación medicamentosa es el método más utilizado en el presente estudio, 74,8% de los sujetos estudiados habían realizado la tentativa suicida a través del autoenvenenamiento por intoxicación medicamentosa, resultados coincidentes con el resto de estudios, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario.

Sánchez y Arroyo (1979) realizan un estudio en el Hospital Clínico de Granada sobre una muestra de 74 pacientes ingresados por conducta parasuicida y encuentran que el 84% de la muestra habían ingerido medicamentos psicótrpos.

Carbajosa et al. (1980) realizan un estudio sobre tentativas de suicidio en el Principado de Asturias y destacan con gran diferencia sobre

el resto de modalidades la intoxicación medicamentosa, encontrando una sustancial diferencia entre sexos, así, en los varones constituía el 55,2% de todos los casos, siguiéndole en orden de importancia la utilización de arma blanca (15,78%) mientras en las mujeres la autointoxicación medicamentosa constituía el 86,6%, seguida de la utilización de arma blanca en el 6,6% de los casos.

Martínez, J. et al. (1988) evalúan 499 casos de tentativas de suicidio y refieren que el 95% de los casos había optado por la utilización de fármacos, siendo los más prevalentes (56%) los psicótopos.

Chiu, (1989) realiza un estudio en el Hospital General de Hong Kong sobre 295 sujetos con conductas parasuicidas y encuentra que el tipo de sustancia ingerida fue del 22% de sedantes e hipnóticos; 34% de productos químicos para uso doméstico, 6% analgésicos y 12% de otro tipo de sustancias.

Gallego et al. (1993) estudian una muestra de 145 sujetos con conducta parasuicida y encuentran que en el 80% de los casos se utilizó el autoenvenenamiento con fármacos, siendo los más utilizados los ansiolíticos (40%) en las mujeres y (51%) en los varones.

Figuerido-Poulain et al. (1994) estudian una muestra de 133 sujetos con conducta parasuicida durante el año 1993, encontrando que la utilización de psicótopos se daba en el 40,2% de los casos.

Seijo, J. (1995) en su estudio sobre tentativas de suicidio en la adolescencia refiere que la autointoxicación medicamentosa fue el método o procedimiento suicida más empleado 79,6%.

Hermida, I. (1997) estudia 999 casos de intoxicación aguda atendidos durante el período de un año (1 enero-31 de diciembre, 1995) en un hospital de tercer nivel y refiere que predominaron las intoxicaciones voluntarias sobre las accidentales, y entre las primeras fueron más frecuentes las debidas a sobredosis por benzodiazepinas.

Díaz Sastre, C. (1998) estudia 176 casos de intentos de suicidio valorados en un Servicio de Urgencias en Madrid y encuentra que el 78,4% de los sujetos había utilizado fármacos.

Duce, S. et al. (1998) estudian las intoxicaciones medicamentosas voluntarias atendidas en el Servicio de urgencias del Hospital de Móstoles y refieren que los medicamentos más comúnmente utilizados habían sido las benzodiazepinas (46,4%), seguidos de los analgésicos (38,7%).

Riquelme, A. et al. (1999) estudian las intoxicaciones agudas en la Isla de la Palma y encuentran que las intoxicaciones por fármacos 47% y por drogas de abuso (47%) fueron las más frecuentes. Los fármacos más frecuentes eran las benzodiazepinas.

Francisco, J.C. et al. (1999) estudian el perfil de los intentos de suicidio en el Servicio de urgencias del Hospital Xeral de Galicia y refieren que el 80,9% utilizaron métodos no cruentos, de los que la gran mayoría correspondieron a ingesta medicamentosa, correspondiendo un 19 % de los sujetos los que utilizaron métodos cruentos.

Jiménez, D. (2003) realiza un estudio de las tentativas autolíticas atendidas en el área sanitaria de Talavera de la Reina durante un periodo de 9 años y refiere que el método más frecuente fue la intoxicación medicamentosa (78,6 %), seguido de los instrumentos cortantes (9,5 %).

Osvath y Fekete (2003) estudian las características de los sujetos que realizan tentativas de suicidio y la opción del método que utilizan en la misma. Entre los métodos de suicidio el más frecuente era la sobredosis, seguido de la venoclisis y más raras veces la asfixia. En las sobredosis los más utilizados fueron los psicótrpos (benzodiazepinas 75%).

Bille-Brahe y Andersen (2004) estudian el comportamiento suicida en Dinamarca y refieren que el método más frecuente fue el autoenvenenamiento (70% en el grupo de los hombres y 80,1% en las mujeres), seguido de la venosección (22,6% en los hombres y 15,3% en las mujeres).

Pastor, G. (2004) estudia los intentos de suicidio atendidos por un servicio de urgencias extrahospitalarias en la Provincia de Ciudad Real y refiere que las mujeres eligen para la tentativa preferentemente los fármacos en un 90,1% en tanto que los varones que eligen los fármacos representan el 63,2%.

Hjeldemeland, H. (2004) estudia el comportamiento suicida en Noruega y refiere que el 87,9% de las mujeres eligió como método para la tentativa el autoenvenenamiento acompañado de consumo de alcohol (31%), en tanto que en los hombres la tasa fue del 73,3% acompañado de consumo de alcohol (35,7%).



Douglas, J. et al. (2004) realizan un estudio sobre las autolesiones intencionadas “casi fatales” y encuentran que el método más común de autolesión fue el envenenamiento.

Martín, B. (2004) estudia el perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa de la Comunidad de Madrid y encuentran que el método más utilizado es la intoxicación medicamentosa (59,6%).

Van Heeringen, C. et al. (2004) estudian el comportamiento suicida en Bélgica y encuentran que el 86,7% de las tentativas suicidas utilizaron el autoenvenenamiento como método elegido.

Ostamo y Lönnqvist (2004) estudian las tentativas de suicidio en Finlandia y encuentran que el 81,6% de los hombres y el 90,9% de las mujeres habían empleado como método para la tentativa de suicidio el autoenvenenamiento, seguido de la venosección.

O’Loughlin y Sherwood (2005) realizan una revisión de 20 años (1981-2000) de sujetos con daños autoinflingidos en Inglaterra y refieren que el método más común utilizado tanto en hombres como en mujeres era el autoenvenenamiento, aunque los hombres utilizaron en mayor proporción la venoclisis

Fekete, et al. (2005) realizan un estudio epidemiológico retrospectivo, observando las diferencias entre sexos en las tentativas de

suicidio en Hungría y refieren que las mujeres utilizan mayoritariamente el método del autoenvenenamiento, sobre todo con benzodiazepinas, en tanto que los hombres utilizan mayoritariamente meprobamato o cabamazepina.

Doshi, A et al (2005) estudian las consultas por tentativa de suicidio en el Departamento de Emergencias de un Hospital Nacional durante el período 1997 a 2001 y refieren que el método más común (68%) fue el autoenvenenamiento, seguido del corte o perforación (20%)

Sudhir, C. et al. (2006) estudian las características de personas con elevados intentos suicidas admitidos en un Hospital general y refieren que el método elegido mayoritariamente entre los varones la inmolación.

Duany y Hernández (2006) estudian las tentativas de suicidio en mujeres de edad mediana en el Hospital “Salvador Allende” de la Habana y refieren que el método más utilizado en las tentativas de suicidio fue la ingestión de psicofármacos.

Gómez, R. et al. (2006) realizan un estudio retrospectivo de dos años de evolución de pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Central Universitario de Valladolid tras intento autolítico y refieren que el método empleado con mayor frecuencia fue la ingestión de psicofármacos, seguido de autolesiones con objetos cortantes, siendo los varones los que protagonizaron intentos de suicidio más violentos.

Vázquez, et al. (2006) realizan una valoración de los intentos autolíticos atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general y refieren que la intoxicación medicamentosa es el método mas empleado para intentar suicidarse.

Agudo et al. (2006) estudian las conductas parasuicidas en población inmigrante del área 11 de salud, atendidos en el Hospital 12 de Octubre de la Comunidad de Madrid y refieren que el método parasuicida utilizado fue la ingesta de psicofármacos (38%), aunque también fueron muy frecuentes las heridas por objetos cortantes (20%).

Valenciano, et al. (2006) realizan un análisis de los gestos autolíticos atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General Universitario de Guadalajara (España) y encuentran que el método empleado en la mayoría de los casos fue la intoxicación medicamentosa.

### **VI.2.6.- DERIVACIÓN TRAS EL ALTA**

Las urgencias psiquiátricas se han convertido en una parte integral de la atención en los servicios de urgencias de los hospitales generales, y su utilización por parte de los usuarios va en aumento. Jacobs (1983) considera que las metas de tratamiento de la atención psiquiátrica de

urgencias deben ser el alivio sintomático, el mantenimiento del tratamiento en curso, y la derivación y facilitación del tratamiento integral.

Resulta muy interesante el estudio de Schnyder et al. (1999) sobre las características de las urgencias psiquiátricas cuando el precipitante para la visita es una tentativa de suicidio, comparado con otras razones de admisión. Los pacientes con tentativa suicida estaban mejor integrados en la vida laboral y privada, eran más frecuentemente remitidos por otros, y otras personas significativas como parientes y amigos estaban más frecuentemente implicadas en la consulta, y, sin embargo, era significativamente más frecuente la hospitalización.

De esto se deduce la importancia de que los clínicos no deriven automáticamente a los pacientes con intentos de suicidio para tratamiento hospitalaria, sobre todo en pacientes de bajo riesgo y en intentos de baja letalidad (Schnyder et al. 1999).

En el presente estudio, el 60,7% de los pacientes estudiados fueron derivados al Centro de Salud Mental que les correspondía y el 18,6% fueron ingresados en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Central de Asturias.

Hermida, I. (1997) estudia 999 casos de intoxicación aguda atendidos durante el período de un año (1 enero-31 de diciembre, 1995) en un hospital de tercer nivel y refiere que el 12% de los sujetos precisaron ingreso hospitalario.

Cocaña, I. (1997) realiza un estudio sobre el análisis de los factores de riesgo de la conducta parasuicida y encuentra que el 47,2% de sujetos

fueron derivados a su centro de Salud Mental, el 21,1% no fueron remitidos a ningún dispositivo y el resto 31,7% a otros dispositivos (consulta externa, MAP, etc.).

Riquelme, A. et al. (1999) estudian las intoxicaciones agudas en la Isla de la Palma y refieren que el 12% de los intoxicados fueron ingresados en planta y el 5,8% en UCI.

Francisco, J.C. et al. (1999) estudian el perfil de los intentos de suicidio en el Servicio de urgencias del Hospital Xeral de Galicia y refieren que la mayoría de los pacientes fueron dados de alta a su domicilio (72,4%).

Jiménez, D. (2003) realiza un estudio de las tentativas autolíticas atendidas en el área sanitaria de Talavera de la Reina durante un periodo de 9 años y encuentra que en el 475% de los casos se indicó el ingreso..

Lozano, C. et al.(2003) realizan un estudio descriptivo del parasuicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Princesa en Madrid y refieren que el 54,9 % fueron derivados al CSM correspondiente, un 20,7 % fueron hospitalizados, el 18 % fueron derivados a su MAP y un 2,2 % no fueron derivados a ningún dispositivo.

Ostamo y Lönnqvist (2004) estudian las tentativas de suicidio en Finlandia y refieren que el 49,1% de los hombres y el 62% de las mujeres fueron derivados para tratamiento psíquico tras el alta hospitalaria.

Douglas, J. et al. (2004) realizan un estudio sobre las autolesiones intencionadas “casi fatales” y refieren que el 41 % de todos los casos de autolesiones no fueron derivados a otro dispositivo, sino a su casa.

Van Heeringen, C. et al. (2004) estudian el comportamiento suicida en Bélgica y refieren que el 69,6% de las tentativas de suicidio requirieron hospitalización en psiquiatría, en tanto que el 15,6% fueron derivados para tratamiento ambulatorio.

Martín, B. (2004) estudia el perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa de la Comunidad de Madrid y encuentran que la mayor parte de los pacientes pasan menos de 24 horas en el servicio de urgencias (el 85,3%). El 90,4% de los casos son derivados a atención especializada en salud mental: alrededor del 58% son derivados al Centro de Salud Mental y el 32,4% se deriva a la Unidad de Hospitalización.

Doshi, A et al. (2005) estudian las consultas por tentativa de suicidio en el Departamento de Emergencias de un Hospital Nacional durante el período 1997 a 2001 y refieren que el 31 % de los pacientes fueron derivados a la UCI.

Duany y Hernández (2006) estudian las tentativas de suicidio en mujeres de edad mediana en el Hospital “Salvador Allende” de la Habana y refieren que el 20,8% de las tentativas de suicidio requirieron ingreso en la Unidad de Psiquiatría.

Cobo, et al. (2006) estudian las tentativas de suicidio por autoapuñalamiento y/o venosección y refieren que al alta el 50% fueron derivados a su domicilio (no psicóticos), y el otro 50% fueron derivados a dispositivos de Salud Mental.

Agudo et al. (2006) estudian las conductas parasuicidas en población inmigrante del área 11 de salud, atendidos en el Hospital 12 de Octubre de la Comunidad de Madrid y refieren que un 33% de los pacientes fueron remitidos a Centros de Atención Primaria.

Valenciano, et al. (2006) realizan un análisis de los gestos autolíticos atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General Universitario de Guadalajara (España) y refieren que el mayor porcentaje de pacientes no requirió ingreso.

Pérez, R. et al. (2006) realizan un estudio descriptivo de pacientes que fueron atendidos por autolesiones en el servicio de urgencias de psiquiatría del Hospital de Sant Pau entre Septiembre de 2005 y Mayo de 2006 y refieren que el 40% de los sujetos fueron derivados a un dispositivo ambulatorio.

### **VI.2.6.- TENTATIVAS PREVIAS**

La prevalencia de los intentos autolíticos se encuentra entre el 0,7 y el 5,9% (Suokas et al. 2001). La existencia de antecedentes personales de intentos autolíticos en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado

(Ros Montalban, 1997; Mann et al. 1999). En el meta-análisis de Harris, encuentran que las personas con intentos autolíticos previos tienen 40 veces más de riesgo de suicidio que la población general.

Otros autores, (Isometsä, 1998) lo consideran un indicador de riesgo de limitada sensibilidad, ya que una proporción significativa de los suicidios consumado en su estudio habían muerto en su primer intento, siendo esta proporción mayor en los hombres (62% frente al 38% en mujeres). El 82% de aquellos que realizaron intentos previos y que consumaron el suicidio finalmente, cambiaron el método a otro más letal.

En nuestro estudio, el porcentaje de sujetos que habían realizado alguna tentativa suicida previa resultó ser del 35,5%, siendo el mayor número de ellas durante el año previo al estudio (30,7%), existiendo disparidad en los resultados obtenidos por otros autores, así.

Nielsen et al. (1990) recogen información del estado físico, mental y social de 207 pacientes que fueron admitidos en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Odense (Dinamarca) durante el espacio comprendido entre 1 de Octubre de 1980 y 20 de Abril de 1981, realizando un seguimiento posterior de 5 años. Encuentran que el 52% de los sujetos habían realizado al menos uno o más intentos de suicidio en dicho período.

Gómez et al. (1995) realizan un estudio de investigación sobre una muestra de 127 mujeres que habían presentado conductas autolíticas y encuentran que el 58,3% de las pacientes habían presentado tentativas anteriores.



Díaz Sastre, C. (1998) estudia 176 casos de intentos de suicidio valorados en un Servicio de Urgencias en Madrid y encuentra que el 62% de la muestra tenía tentativas previas, y de ellos, el 40% dentro del año anterior.

Fernández, C. (2001) estudia las características de las conductas suicidas en pacientes ingresados en una Unidad Psiquiátrica y refiere una tasa del 67,3% de sujetos que habían cometido tentativas previas.

Osvath, P. et al. (2003) estudian los factores principales de repetición de las tentativas de suicidio en Europa y refieren que más de la mitad de los sujetos que realizaban tentativas de suicidio habían hecho una tentativa anterior.

Salander, E. et al. (2004) estudian el comportamiento suicida en Suecia, y encuentran que el 42,3% de los sujetos que habían realizado una tentativa de suicidio, ya lo había intentado previamente.

Martín, B. (2004) estudia el perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa de la Comunidad de Madrid y encuentran que el 55,1% de los sujetos a estudio habían realizado tentativas previas.

Bille-Brahe y Andersen (2004) estudian el comportamiento suicida en Dinamarca, y encuentran que el 56% de los sujetos que habían realizado una tentativa de suicidio, tenían antecedentes de tentativas previas.

Corcorán, P. et al. (2004) realizan un estudio sobre los suicidios y las tentativas de suicidio en Irlanda, y refieren que el 51% de los hombres y

el 54% de las mujeres a estudio habían realizado una tentativa suicida durante el último año, el 34% de los hombres y el 27% de las mujeres habían realizado una tentativa de suicidio hacía más de un año, y el 16% de los hombres y el 16% de las mujeres, habían realizado una tentativa suicida aunque la fecha era un dato desconocido.

García-Albea, J. et al. (2006) estudian los intentos de suicidio en la urgencia psiquiátrica de un hospital general y refieren que de un total de 109 sujetos con tentativa de suicidio el 53,9% había realizado un intento previo.

Otros autores, refieren porcentajes inferiores a los encontrados en el presente estudio,

Díaz Suárez, J. (1990), en su estudio sobre el suicidio consumado en el partido judicial de Gijón durante el período 1975-1986, encuentra que el 22,6% de los sujetos habían realizado alguna tentativa de suicidio previa, y de ellos, el 47,6% en el año anterior a cometer el suicidio.

Sierra et al. (1994) realizan un estudio con 228 pacientes que acudieron al Hospital de La Paz (Madrid) durante el año 1992, tras realizar una tentativa autolítica. El 24% de la muestra presentaba tentativas previas.

Ribes, J. (1995) realiza un estudio epidemiológico de las tentativas de suicidio en la ciudad de Valencia y su área metropolitana, encontrando que el 13% de los pacientes realizaron una repetición de la tentativa, produciéndose ésta principalmente en el primer trimestre del primer año tras la tentativa.

Seijo, J. (1995) en su estudio sobre tentativas de suicidio en la adolescencia refiere que el 20,4% de los sujetos admitían la existencia de una tentativa previa.

Duce, S. et al. (1998) estudian las intoxicaciones medicamentosas voluntarias atendidas en el Servicio de urgencias del Hospital de Móstoles y refieren que el 28,3% de los sujetos a estudio habían tenido un único o varios intentos autolíticos previos.

Van Heeringen, C. et al. (2004) estudian los comportamientos suicidas en Bélgica, y refieren que el 17,9% de los sujetos a estudio tenían antecedentes de 1 tentativa anterior, y el 18,3% de dos o más tentativas.

Otros estudios refieren resultados similares a los obtenidos por nosotros, así:

Villasana et al. (1990), estudian 274 tentativas de suicidio atendidas en el Servicio de Urgencias en Vizcaya y toman una muestra de 57 pacientes obteniendo un 40% de ellos que tenían antecedentes de tentativa previa.

Vizán Ferrero et al. (1991) refieren en su estudio sobre 100 pacientes en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias una tasa del 36% con conductas autolíticas previas.

Cocaña, I. (1997) realiza un estudio sobre el análisis de los factores de riesgo de la conducta parasuicida y encuentra que el 38,14% de los sujetos habían presentado tentativas de suicidio previas.

Madoz, A. et al. (2000) estudian las tentativas de suicidio con contactos previos en el sistema de salud y refieren que el 41,1% había contactado con algún dispositivo sanitario en la última semana, y el 11% con más de un dispositivo asistencial.

Jiménez, D. (2003) realiza un estudio de las tentativas autolíticas atendidas en el área sanitaria de Talavera de la Reina durante un periodo de 9 años y refiere que el 46,6 % de los casos presentaban tentativas previas.

Lozano, C. et al. (2003) realizan un estudio descriptivo del parasuicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Princesa en Madrid y refieren que un 36,4% habían realizado una o dos tentativas previas.

Pastor, G. (2004) estudia los intentos de suicidio atendidos por un servicio de urgencias extrahospitalarias en la Provincia de Ciudad Real y refieren que el 34% de las mujeres y el 38,3% de los hombres tenían antecedentes de tentativas previas.

Corcoran, et al. (2004) estudian la incidencia y repetición de las tentativas de suicidio en Irlanda y refieren que una tentativa en los 12 meses precedentes, elevó enormemente el riesgo de repetición, en particular en las mujeres.

Gómez, R. et al. (2006) realizan un estudio retrospectivo de dos años de evolución de pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Central Universitario de Valladolid tras intento

autolítico y refieren que en la mayoría de los casos, los sujetos ya habían presentado algún gesto autolítico en los meses precedentes.

Cobo, et al. (2006) estudian las tentativas de suicidio por autoapuñalamiento y/o venosección y refieren que el 68% tenían antecedentes de intentos anteriores

### VI.2.7.- REPETICIÓN DE LA TENTATIVA

La repetición de la tentativa suicida se asocia a un riesgo creciente de suicidio tanto en hombres como en mujeres. La repetición de la tentativa podría ser el mejor indicador del riesgo en las mujeres, especialmente en mujeres jóvenes (Zahl, D. 2004).

Los intentos de suicidio suelen ser repetitivos (Feinstein y Plutchit, 1990). Existen autores que afirman que cuando el primer intento autolítico se realiza antes de los 25 años, la repetición es casi inevitable (Nyman y Jonson, 1986).

Hawton y Calatan, (1992) señalan que el primer año, especialmente los primeros seis meses, es el período de mayor riesgo, en tanto que Bancroft y Marsack, (1977) señalan que la repetición ocurre más frecuentemente dentro de los tres primeros meses.

López, B. et al. (1993) señalan que una tentativa de suicidio incrementa un 32% el riesgo de una tentativa posterior, y el riesgo de suicidio en estos sujetos es 100 veces superior al de la población general,

con una débil disminución del riesgo en el caso de una tentativa seria que haya entrañado una gran proximidad a la muerte.

Bousoño, M. et al. (1995), establecen en base a sus datos un perfil de alto riesgo de repetición de tentativa de suicidio, caracterizado por una edad superior a 25 años, presencia de altos o moderados niveles de distrés psicológico, puntuaciones elevadas en las escalas de Hamilton de ansiedad y depresión, historia previa de patología psiquiátrica y tratamiento psiquiátrico previo.

En nuestro estudio, hemos encontrado que 655 (40.1%) de los sujetos estudiados habían repetido la tentativa suicida durante el tiempo de monitorización, porcentajes similares a los referidos por otros autores, así:

Díaz, J. (1990) estudia el suicidio consumado en el partido judicial de Gijón en el período 1975-1986 y refiere que el 47,6% tenían tentativas previas dentro del año antes de producirse la muerte.

Gómez et al. (1995) estudian un grupo de 127 mujeres que habían realizado tentativa suicida y refieren que el 58% de las mismas eran repetidoras de intentos.

Schmidtke, (1996) en el estudio multicéntrico sobre trece países europeos, refieren que aproximadamente un 40% de los intentos de suicidio presentaban tentativas previas, y de ellas, el 15% habían ocurrido durante el año anterior.

Zahl, D. et al (2004) estudian la repetición de la autolesión deliberada y del riesgo subsecuente de suicidio a largo plazo de 11583 pacientes y encuentran que el 39% de los pacientes repitieron la tentativa.

Martín, B. (2004) estudia el perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa de la Comunidad de Madrid y refiere que el 55,1 % de los sujetos estudiados habían realizado alguna tentativa anteriormente.

Tejedor, C. (2006) en el Informe Anual de Salud de Barcelona, refiere que el 40% de las personas que se suicidan lo habían intentado anteriormente, siendo los principales factores que inciden en ello los Trastornos mentales que podrían haber aumentado debido a un aumento del consumo de opiáceos y sustancias tóxicas.

Otros investigadores refieren tasas menores a las encontradas por nosotros, así:

Nielsen et al. (1990) realizan un estudio de seguimiento de 207 pacientes con tentativas suicidas y encuentran que el 28% de los sujetos habían realizado al menos una tentativa suicida en el periodo de 5 años a posteriori.

Ribes, J. (1995) realiza un estudio epidemiológico de las tentativas de suicidio en la ciudad de Valencia y su área metropolitana, encontrando que el 13% de los pacientes realizaron una repetición de la tentativa, produciéndose ésta principalmente en el primer trimestre del primer año tras la tentativa.

Díaz Sastre, C. (1998) estudia 176 casos de intentos de suicidio valorados en un Servicio de Urgencias en Madrid y refiere que el porcentaje de la muestra con intención de repetir la tentativa ascendía al 28,4%.

Corcoran, et al. (2004) estudian la incidencia y repetición de las tentativas de suicidio en Irlanda y refieren que un 16% de los sujetos hizo una tentativa de repetición dentro del período de estudio, siendo la repetición menos común en las mujeres que en los hombres.

Hjelmeland, H. (2004) estudia el comportamiento suicida en Noruega y refiere una tasa del 20% de repeticiones tanto en el grupo de los hombres como en el de las mujeres.

Pastor, G. (2004) estudia los intentos de suicidio atendidos por un servicio de urgencias extrahospitalarias en la Provincia de Ciudad Real y encuentra que un 27,8% intenta el suicidio antes de los 3 meses tras el alta.

García-Albea, J. et al. (2006) estudian los intentos de suicidio en la urgencia psiquiátrica de un hospital general y refieren que el 8% de la muestra (109) en un período de 6 meses habían realizado dos tentativas de suicidio y un 2,1% más de tres.

García, C. et al. (2006) realizan un estudio observacional de las conductas suicidas en el Servicio de Urgencias de Psiquiatría del Hospital de Sant Pau y refieren que el 59% de los sujetos repetían el intento suicida.

Madre, et al. (2006) realizan un estudio epidemiológico de la conducta suicida entre 1969 y 2006, analizando 1515 tentativas de suicidio



asistidas en el Servicio de urgencias de Psiquiatría y refieren un aumento del número de pacientes que repiten el intento de autolisis (12% en la década de los años 70, al 59% en el año 2006).

### VI.2.8.- DIAS TRANSCURRIDOS ENTRE DOS TENTATIVAS

En nuestro estudio la media de tiempo transcurrido entre dos tentativas ha sido de 5,1 meses, cifra similar a la referida por otros autores:

Fernández Astid, C. (1994) en su estudio sobre el suicidio consumado en Madrid Capital, refiere que el mayor porcentaje de repeticiones de tentativas se produce entre los 3 y los 12 meses.

Ribes, J. (1995) realiza un estudio epidemiológico de las tentativas de suicidio en la ciudad de Valencia y su área metropolitana, encontrando que el 13% de los pacientes realizaron una repetición de la tentativa, produciéndose ésta principalmente en el primer trimestre del primer año tras la tentativa.

Martín, B. (2004) estudia el perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa de la Comunidad de Madrid y refiere que el menor intervalo de tiempo entre tentativas que encontraron en su muestra era de dos semanas, y el mayor de cuatro meses y dieciséis días.

---

García-Albea, J. et al. (2006) estudian los intentos de suicidio en la urgencia psiquiátrica de un hospital general y refieren que en un período de 6 meses el 8% de la muestra habían repetido la tentativa en dos ocasiones y un 2.1% más de tres tentativas.

Otros investigadores refieren períodos más largos de tiempo;

Elliot et al. (1996) encuentran que el tiempo transcurrido desde la primera tentativa se encuentra próximo a los 6 años.

Tejedor et al. (1999b) encuentran una media de 29 meses desde la primera tentativa.

### VI.2.9.- DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS

Está consensuado que el principal marcador de riesgo suicida es el padecimiento de una enfermedad mental. Al respecto, tres son los trastornos psiquiátricos, aislados o en combinación, que se encuentran en la práctica totalidad de los individuos que han protagonizado alguna forma de comportamiento suicida: la depresión, el alcoholismo y la esquizofrenia (Ceverino et al. 2004).

Una alta proporción de pacientes con trastornos mentales han realizado tentativas de suicidio (Barber et al. 1998), y viceversa, en los pacientes con conductas suicidas, existe una alta prevalencia de trastorno mental (Hinojal y Rodríguez, 1986; Bousoño et al. 1995 y 2001; Franco Martín et al. 1997), a pesar que pueda pasar desapercibida en los servicios de urgencias hospitalarias (Suominen et al. 1999).

El suicidio tiene una fuerte relación con la enfermedad mental (Harris, et al. 1997). Esta asociación se ha valorado por los estudios de autopsias de series consecutivas de suicidios (Isometsä, 2001). Estos estudios han mostrado que un 90% de los suicidios tenían uno o más trastornos psíquicos y que a mayor número de patologías, mayor riesgo de suicidio (Beautrais, et al. 1996; Harris, et al. 1997;).

Los diagnósticos encontrados varían poco en los diferentes ámbitos donde se realizan los trabajos. En el estudio ECA poblacional estadounidense, Petronis et al. (1990), tras un año de seguimiento, encontraron que la depresión mayor, el abuso de alcohol y de cocaína eran los predictores de tentativas de suicidio.

Los trastornos afectivos son los que más se relacionan con el suicidio. En el meta-análisis de Harris y Barraclough (1997), se obtiene como resultado que la depresión mayor aumenta en 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar en 15 veces y la distimia en 12 veces.

Un estudio de la Federación Española de Agrupaciones de Familiares y personas con Enfermedades mentales (FEAFES) “Afrontando la realidad del suicidio”, apunta que el 90% de las personas que se suicidan padecían algún tipo de enfermedad mental, sobre todo depresión.

En nuestro estudio predominan los trastornos afectivos (24,1%) seguidos de los trastornos neuróticos (21,6%) y los trastornos de la personalidad (11,5%), situándose en 4º lugar los trastornos por consumo de sustancias (9,8%). El resto del abanico de trastornos psíquicos (psicóticos, fisiológicos, etc.), representan el 33,1%.

La mayoría de los estudios revisados refieren los trastornos afectivos como los más predominantes:

Pokorny (1964) afirmaba, que el suicidio de pacientes depresivos era tres veces más alto que para otros diagnósticos.

Angle et al. (1983) encuentran que los problemas adaptativos son el diagnóstico mayoritario en las tentativas de suicidio entre los adolescentes.

Milla, J. (1984) realiza un estudio de tipo epidemiológico sobre 300 casos de intento autolítico por ingesta medicamentosa y refiere que casi las dos terceras partes de la muestra presentaban antecedentes psicopatológicos, siendo el diagnóstico mas frecuente los trastornos afectivos en las mujeres.

De las Heras et al. (1987) estudian una muestra de 52 sujetos que habían acudido a una Unidad de suicidología del departamento de psiquiatría del Hospital Universitario San Carlos por tentativa de suicidio, y en relación al diagnóstico psiquiátrico encuentran que el 44% de la muestra fueron diagnosticados de trastorno afectivos.

Martínez et al. (1988) estudian 499 casos de tentativas suicida y refieren que el 32% de los casos se diagnosticó de trastorno afectivo.

Tanney, BL. (1992), analiza 9 estudios de seguimiento de trastornos de ansiedad y encuentra que, sorprendentemente, el 16,7% de todas las muertes se produjeron por suicidio.

Seijo, JC. (1995) estudia las tentativas de suicidio en la adolescencia y encuentra que las dos categorías que reunían más casos fueron los trastornos adaptativos (18,5%) y los episodios depresivos (18,5%).

Warshaw et al. (1995) dentro del estudio HARP sobre ataque de pánico, encuentran que el 9% de los sujetos tenían antecedentes de tentativa de suicidio. Los factores asociados con conducta suicida en estos pacientes fueron: trastornos depresivos, abuso de sustancias, trastorno de la conducta alimentaria, síndrome por estrés postraumático y trastorno de la personalidad.

Díaz Sastre, C. (1998) estudia 176 casos de intentos de suicidio valorados en un Servicio de Urgencias en Madrid y encuentra que el 33,5% de la muestra presentaban trastornos afectivos.

Fernández, C. (2001) estudia las características de las conductas suicidas en pacientes ingresados en una Unidad Psiquiátrica y refiere una preponderancia de los trastornos afectivos en los grupos de tentativa suicida así como en los de ideación suicida, siendo la tasa del 30,6% de sujetos con diagnóstico de trastorno afectivo.

Pastor, G. (2004) estudia los intentos de suicidio atendidos por un servicio de urgencias extrahospitalarias en la Provincia de Ciudad Real y encuentran que el 72,3% de las mujeres y el 67,6% de los hombres tenían antecedentes de enfermedad psiquiátrica.

Douglas, J. et al. (2004) realizan un estudio sobre las autolesiones intencionadas “casi fatales” y encuentran que el diagnóstico más común fue depresión.

Doshi, A. et al. (2005) estudian las consultas por tentativa de suicidio en el Departamento de Emergencias de un Hospital Nacional durante el período 1997 a 2001 y refieren que el 34% presentaban diagnóstico de trastorno afectivo, seguido del 16% de abuso de alcohol.

Fekete, et al. (2005) realizan un estudio epidemiológico retrospectivo, observando las diferencias entre sexos en las tentativas de suicidio en Hungría y refieren que mayoritariamente las mujeres presentaban diagnóstico de depresión en su historia personal.

Valtonen et al. (2005) estudian las ideas e intentos suicidas en el trastorno bipolar I y II y refieren que durante el actual episodio, el 20% de los pacientes habían intentado suicidarse y el 61% tenían ideas de suicidio. Así mismo, encuentran que durante el curso de la vida, el 80% de los pacientes habían tenido comportamientos suicidas y el 51% habían intentado suicidarse.

Petteri, et al. (2005), realizan un estudio prospectivo de 269 pacientes de los factores de riesgo para el intento de suicidio entre pacientes con trastorno depresivo mayor DSM-IV entre pacientes psiquiátricos hospitalizados y externos con trastorno depresivo mayor en la ciudad de Vantaa, Finlandia y encuentran que un 8% de los pacientes intentaron suicidarse, siendo un factor importante la falta de pareja, tener intentos anteriores y episodios depresivos mayores.

Sudhir, C. et al. (2006) estudian las características de personas con elevados intentos suicidas admitidos en un Hospital general y refieren que el diagnóstico psiquiátrico más elevado correspondía a las depresiones.

Ayuso et al. (2006) refieren que en un 90% de los casos el suicidio se asocia a la presencia de una enfermedad mental, mayoritariamente un trastorno depresivo, aunque también cuadros psicóticos, trastornos de la personalidad, incluido el alcohol.

Duany, y Hernández (2006) estudian las tentativas de suicidio en mujeres de edad mediana en el Servicio de Psiquiatría del Hospital docente “Dr. Salvador Allende” de la Habana y encuentran que el 64,5% de las tentativas de suicidio tenían antecedentes de trastorno psiquiátrico.

Balázs, et al. (2006), estudian 100 personas con intentos de suicidio no violentos consecutivos y encontraron que el diagnóstico de depresión mixta estaba presente en el 63% de la muestra total y en el 70,8% entre las 89 personas depresivas con tentativa de suicidio, destacando estos autores la necesidad de la detección y tratamiento de la depresión (bipolar) mixta en la prevención del comportamiento suicida.

Tejedor, C. (2006) en el Informe Anual de Salud de Barcelona, refiere que un 15% de las personas con depresiones graves muere por suicidio y más de la mitad, concretamente un 56%, lo intenta en alguna ocasión, llegando a la conclusión de que la depresión aumenta 20 veces el riesgo de suicidio.

Martínez, P. et al. (2006) realizan un estudio en 195 hombres y mujeres procedentes de 3 centros de Atención Primaria sobre las

características de los pacientes con ideas de muerte encontrando que el 87,5% presenta algún trastorno mental, siendo los más frecuentes la depresión mayor (62,5%) y el trastorno de ansiedad generalizada (50%).

García, C. et al. (2006) realizan un estudio observacional de las conductas suicidas en el Servicio de Urgencias de Psiquiatría del Hospital de Sant Pau y encuentran que el 62% de los sujetos presentaban un trastorno afectivo.

Otros autores encuentran el trastorno adaptativo como el más frecuente;

Se calcula que entre un 30 a un 40% de las tentativas de suicidio son promovidas por trastornos de personalidad, entendiendo este término en un sentido muy amplio que engloba neurosis, desarrollos neuróticos, psicopatías, crisis de adaptación, etc. (De las Heras, 1986).

Jiménez, D. (2003) realiza un estudio de las tentativas autolíticas atendidas en el área sanitaria de Talavera de la Reina durante un periodo de 9 años y refiere que los diagnósticos más comunes fueron los trastornos adaptativos, seguidos de depresión y trastornos de personalidad.

Osvath, P. et al. (2003) estudian los factores principales de repetición de las tentativas de suicidio en Europa y refieren que el riesgo más elevado de repetición de la tentativa de suicidio se daba en sujetos con trastornos de la personalidad.

Martín, B. (2004) estudia el perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa de la Comunidad de Madrid y refiere que el diagnóstico que se da



con más frecuencia entre los pacientes por ella estudiados es el de reacción de adaptación (41,9%), seguido de los trastornos de la personalidad (17,6%).

Sareen, et al. (2005) estudian los trastornos de ansiedad y el riesgo para las ideas suicidas y los intentos de suicidio con datos procedentes de los Países Bajos y encuentran que la preexistencia de un trastorno de ansiedad es un factor de riesgo independiente para el inicio subsiguiente de las ideas e intentos suicidas. También refieren que los trastornos de ansiedad comórbidos amplifican el riesgo de las tentativas suicidas en personas con trastornos del estado de ánimo.

Gómez, R. et al. (2006) realizan un estudio retrospectivo de dos años de evolución de pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Central Universitario de Valladolid tras intento autolítico y refieren que desde el punto de vista clínico, destacaban los trastornos distímicos, adaptativos y de personalidad concomitantes, así como abuso de tóxicos.

Donaire, et al. (2006) realizan un estudio retrospectivo de los pacientes que habían ingresado en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Provincial de Toledo tras haber realizado una tentativa autolítica y encuentran que el trastorno de personalidad junto a los trastornos afectivos habían sido los diagnósticos más prevalentes.

Valenciano, et al. (2006) realizan un análisis de los gestos autolíticos atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General Universitario de

Guadalajara (España) y refieren que el diagnóstico principal fue el de trastorno de la personalidad, seguido de trastorno depresivo.

Madre, et al. (2006) realizan un estudio epidemiológico de la conducta suicida entre 1969 y 2006, analizando 1515 tentativas de suicidio asistidas en el Servicio de urgencias de Psiquiatría, y encuentran que los trastornos de personalidad son los de mayor frecuencia.

### VI.2.10.- INTENCIONALIDAD

En el presente estudio, un 31,5% de los sujetos se acercan al perfil del suicidio consumado, precisando asistencia médica durante varios días. Así mismo, existe una escasa gravedad somática en el 29,4% de los casos, los cuáles no precisaron asistencia médica, y el 39,1% sólo lavado gástrico o suturas superficiales, cifras similares a los referidas por otros investigadores

Díaz Sastre, C. (1998) estudia 176 casos de intentos de suicidio valorados en un Servicio de Urgencias en Madrid y encuentra que el 58% de la muestra creía que la tentativa, funcionaría en tanto que en el 43.2% la finalidad del intento era llamar la atención.

Riquelme, A. et al. (1999) estudian las intoxicaciones agudas en la Isla de la Palma y refieren intencionalidad suicida en el 41% de los casos, siendo de un 83% en las farmacológicas.

Lozano, C. et al. (2003) realizan un estudio descriptivo del parasuicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Princesa en Madrid y refieren que el 45,7% presentaban intencionalidad.

Hjelmeland, H. (2004) estudia el comportamiento suicida en Noruega y refiere una alta intencionalidad (51,8%) en el grupo de las mujeres, y 50,1% en el grupo de los hombres.

Cobo, et al. (2006) estudian las tentativas de suicidio por autoapuñalamiento y/o venosección y refieren que los sujetos a estudio presentaron una alta intencionalidad.

García, C. et al. (2006) realizan un estudio observacional de las conductas suicidas en el Servicio de Urgencias de Psiquiatría del Hospital de Sant Pau y refieren que en el 70% de los casos la realización del acto fue impulsiva.

### VI.2.11.- CONTACTO CON LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL

En nuestro estudio, el 59,6% de los sujetos que habían realizado alguna tentativa suicida se encontraban en contacto con los Servicios de Salud Mental, y en su mayor parte, este contacto había sido previo a la tentativa.

Así mismo, es notorio como un alto porcentaje (40,4%) de los sujetos que realizan alguna tentativa suicida, no acuden posteriormente a los dispositivos de Salud Mental.

En la literatura revisada se encuentran numerosas referencias al número de ingresos psiquiátricos previos, pero en menor número a los contactos previos con los dispositivos ambulatorios (C.S.M.). No obstante, entre los que han estudiado este factor encontramos:

Díaz, J. (1990) estudia el suicidio consumado en el partido judicial de Gijón en el período 1975-1986 y refiere que el 60,9% de los pacientes había consultado alguna vez con el facultativo por su problema clave del último año. De ellos, el 47,1% lo hicieron con el psiquiatra.

Sánchez Fernández, R. (1994) realiza un estudio sobre el suicidio en el partido judicial de Grado (Asturias) y refiere que la mitad de los pacientes no presentaron ningún tipo de antecedentes psiquiátricos y por tanto no habían estado en contacto con los dispositivos de la Red.

Díaz Sastre, C. (1998) estudia 176 casos de intentos de suicidio valorados en un Servicio de Urgencias en Madrid y encuentra seguimiento por su psicopatología en el 65,3% de la muestra, siendo la mayoría de ellos (94,9% de los pacientes en seguimiento) por un profesional de la Salud Mental.

Lozano, C. et al. (2003) realizan un estudio descriptivo del parasuicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la

Princesa en Madrid y refieren que el 66% de los sujetos se encontraban en seguimiento por los Servicios de Salud Mental.

Martín, B. (2004) estudia el perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa de la Comunidad de Madrid y refiere que el 50% de los pacientes que habían intentado quitarse la vida acudía al Centro de Salud Mental.

Salander, E. et al. (2004) estudian los comportamientos suicidas en Suecia, y refieren que el 71,9% de los sujetos que habían realizado una tentativa de suicidio tenían antecedentes psiquiátricos previos.

Hjelmeland, H. (2004) estudia el comportamiento suicida en Noruega y encuentra que el 21,2% de las mujeres y el 16,6% de los hombres habían tenido contacto con los Servicios de Salud Mental previamente a la tentativa suicida.

Martínez, P. et al. (2006) realizan un estudio sobre las características de los pacientes con ideas de muerte en atención primaria y refieren que el 45% de las personas que cometen suicidio visitan a su médico de atención primaria (MAP) durante el mes previo.

Vázquez, et al. (2006) realizan una valoración de los intentos autolíticos atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general y refieren que el perfil del paciente es el de una mujer casada sin antecedentes psiquiátricos.

## VII.- CONCLUSIONES

1.- Los sujetos que han realizado tentativa de suicidio se caracterizan por pertenecer al grupo de edad de 30 a 39 años, mujer, soltera, que convive con familia propia, con estudios primarios, inactiva económica y laboralmente, residiendo en el Concejo de Oviedo y de nacionalidad española.

2.- Los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentemente asociados con la comisión de tentativa de suicidio en el área sanitaria de Oviedo, son los trastornos afectivos seguidos de los trastornos neuróticos.

3.- Queda demostrado que a mayor gravedad del comportamiento suicida, se incrementan las repeticiones de la conducta suicida.

4.- En relación al patrón de temporalidad asociado con las tentativas de suicidio en el área sanitaria de Oviedo, estas se caracterizan por ser llevadas a cabo durante las horas de la tarde, en días de semana, y durante los meses estivales.

5.- El método más comúnmente utilizado para llevar a cabo la tentativa de suicidio fue la intoxicación medicamentosa, seguido de la flebotomía.

**VIII.- BIBLIOGRAFIA**

AGUDO, M.; CUARTERO, M.; OSORIO, R.; et al.: Conductas parasuicidas en población inmigrante del área 11 de salud. Póster X Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla, 2006.

ALEN, A.; KEBEDE, D.; JACOBSSON, L. et al.: Suicide attempts among adults in Butajira, Ethiopia. *Acta Psiquiátrica Scandinavica*, 1999; 100-70-76.

ALLEN, N.: *Suicide in California 1960-1970*. Houston: American Association of Suicidology, 1973.

ALONSO FERNANDEZ, F.: Conducta suicida en la adolescencia (un ensayo de penetración comprensiva en las estadísticas). *Psicopatología*, 1985; 5,2: 147-159

ALVAREZ, MJ; MARTINEZ, M; DELGADO, M. et al.: Epidemiología del intento autolítico en el Area IX de Salud mental de la C.A.M. *Psiquiatría Pública* 1997; 9: 250-259.

ALVAREZ, A.: *El Dios salvaje*. México: Nóvaro, 1973

AMARO, G.; POU, MC.; MELLA, C.: El intento suicida: formas clínicas presentes en 100 pacientes. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*. Vol. XXII, nº 3. Julio-Setiembre. 1981.

ANGLE, CR.; O'BRIEN, TP.; McINTIRE, MS.: Adolescent self-poisoning: a nine-year followup. *J. Dev. Beba. Pediatr.* 4/2 / 83-87. 1983

AQUILLE-DELMAS, I.: *Psycho-pathologie du suicide*. Paris: Alcan, 1932.

ARMENGOL, R., BOLADERAS, M.; BROGGI, M. et al.: Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio. *Generalita de Catalunya*. Departament de la Salut. 2006

ARRANZ ESTEVEZ, FJ.: Factores psicológicos-conductuales y psicosociales de riesgo suicida. En: ROS MONTALBAN, S. *La conducta suicida*. Madrid: Ed. Libro del año, 1997a.

ARRANZ ESTEVEZ, FJ.: Epidemiología de la conducta suicida. En: ROS MONTALBAN, S. *La conducta suicida*. Madrid: Ed. Libro del año, 1997a.

AUSINA, V.; ANGUERA, I: Aportación a la epidemiología de las tentativas de suicidio en la ciudad de Barcelona. *Med Clin* 1975, 54: 452-456.

BACA-GARCÍA, E.; DIAZ SASTRE, C.; CEVERINO, A. et al.: Metodología. *Monografías de Psiquiatría*, 2000 a; 12: 3-13

BACA-GARCÍA, E.; DIAZ SASTRE, C.; RESA, EG. et al.: Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt. *Psychiatr. Serv.* 2004 Jul;55(7):792-7.

BAECHLER, J.: *Les suicides*. París: Calman-Levy, 1981

BALÁZS, J. ; BENAZZI, F. ; RIHMER, Z. et al. : The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression : Implications for suicide prevention. *J Affect Disord.* 2006 Abr ; 91(2).

BANCROFT, J.: Reproductive hormones. En: RUTTER, M. CASAER, P.eds: *Biological risk factors for psychosocial disorders*. Cambridge University Press, 1991; 260-311.

BANCROFT, J. et al.: The respectiveness of self poisoning and self injury. *Brit. J. Psychiat.* 131: 394-399. 1977

BARBER, ME.; MARZUK, PM.; LEON, AC. et al.: Risk factors for parasuicide among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 1997; 48:1201-1203.

BARRACLOUGH, B.; BUNCH, J.; NELSON, B.: A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br. J. Psychiatry* 1974; 125: 355-373.

BAYARD BURFIELD, L.; SUNDQUIST, J.; JOHANSSON, SE. et al.: Attempted suicide among Swedish-born people and foreign-born migrants. *Archives of Suicide Research*, 1999;5:43-55.

BEAUTRAIS, A. et al.: Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts.: A case-control study. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1009-1014

BECK, AT; SCHUYLER, D.; HERMAN, I.: Development of suicidal intent scales. En: BECK, AT; RESNIK, P; LETTIERE DEJ (eds). *The prediction of suicide*. Bowie: Charles Press; 1974



BERNARDO DE QUIROS, A.: El suicidio en España. En: Alrededor del delito y de la pena. Madrid, 1904.

BERTOLOTE, J.M.: Suicide in the world: an epidemiological overview 1959-2000. In: Wasserman, D. (ED) Suicide An Unnecessary Death. London: Martin Dunitz; 2001

BERTRAN, A.; MARTORELL, T.; TORRAS, R. et al.: Incidencia, problemática y patología clínica de los pacientes con intento de autolisis en una unidad de cuidados intensivos. Rev. De Psiquiatría y Psicología de Europa y América Latina. Tomo XVI, nº 8, (539-544). 1984

BEST, E.E.: "Suicide: ethical and moral issues from a theological perspective". Can. J. Psychiatry. 31:3. 1986.

BILLE-BRAHE, U.; KERKHOF, A.; DeLEO, D.; et al.: A repetition-prediction study of european parasuicide populations: a summary of the first report from part II of the WHO/EURO multicentre study on parasuicide in cooperation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. Acta Psychiatr.Scand, 1997, 95: 81-86

BILLE-BRAHE, U. y ANDERSEN, K.: Suicidal Behaviour in Denmark. En: Schmidtke, A. et al. (eds) Suicidal behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicentre Study on suicidal behaviour. 2004, Chap. 9: 85-93

BLUMENTHAL, S.J.: An overview and synopsis of risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients over the life cycle. En: Blumenthal, SJ, Kupfer, DJ (Eds.) Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990: 685-733.

BOBES, J.; MORCILLO, L.; SÁIZ, PA. et al.: Conducta suicida. En: Barcia, D. (ed.) Manual de Psicogeriatría para Asistencia Primaria

BOBES, J.; SÁIZ, PA.; GONZÁLEZ MP. et al.: Suicidio en el anciano. En: Vallejo, J. (ed). Psicogeriatría. Colección de Psiquiatría para Asistencia Primaria.

BOBES, J.; SÁIZ, PA.; GONZÁLEZ MP. et al.: Marcadores biológicos de las conductas suicidas y parasuicidas. En: Gutierrez, M.; Ezcurra, J.; Pichot, P. (eds). Avances en trastornos afectivos. Barcelona, Neurociencias, 1996a.

BOBES, J.; SÁIZ, PA.; GONZÁLEZ MP. et al.: Bases biológicas de las conductas suicidas y parasuicidas. *Focus on Psychiatry* 1996b; u (3): 52-64

BOBES, J. : Manual de Salud Mental : Enfermería Psiquiátrica. Madrid : Síntesis, 1994

BOBES, J.; SÁIZ, PA.; GONZÁLEZ MP. et al.: Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars Médica, 2004.

BOULET, J.: Le suicide du vieillard. En: F. Bourliere (ed). *Gerontologie*. Flammaron Medicine-Sciences. Paris, 1982

BOUSOÑO, M. , BOBES, J. ; GONZÁLEZ, MP. et al. : Psychological predicting factors in repeated suicidal behavior. *American Psychiatric Association (eds) : 1995 Annual Meeting New Research and Abstracts*. Washington DC : APA, 1995

BOUSOÑO, M. ; SAIZ, PA. ; GONZALEZ-QUIROS, M. et al.: Tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión en situaciones especiales. En: BOBES J, BOUSOÑO M, GONZALEZ MP, SAIZ PA. *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria*. Barcelona: Masson, 2001.

BRENT, DA, PERPER, JA, GODSTEIN, CE et al.: Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal impatients. *Arch Gen Psychiatry*, 1988; 45: 581-588

BHUGRA, D.,;BALDWIN, D.; DESAI, M., et a.: Attempted suicide in west London, II. Inter-group comparisons. *Psychological Medicine*, 1999b, 29: 1131 –1139.

CAMP, J; BORRAS, A; MILLA, J. et al.: Intoxicación medicamentosa aguda voluntaria. Análisis epidemiológico de 300 casos de intento de autolisis por ingesta medicamentosa. *Medicina Clínica*, 1977, 69, 4: 178-183

CANETTO, SS; SAKINOFSKY, I: The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1998; 28:1-23.

CARBAJOSA, M<sup>a</sup> C.; FERNANDEZ, M<sup>a</sup> I.; FERNANDEZ, H. et al.: El suicidio en Asturias durante 1980. *Xera*. Sept-Oct. 3: 22-25, 1981.

CARBONELL, C. ; GONZÁLEZ JC.: Evolución histórica del fenómeno suicida. En: BOBES, J. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Ed. Massón, 1997

CARBONELL, C.; DE LAS HERAS, FJ.; HERNÁNDEZ, L.: Prevención del suicidio. *Psicopatología*. 1990; 10 (3): 133-136

CASEY, P.; DUNN, G.; KELLY, B, et al.: Factors associated with suicidal ideation in the general population. *British Journal of Psychiatry*. 2006 Nov; 189:410-415

CEVERINO, MA.; BACA, E.; DÍAZ, C. et al.: Comportamientos suicidas y trastornos depresivos. En: BOBES, J. et als (eds): Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento. *Ars Médica* 2004; 5.3: 138-177.

CHIU, LPW.: Attempted suicide in Hong Kong. *Acta Psychiatr. Scand*. 1989, 79: 425-430 (1989)

COBO, JV.; MARSAL, F.; BLEDA, F.; et al.: Suicidio por Harakiri. Poster X Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla, 2006.

COCAÑA RODRIGUEZ, I.: Análisis de los factores de riesgo de la conducta parasuicida. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo, 1997.

CORCORAN, P.; KEELEY, HS.; O'SULLIVAN, M. et al.: The incidence and repetition of attempted suicide in Ireland. *Euro J Public Health*. 2004 mar; 14(1):19-23

CORCORAN, P.; BURKE, S.; CHAMBERS, C. et al.: Suicidal Behaviour in Ireland. En: Schmidtke, A. et al. (eds) *Suicidal behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicentre Study on suicidal behaviour*. 2004, Chap. 10: 97-106.

COSAR, B.; KOCAL, N.; ARIKAN, Z. et al.: Suicide attempts among Turkish psychiatric patients. *Can. J. Psychiatry* 1997; 42: 1072-1075

COSTA, J.M.; MIRO, E.; GALLART, JM. et al.: El suicidio. *Monografies Mèdiques*, 15. Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Barcelona, 1977.

CROSBY, AE.; CHELTENHAM, MP; SACKS, JJ.: Incidence of suicidal ideation and behaviour in the United States, 1994. *Suicide an life threatening behaviour*. 1999; 29: 131-140.

DAVIS, AT. & KOSKY, RJ.: Attempted suicide in Adelaide and Perth: changing rates for males and females, 1971-1987. *Med J.Aust* 1991, 154 (10): 666-670

DE BOISMONT, B.: Du suicide et de la folie suicide considérés dans leur rapports avec la statistique, la médecine et la philosophie. Paris. Baillière, 1856.

DE LA GANDARA, JJ.: Introducción. *Monografías de Psiquiatría*. 1995; 1: 34-40

DE LA GANDARA, JJ.: El suicidio en niños y adolescentes. *Monografías de Psiquiatría*. 1995; 1: 34-40

DE LAS HERAS, FJ.: Prevención del suicidio. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense, 1986.

DESHAIES, G.: *Psychologie du suicide*. Paris: P.U.F., 1947

DIAZ, L.: Emile Durkheim (1858-1917). Una lectura pedagógica. En: Durkheim, E., Ed. *El suicidio*. Madrid, Akal, 1982.

DIAZ, J.; RENDUELES, G.; GONZÁLEZ, P. et al.: Suicidios con historia de hospitalización psiquiátrica. *Anales de Psiquiatría*, 1992; 8 (4): 128-134.

DIAZ, J.; PEDREGAL, J.: El suicidio. En: GARCIA, A. (Coord). *Manual Práctico de Psiquiatría Actual*. Oviedo: Ed. Nobel, 1994.

DIAZ, J. et al.: Trends in suicide in the elderly in Asturias (Spain). *European Psychiatry*. 10: 339-344, 1995.

DIAZ, J.; SAIZ, PA.; BOUSOÑO, M. et al.: Concepto y clasificación de las conductas suicidas. En: BOBES, J.; GONZALEZ, MP; SAIZ, PA. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson, 1997.

DIAZ, J.; RENDUELES, G.; GONZÁLEZ, P. et al.: El suicidio en el partido judicial de Gijón desde 1975 a 1986: aspectos clínico-sanitarios. *An. Psiquiatría*.1993, 9.(3): 122-127.

DIAZ, J.; RENDUELES, G.; GONZÁLEZ, P. et al.: El suicidio en el partido judicial de Gijón desde 1975 a 1986 (I). *An. Psiquiatría*.1991, 7.(7): 271-278.

DÍAZ, J.; LOPEZ, B.; LOPEZ, JL. et al.: Conductas suicidas. En: Bobes García, J. ed. Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica. Madrid: Síntesis, S.A., 1994,

DÍAZ, J.; BOUSOÑO, M.; BOBES, J.: Concepto y clasificación de los comportamientos suicidas. En: Bobes García, J. (ed). Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento. Barcelona: Ars Médica 2004.

DÍAZ SUAREZ, J.C.: El suicidio consumado en el partido judicial de Gijón, en el período 1975-1986. Universidad de Oviedo, Tesis Doctoral.

DÍAZ, J.; PEDREGAL, J.; SÁIZ, PA. et al.: Suicidios con antecedentes de hospitalización psiquiátrica. Comparación por grupos diagnósticos. Comunicación presentada a la II Reunión Interregional de Psiquiatría. LLanes, Abril 1994b.

DÍAZ, J.; LOPEZ, B.; HINOJAL, R.: Conducta suicida. En: Calidad de vida y Oviedo. Oviedo: Pentalfa Ediciones, 1994c.

DÍAZ, J.; LOPEZ, B.; GONZÁLES, P. et al.: Evolución del suicidio en población involutiva de Asturias. Eur Psychiatry Ed Esp. 1996, 3:177-186.

DÍAZ SASTRE, MC.: Perfil lipídico y características de los intentos de suicidio valorados en urgencias. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá. Madrid, 1998.

DÍAZ SUAREZ, J.: El suicidio consumado en el partido Judicial de Gijón. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo, 1990.

DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA DE LA LENGUA.: XXI Ed. 1992

DIEKSTRA, RFW.: Renèe or the complex psychodynamics of adolescent suicide. En: DIEKSTRA, RFW, HAWTON, K. (Eds). Suicide in adolescence. Dordrecht: Martinus Nijhoff, 1987.

DIEKSTRA, RFW.: Suicide and the attempted suicide: An international perspective. Acta Psychiatr Scand, 1989; 80 (supl.354): 1-24.

DIEKSTRA, RFW.: The epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand, 1993

DIEKSTRA, RFW.: Epidemiologie du suicide. L'Encéphale, 1996; sp IV: 15-18.

DONAIRE, L.; ZAFRA, A.; GONZÁLEZ, FJ.: Ingreso psiquiátrico tras tentativa suicida. Póster X Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla, 2006.

DOSHI, A.; BOUDREAUX, E.; WANG, N. et al.: National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. Ann Emerg Med 2005 Oct; 46(4): 369-75.

DOTZAUER, G.; GOEBELS, H.; LEGEWIE, H.: Selbstmord und selbstmordversuch. Munch. Wschr. 105, (973). 1963

DUANY, A.; HERNANDEZ, G.: Intento suicida en mujeres de edad mediana. Experiencia en el Hospital "Salvador Allende". Psicología. Com. 2006; 10(2).

DUCE, S. et al.: Intoxicaciones medicamentosas voluntarias atendidas en un servicio de urgencias. Emergencias. Vol 10, Núm. 4, Julio-Agosto 1998, 225-233.

DUCHÈ, DJ.: Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. Psychiatrie de l'enfant. 1964; 7:1.

DUGLAS, J.; COOPER, J.; AMOS, T. et al.: "Near-fatal" deliberate self-harm: Characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. J Affect Disord. 2004 Abr; 79(3):263-268.

DURKHEIM, E.: Le suicide. Étude de sociologie. Paris: Alcan, 1897. Traducción española Madrid: Akal, 1998.

ESTRUCH, J.; CARDUS, S.: Los suicidios. Ed. Herder. Barcelona, 1982

FARBEROW, NL.: Bibliography on suicide and suicide prevention 1897-1957, 1958-1967. Public Health Service Publication n° 1979. Washington,DC: US Government Printing Office, 1969

FARBEROW, N.; SCHNEIDMAN, E.S.: ¡Necesito ayuda! México: Prensa Médica, 1969.

FEDDEN, HR.: Suicide. A social and historical study. New York, Benjamin Blom, Inc. 1972

FEKETE, S.; VOROS, V.; OSVATH, P.: Gender differences in suicide attempters in Hungary: retrospective epidemiological study. *Croat Med J.* 2005 Apr;46(2):288-293.

FERNANDES DA FONSECA, A.: Epidemiología y clasificación de los actos suicidas. *Psicopatología*, 1985; 5 (2). 101-107

FERNÁNDEZ ASTIZ, C.: El suicidio consumado en Madrid capital: a través de la documentación médico forense médico asistencial previa y meteorológica (1989-1991). Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 1994

FERNÁNDEZ GLEZ, C.: Características de las conductas suicidas en pacientes ingresados en una unidad psiquiátrica. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo. 2001

FERNANDEZ, MP.; HINOJAL, R.: El suicidio en el anciano. *Actas Luso Esp Psiquiatría.* 1991; 19: 252-257

FERNANDEZ POL, B.: Characteristics of 77 Puerto Ricans who attempted suicide. *Am. J. Psychiatry*, 1986, 143 (11): 1460-1463

FERREIRA DE CASTRO, E.; CUNHA, M.A.; PIMENTA, F. et al.: Parasuicide and mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97: 25-31

FERRI, E.: "El homicidio-suicidio". Ed. Bocca. Turín. 1928

FIGUEIRIDO-POULAIN, JL.; RAMIREZ, F.; ELIZAGARATE, E.: Perfil de los modos de autoagresión en las tentativas de suicidio. Poster entregado al Congreso de Psiquiatría Biológica. Palma de Mallorca, 8 al 11 de Junio de 1994.

FIGUEIRIDO-POULAIN, JL.; RAMIREZ, F.; ELIZAGARATE, E.: Uso de los psicótopos en las tentativas de suicidio de pacientes psiquiátricos. Poster entregado al Congreso de Psiquiatría Biológica. Palma de Mallorca, 8 al 11 de Junio de 1994.

FRANCES, R.; FRANKLIN, J.; FLAVIN, D.: Suicide and alcoholism. *Ann NY Acad Sci* 1986, 487: 316-326.

FRANCISCO GALLEGO, JC; PARAMO FERNÁNDEZ, M; GUDE SAMPEDRO, F.: Perfil de los intentos de suicidio en el servicio de urgencias de un hospital. *Psiquis* 1999; 20: 1-7

FRANCO MARTIN, MA.; MONFORTE PORTO, JA; FERNANDEZ ROJO, C. et al.: Intentos de suicidio en Zamora. Estudio retrospectivo de los años 1989-1994. *Psiquis* 1997; 18: 208-217.

FREUD, S.: Duelo y Melancolía. Obras Completas, Tomo VI. Madrid: Biblioteca Nueva, 1983.

FURNESS, JA.; KHAN, MC.; PICKENS, PT.: Unemployment and parasuicide in Hatlepool 1974-83. *Health Trends* 1985, 17: 21-24

GARCÍA-ALBEA, J.; NAVAS, M.; RENESES, B. et al.: Intentos de suicidio en la urgencia psiquiátrica de un hospital general. Poster X Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla, 2006.

GARCÍA DE JALÓN, E.; PERALTA, V.: Suicidio y riesgo de suicidio. Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. [Anales@cfnavarra.es](mailto:Anales@cfnavarra.es)

GARCÍA C.; MADRE, M.; DE DIEGO, J.; et al.: Conductas suicidas en Urgencias de Psiquiatría. Estudio observacional. Póster X Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla, 2006.

GARCÍA-MACIA, R.; SARRO, B.; GIRO, M. et al.: Estudio descriptivo-estadístico de las tentativas de suicidio atendidas en un servicio de urgencias de un Hospital General. *Rev. Psiquiat Psicol Med Europa America Lat*, 1984, XVI (8): 530-539

GAZQUEZ, JA.; BENAVENTE, JL.: Las intoxicaciones medicamentosas voluntarias como conducta parasuicida. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1983, 11: 313-320

GHOSH, TB.; VICTOR, BS.: Suicidio. En: HALES RES, YUDOFKY, S, TALBOTT, JA. *Tratado de Psiquiatría*, 2ª edic. Barcelona: Ancora; 1996

GIBBONS, JS.; ELLIOT, J.; URWIN, P. et al. : The urban environment and deliberate self-poisoning : trends in Southampton 1972-77. *Social Psychiatry* 1978, 13: 159-166

GIMENEZ, JC.; LEZAGA, J.: La intoxicación medicamentosa voluntaria; estudio epidemiológico con especial mención a las diferencias observadas en función de la gravedad del intento suicida. Acta del XV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría (Jaca, 7,8,9 y 10 de Febrero 1983). Tomo I. (Epidemiología Psiquiátrica). (243-253). 1983



GINER, J.; LEAL, C.: Conducta suicida. En: *Psiquiatría*. Editores: López-Ibor alino, JJ, Ruiz Ogara, C.; Barcia Salorio, D. Barcelona: Toray, 1982; 1120-1130

GOMEZ, A.; BARRERA, A.; JAAR, A. et al.: Comorbilidad psiquiátrica en mujeres con intento de suicidio. *Rev. Psiquiatría, Fac. Med. Barna*, 1995, 22, 1: 10-17.

GOMEZ BENEYTO, MANUEL.: Estudio epidemiológico de las tentativas de suicidio en la ciudad de Valencia y su área metropolitana. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia, 1995

GOMEZ, R.; MARTÍNEZ, C.; SALAZAR, C. et al.: Perfil de pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización tras intento autolítico. Poster X Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla, 2006.

GONZALEZ, JC.: Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 1995

GONZALEZ, JC.; SÁIZ, PA, eds. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona, Masson, 1997.

GONZÁLEZ, JC.; RAMOS, Y.: Aproximación teórica al fenómeno suicida. En: Bobes, J.; Gonzalez, JC.; Sáiz, PA, eds. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona, Masson, 1997.

GONZALEZ GARCÍA-PORTILLA, MP.; SAIZ MARTINEZ, PA.; BOBES GARCÍA, J. et al.: Factores sociodemográficos. En: *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. BOBES, J.; GONZALEZ, JC.; SAIZ, PA (Eds). Barcelona: Massón, S.A. 1997.

GONZÁLEZ SEIJO, JC.; DÍAZ SUAREZ, J.; SÁIZ MARTÍNEZ, PA. et al.: Valoración del riesgo suicida en asistencia primaria. En: Bobes García, J.; Bousoño García, M.; González García-Portilla, P. eds. *Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en asistencia primaria*. Oviedo, Gofer, 1995

GONZÁLEZ SEIJO, JC.; DÍAZ SUAREZ, J.; SÁIZ MARTÍNEZ, PA. et al.: Valoración del riesgo suicida en asistencia primaria. En: Bobes García, J.; Bousoño García, M.; González García-Portilla, P. eds. *Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en asistencia primaria*, 2ª ed. Oviedo, Gofer, 1997

GOODWIN, D.W.: Alcoholism and suicide: associated factors. En: The encyclopedic handbook of alcoholism. Pattison E, Kaufman E (eds.). New York: Gardner Press, 1983.

GRACIA, R.; RODRIGUEZ, F.; VIZAN, R.: Conductas autodestructivas y depresión. *Psiquis* 1992; 13 (supl 1): 41-45.

GROLLMAN, E.: Suicidio. Beacon Press, 2ª ed. ; p.2. 1988

GUZE, SB.; ROBINS, E.: Suicide and primary affective disorders. *Br. J. Psychiatry* 1979; 117: 437-438.

HAGNELL, O.; LANKE, K.; RORSMAN, B.: Are we entering an age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years. The Lunby Study Sweden. *Psychol Med* 1982; 12: 279-289

HARRIET, MA. et al: Single and multiple suicide attempts and associated health risk factors in New Hampshire adolescents. *Suicide and life threatening behaviour* 35(5) October 2005. The American Association of Suicidology.

HARRIS, E.; BARRACLOUGH, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 1997; 170:205-228

HAW, C.; HAWTON, K.; SUTOTON, L. et al.: Schizophrenia and deliberate self-harm: A systematic review of risk factors. *Suicide and life-threatening behaviour* 35(1) February 2005. The American Association of Suicidology.

HAWTON, K.; CATALAN, J.: Attempted suicide. Hawton, K. y Catalán, J. (eds.). Oxford: Oxford University Press, 1992

HAWTON, K.; ROSE, N.: Unemployment and attempted suicide among men in Oxford. *Health Trends* 1986, 18: 29-32

HAWTON, K.; FAGG, J ; SIMKIN, S. et al.: Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. *British Journal of Psychiatry*, 1997; 171: 556-560.

HAWTON, K; HARRIS, L.; SIMKIN, S. et al.: Self-Cutting: Patient Characteristics compared with Self-Poisoners. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 34(3) Fall 2004. The American Association of Suicidology.

HERMIDA LAZCANO, I.: Estudio epidemiológico y características psicosociales de las intoxicaciones agudas en el ámbito hospitalario. Tesis Doctoral. Universidad de Santiago de Compostela, 1997.

HEADLEY, LA.: El suicidio en Hong Kong. En: Suicidio in Asia and the Near East. Ed. Lee A. Headley. University of California Press, Berkeley and Los Angeles. (87-100). 1983

HIDALGO, M.; SANTIAGO, M.; GARCIA, B. et al.: Las conductas autoagresivas en el Servicio de Urgencias. Atención Primaria, 1994, vol.3, 1

HINOJAL FONSECA, R.: El suicidio en un área asturiana. Rev Esp Med Legal 1978; 16: 66-70

HINOJAL FONSECA, R.; RODRIGUEZ HEVIA, AJ.; ARCOS GONZALEZ, PI.: Análisis comparativo de la muerte violenta en dos áreas asturianas. Orfila, 1987; 1: 101-109

HINOJAL, R. y RODRIGUEZ, AJ.: La precipitación: factores epidemiológicos. Actas de las VII Jornadas Mediterráneas de Medicina Legal. Sevilla, 2-6 sept.

HINOJAL, R. y RODRIGUEZ, AJ.: Diferencias entre el suicidio en el medio urbano y el medio rural.. Actas de las VII Jornadas Mediterráneas de Medicina Legal. Sevilla, 2-6 sept.

HINOJAL, R.: El suicidio por arma de fuego: mi experiencia personal. Arcano, 8: 28-33.

HINOJAL, R.; MARTÍNEZ, JJ.; RODRIGUEZ, AJ.: La muerte por asfixia: estudio de diversos factores epidemiológicos y sus lesiones. Actas de las VII Jornadas Mediterráneas de Medicina Legal. Sevilla, 2-6 sept.

HJELMELAND, H.: Suicidal behaviour in Norway. En: Schmidtke, A. et al. (eds) Suicidal behaviour in Europe: results from the WHO/EURO multicentre study on suicidal behaviour. Chap. 7: 57-67

HO BKW; KUA, EH; HONG,C.: Temporal variation in parasuicide among singaporean Chinese. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1998; 32: 500-503.

HOLLEY, HL.; FICK, G.; LOVE, E.: Suicide following an inpatient hospitalization for a suicide attempt: a Canadian follow-up study. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 1988; 33: 543-551

HYMAN, S.E.: El paciente suicida. En: *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. Editor: Hyman, SE. Barcelona: Salvat, 1987

ICHIMURA, A. et al.: Characteristics of suicide attempters whit depressive disorders. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005 Oct; 59(5):590-4.

INAMDAR, SC.; LEWIS, DO.; SIOMOPOULOS, G. et al.: Violent and suicidal behavior in psychotic adolescents. *Am. J. Psychiatry* 139, 7, July. 1982

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (I.N.E.): Estadística del suicidio en España. Años 1976-1980. MADRID: INE, 1985

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (I.N.E.): Estadística del suicidio en España. Años 1981-1985. MADRID: INE, 1988

ISOMETSÄ, E.; LÖNNQUIST, J.: Suicide attemps preceding completed suicide. *Br J Psychiatry*, 1998; 173. 531-535

ISOMETSÄ, E.: Psychological autopsy studies- a review. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 379-385.

JESSEN, G.; ANDERSEN, K.; ARENSMANE, E. et al.: Temporal fluctuations and seasonality in attempted suicide in Europe. *Archives of Suicide Research*, 1999; 5:57-69.

JIMENEZ MORON, D.: Estudio de las tentativas autolíticas atendidas en un área sanitaria durante un período de 9 años. *Anales de Psiquiatría.* 2003 Dic; 19(10): 431-439.

JIMÉNEZ TREVIÑO, L.; SÁIZ MARTINEZ, P.A.; PAREDES OJANGUREN, B. et al.: Epidemiología de los comportamientos suicidas. En: Bobes García, J.; Sáiz Martínez, P.A.; González García-Portilla, M.P.; Basarán Fernández, M.T.; Bousoño García, M. eds. *Comportamientos suicidas: Prevención y tratamiento* Ars Médica, Barcelona, 2004

KASTENBAUM, R.: Death, suicide and the older adult. *Suicide & life-threatening behavior*, 1976; 22 (1): 1-14

KESSEL, N.: Self-poisoning. *Br Med J.* 1965, 2 : 1265-1270

- KESSEL, N.: Self-poisoning. *Br Med J.* 1965, 2 : 1336-1340
- KLERMAN, GL.: Clinical Epidemiology of Suicide. *J. Clin Psychiatry* 1987; 48 (12) Suppl: 33-38
- KOLDOBSKY, N.: La personalidad y sus desórdenes. Ed. Salerno (Buenos Aires), 1996.
- KOPJAR, B.; DIESERUD, G.; WIJK, J.: Deliberate self-poisonings treated in hospitals. *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 2005 Jun 30;125(13):1798-800.
- KREITMAN, N. y PHILIP, AE.: Parasuicide. *Br J Psychiatry* 1969; 115: 746-747
- LESTER, D y MANDEL, MP.: Suicide and the menstrual cycle. *Med Hypotheses* 1990; 31: 197-199
- LESTER, D : Why people kill Themselves. Springfield: Thomas, 1972.
- LITMAN, RE.: When patients commit suicide. *Am J Psychotherapy* 1965; 19: 570-576.
- LLOPIS, V.; GOMEZ-BENEITO, M.; ASECIO, A.: Epidemiology of suicidal attempts in Valencia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1988, 23: 96
- LÓPEZ, B.: Perspectiva epidemiológica del suicidio consumado en el partido judicial de Oviedo entre 1981 y 1991. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo, 1995
- LÓPEZ, MB.; HINOJAL, R.; BOBES, J.: El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales epidemiológicos y jurídicos. *Rev. Derecho Penal y Criminología* 1993, 309-411.
- LÓPEZ P.; MOSQUERA, F.; DE LEÓN, J.; et al.: Suicide attempts in bipolar patients. *J.Clin.Psychiatry.* 2001 Dec;62(12) :963-6.
- LORENTE, M.; SANCHEZ, C.; NAREDO, C. et al.: Suicidio y violencia de género. Edita Federación de Mujeres Progresistas. 2005.
- LOZANO, C., HUERTAS, A. ; MARTÍNEZ, C. et al.: Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas. *Rev. Asoc. Esp Neuro.* 2004 Sep; (91):11-22.

MADOZ, A.; BACA, E.; DÍAZ, C. et al.: Attempted suicide and previous contact with health system. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27: 329-333

MADRE, M.; GARCÍA, C.; DELGADO, A.; et al.: Epidemiología de la conducta suicida 1969-2006: estabilidad y cambio. Póster X Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla, 2006.

MALTSBERGER, JT, YUFIT, RI.: *Assesment and predictions of suicide*. New York: Guilford Press, 1992.

MANN, JJ.: Psychobiologic predictors of suicide. *J Clin Psychiatry* 1987; 48 (supl 12): 39-43.

MANN, JJ.; ARANGO, V.: Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behavior. *J. Clin Psychopharmacol*, 1992; 12: 27.

MARTI AMENGUAL, G.: Epidemiología del suicidio consumado en Barcelona durante el año 1983. *Rev. De Psiq. y Psic. Med. de Europa y Am. Lat.*, 1983; Tomo XVI (8): 576-583.

MARTI AMENGUAL, G.; CORBELLA CORBELLA, J.: Evolución del suicidio consumado en Barcelona. *Monografías Médica Jano*, 9 (2): 27-32

MARTIN CABRERO, B.: Perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa. *Psiquiatría.Com.* 2004; 8(4).

MARTINEZ, JJ.; BAYON, C.; CUADRADO, P. et al.: Un estudio sobre tentativas de suicidio en el hospital general. *Actas Luso.Esp. Neurol.Psiquiatr.* 1988, 16,5: 319-326

MARTÍNEZ, P.; MARTÍN, ML.; GARCÍA-PARAJUÁ, P. et al.: Características de los pacientes con ideas de muerte en atención primaria. Poster presentado en el X Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla, 2006

MARZUK, PM; TIERNEY, H. TARDIFF, K.: Increased risk of suicide in persons whit AIDS. *Jama*, 1988; 259: 1333-1337

MEHLUM, L.: The longitudinal pattern of suicidal behaviour in borderline personality disorder: a prospective follow-up study. *Acta Psych. Scand.* 1994, 90 (124-130).

MENINGER, K.: Man against himself. New York: Harcourt Brace and World, 1938.

MILES, P.: Conditions predisposing to suicide: A review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1977; 164: 232-246.

MILLA, J.; Epidemiología de la intoxicación medicamentosa voluntaria. *Rev Psiquiat Psicol Med Eur Am Lat*, 1984; 16, 526-530

MODESTIN, J ; KAMM, A. : Parasuicide in psychiatric inpatients: results of a controlled investigation. *Acta Psiquiátrica Scandinava*, 1990, 81: 225-230

MOREAU DE TOURS, P.: De la contagion du suicide. Paris. 1875

MORGAN, H.G. ; BURBSCOX, C.J. ; POCOCK, H. et al.: Deliberate self-harm. Clinical and socio-economic characteristics of 368 patients. *Brit. J. Psychiat.* 127, (564-574). 1975

MORSELLI. *Il Suicidio*. Milán, 1879.

MORTENSEN, P.B.; JUEL, K.: Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *British Journal of Psych.* 1993; 163: 183-189.

NIELSSEN, B.; WANG, A.G.; BRILLE-BRAHE, U.: Attempted suicide in Denmark. IV. A five-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 1990, 81: 250-254

NOGUE, S.; RUIZ, J.; MILLA, J.: Epidemiología de la tentativa de suicidio en el servicio de urgencias y en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general. *Monografías Médicas, JANO*, 1988 a, 2 (9): 17-24

NOGUE, S.; LABORDE, A.; NADAL, P. et al.: Tentativa de suicidio como causa de ingreso en cuidados intensivos. *Revista Clínica Española*, 1988 b, 183 (2): 74-77

O`CARROL, P.W.; BERMAN, AL.; MARIS, R.W. et al.: The tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 1996; 26: 235-237

O'LOUGHLIN, S.; SHERWOOD, J.: A 20-year review of trenes in deliberate self-harm in a British town, 1981-2000. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005 Jun; 40(6): 446-53.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD (OMS): El Suicidio. Cuadernos de Salud Pública, nº 59. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1976

ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD (OMS): Figures and fact about suicide. Gêneva, 1999.

OSTAMO, A.; LÖNNQVIST, J.: Suicidal behaviour in Finland en: Schmidtke, A. et al. (eds) Suicidal behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicentre Study on suicidal behaviour. 2004, Chap. 6: 49-55

OSTAMO, A.; LAHELMA, E.; LÖNNQVIST, J.: Transitions of employment status among suicide attempters during a savere economic recession. *Social Science & Medicine*, 52, 1741-1750.

OSVAT, P.; KELEMEN, G.; ERDOS, MB. et al.: The main factors of repetition: review of some results of the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Crisis.* 2003; 24(4):151-154.

OSVAT, P.; FEKETE, S.: Characteristics of the choice of psychotropic drugs in suicide attempts. *Orv Hetil.* 2003 Jan 19;144(3):121-124

PASTOR PONS, G.: Estudio de los intentos de suicidio atendidos por un servicio de emergencias extrahospitalarias en la Provincia de Ciudad Real 2001/2002. Tesis Doctoral. Universidad Miguel Hernández. Alicante, 2004.

PEDRÓS, A.; VERA, P.: Análisis epidemiológico de la conducta suicida en el área 13 de Valencia. *Análes de Psiquiatría*, 2001; Vol 17, nº 2: 46-52

PEIRO, PM.; RODRIGO, J.: Elementos de Medicina y Cirugía Legal. Agustín Sevil. Zaragoza. 1832

PELICIER, Y.: En torno a la historia del suicidio. *Psicopatología*, 1985; 5(2):85-99.

PELLEJERO, AJ.; REGO, A.: Del suicidio. *Informaciones psiquiátricas*, 1992; 129: 633-644.



PEREZ, R. ; ESCARTÍ, MJ. ; DIAZ, A. ; et al.: Estudio descriptivo de pacientes que se autolesionan. Póster X Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla, 2006.

PETTERI, T. ; MELARTIN, T. ; RYTSÄLÄ, H. et al. : Prospective study or risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *British Journal of psychiatry*. 2005 Abr ; 186 :314-318.

PETRONIS, KR; SAMUELS, JF ; MOSCICKI, EK ; et al. : An epidemiologic investigation of potencial risk factors for suicide attemps. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1990; 25 :193-199.

PINGUET, M.: *La mort volontaire au Japon*. París: Gallimard, 1984

PLATT, S. et al.: Parasuicide in Europa: The WHO/EURO multicentre studky on parasuicide. I. Introducción and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiat Scand* 1992; 85: 97-104

PLATT, S. ; KREITMAN, N. : Trends in parasuicide and unemployment among men in Edinburgh, 1968-82. *BMJ* 1984, 289 : 1029-1032

PLATT, S. : Parasuicide and unemployment. *British Journal of Psychiatry*, 1986, 149 : 401-405

POKORNY, A.D.: Suicide rates in various psychiatric disorders. *J. or Nerv. And Ment. Diseases*, 1964; 139: 499-506

POLDINGER,, W.: *La tendencia al suicidio*. Madrid: Morata, 1969

POLEWKA, A.; CHROSTEK, J.; KAMENCZAK, A. et al.: Committed suicide in the background of the history of previous suicide attempts a 5 year prospective study of suicide attempts. *Przegl Lek*. 2005; 62(6): 419-21.

PONIZOVSKY, AM.; RITSNER, MS.: Suicide ideation among recent ummigrants to Israel from the former Soviet Union: an epidemiological survy of prevalence and risk factors. *Suicide Life Threat Behav*, 1999;29:376-392.

QUEREJETA, I.; BALLESTEROS, J.; BENITO, R. et al.: Suicidal behaviour in Spain (Basque Country) en: Schmidtke eds. *Suicidal Behaviour in Europe: resultats from the who/euro multicientre study on suicidal behaviour*. Hogrefe & Huber 2004.

QUINNETT, P.: Suicidio: La decisión de por siempre. Ed. revisada. N.Y. Continuum, 1992.

RABINER, C.J.; WEGNER, J.T.; KANE, J.M.: Suicide in a psychiatric population. *Psychiatric Hosp.*, 1982; 13 (2): 55-59

RIBES CUENCA, J.: Estudio epidemiológico de las tentativas de suicidio en la ciudad de Valencia y su área metropolitana. Tesis Doctoral. Valencia 1995.

RICH, CL.; YOUNG, D.; FOWLER, RC.: San Diego suicide study I. Young vs old subjects. *Arch Gen Psychiatry*, 1986; 43: 577-582.

RINGEL, E.: Der Selbstmord. Abschluss einer Krankhaften psychischen entwicklung. Viena-Düsseldorf: Maudrich, 1953

RODRIGUEZ MARTINEZ, A.: El suicidio en la esquizofrénia. En: La conducta suicida. Ros Montalbán, S (ed.) Ed. Ela, 1997.

ROJAS MONTES, E.: Estudios sobre el suicidio. Barcelona: Salvat; 1984

ROY, A.: Suicide in recurrent affective disorder patients. *Can J. Psychiatry* 1984; 29: 319-322.

ROY, A.: Depression, attempted suicide and suicide in patients with schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.* 1986; 9: 193-206

RUDD, D.; JOINER, T.; RUMZEK, H.: Childhood diagnoses and later risk for multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 34 (2)Summer 2004. The American Association of Suicidology.

RUEGGSEGGER, P.: Selbstmordversuche. Klinische, statistische und katamnestische untersuchungen and 132 suicidversuch-patienten des basler psychiatrischen universitatsklinik. *Psychiat. Neurol.* 146, 81. 1964.

SAIZ MARTINEZ, PA.; COCAÑA, I.; GONZÁLEZ-QUIRÓS, M. et al: Perfil lipídico y conducta parasuicida. *An Psiquiatr.* 1994; 10 (sup 1): 43.

SAIZ MARTINEZ, PA.; COCAÑA, I.; GONZÁLEZ-QUIRÓS, M. et al.: Psychological evaluation in parasuicide behaviour. X World Congress of Psychiatry. Madrid, 1996a.

SAIZ MARTINEZ, PA.; GONZÁLEZ, MP.; BOUSOÑO, M. et al.: Colesterol y “mortalidad no natural”. *Psiquiatría biológica* 1996b; 3: 21-28.

SAIZ MARTINEZ, PA.; GONZALEZ, MP.; COCAÑA, I. et al.: Epidemiología. En: BOBES J, GONZÁLEZ JC, SAIZ PA. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Massón; 1997a

SAIZ MARTINEZ, PA.; BOBES, J.; GONZÁLEZ, MP. et al.: Searching for a predictive peripheral biological model in parasuicidal behaviour. *Eur Psychiatry* 1997b; 12: 75-81

SALANDER, E.; JIANG, G.; OLSSON, L.; et al.: Suicidal behaviour in Sweden. En: Schmidtke, A. et al. (eds) *Suicidal behaviour in Europe: results from the WHO/EURO multicentre study on suicidal behaviour*. Chap. 7: 57-67

SANCHEZ, A.; CASTELLANO, M.: Estudio de algunos factores epidemiológicos en los intentos de suicidio. *Revista Española de Medicina Legal* 1979, VI (18-19): 68-73

SANCHEZ FERNANDEZ, R.: Suicidio en un área Asturiana, partido judicial de Grado. Años 1980-1994. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo, 1996

SANCHEZ, A.; CASTELLANO, M.: Estudio de algunos factores epidemiológicos en los intentos de suicidio. *Revista Española de Medicina Legal*, 1979, VI (18-19): 68-73

SAREEN, J.; COX, B.; AFIFI, T. et al.: Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts. *Archives of General Psychiatry*. 2005 Nov; 62(11): 1249-1257.

SARTORIUS, N.: Introducción al Simposio Internacional sobre el suicidio. *Psicopatología*, 5, 2 : 81-84. 1985

SARRÓ B.; DE LA CRUZ, C.: *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca, 1991.

SCHMIDTKE, A; BILLE-BRAHE, U; DE LEO KERKHOFF, A. et al.: Attempted suicide in Europe: rate, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the QWHO/EURO multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatric Scan*, 1996: 327-338

SCHNEIDER, P.B.: La tentative de suicide. Paris. Neuchatel: Delachaux et Niestlé. 1954

SCHNEIDMAN, ES.: Suicide. En: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol. II, 2ª ed.. Freedman, AM, Kaplan, HL.; Sadock, BJ (eds.). Baltimore: Williams & Wilkins, 1976; pp: 1774-1785

SCHNEIDMAN, ES.: Suicidology, contemporary developments. New York: Grune-Stratton, 1976

SCHNEIDMAN, ES.: Definition of suicide. New York: Wiley, 1985

SCHNEIDMAN, E.; FARBEROW, NL.; LITMAN, R.: The Psychology of Suicide: A clinical's guide to evaluation and treatment. Jason Aronson INC. New Jersey, 1994

SCHNYDER, U.; VALACH, L.; BICHSEL, K. et al.: Attempted suicide: Do we understand the patient's reasons. General Hospital Psychiatry 1999; 21(1):62-69.

SEGUI, J.: Las tentativas autolíticas atendidas en el servicio de urgencias de un hospital general (I). Actas Luso-Españolas Neurol Psiquiatr 1989b, 17 (4): 274-280

SEGUI, J.: Las tentativas autolíticas atendidas en el servicio de urgencias de un hospital general (II). Actas Luso-Españolas Neurol Psiquiatr 1989a, 17 (5): 353-359

SELLAR, C.; HAWTON, K.; GOLDECRE, MJ.: Self-poisoning in adolescents. Hospital admissions and deaths in the Oxford region 1980-85. Br J Psychiatry 1990, 156:870-886.

SIERRA, M.; CASADO, M.; ALVAREZ, S. et al.: Tentativas autolíticas en la urgencia del hospital general. Poster entregado al Congreso de Psiquiatría Biológica. Palma de Mallorca, 8 al 11 de Junio de 1994

SLATER, E. y ROTH, M.: Suicide Mayer-Gross Slater and Roth Clinical Psychiatry. Londres: Baillière Tindall, 1969 (Reimpresión, 1986); 787-792.

SOLOFF, P.H.: Risk factors for suicidal behaviour in borderline personality disorders. Am J Psych, 1994; 159 (9). 1316-1324

SOTO LOZA, A.; RUIZ OTAZO, A.: Epidemiología del suicidio en España. Monografías de Psiquiatría, 1995; VII (1): 14-20

STENGEL, E.: *Selbstmord und Selbstmordversuche*. Psychiatrieder Genwart, III, 51. Berlin: Springer, 1961

SUDHIR KUMAR, CT.; MOHAN, R.; RANJITH, G. et al.: Characteristics of high intent suicide attempters admitted to a general hospital. *J. Affect Disord*. 2006 Mar; 91(1):77-81.

SUOMINEN, K.; ISOMETSA, E.; HENRIKSSON, M. et al.: Suicide attempts and personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 1999; 99: 214-219.

TAVANI-PETRONE, C.: *Psiquiátricas emergencias*. *Prim Care* 1986, 13:157-167.

TAIMINEN, TJ.; SAARIJARVI, S.; HELENIUS, H. et al.: Alexithymia in suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 195-198

TANNEY, B.L.: *Mental disorders, psychiatric patients, and suicide*. En: Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, Yufit IR, eds. *Assesment and prediction of suicide*. New York: The Guilford Press, 1992

TARDIFF, K.: The risk of assaultive behavior in suicidal patients. *Acta Psychiatr Scand*. 64: 295-300. 1981.

TEJEDOR, MC.; PERICAY, JM.; CASTILLÓN, JJ.: *Epidemiología del suicidio: factores individuales y sociales*. *Jano*, 1998; 2 (9) : 9-14

TEJEDOR, MC.; DIAZ, A.; CASTILLÓN, JJ. et al: Attempted suicide: repetition and survival- findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 1999 Sep;100(3):205-11.

TEJEDOR, MC.: *Una ayuda continuada en los cinco años posteriores al intento de suicidio haría que la supervivencia de este individuo se situara en la media de la población*. Europa Press. 2006 Nov.

TSOH, J.; CHIU, HF.; DUBERSTEIN, PR.; et al.: Attempted suicide in elderly Chinese persons: a multi-group, controlled study. *Am. J. Geriatr Psychiatry*. 2005 Jul; 13(7):562-71

VALENCIANO, D.; LÓPEZ, SP.; NÚÑEZ, AB.; et al.: *Análisis de los gestos autolíticos atendidos en el servicio de urgencias del HGU Guadalajara*. Póster X Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla, 2006.

VALTONEN, H.; SUOMINEN, K.; MANTERE, O. et al.: Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J clin Psychiatry*. 2005 Dic; 66(11):1456-1462.

VAN HEERINGEN, C.; MEERSCHAERT, T. & BRAECKMAN, N.: Suicidal behaviour in Belgium. En: Schmidtke, A. et al. (eds) *Suicidal behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicentre Study on suicidal behaviour*. 2004, Chap. 11: 107-111.

VAZQUEZ, CI.; FERNANDEZ-MIRANDA, SR.; SANCHEZ, MC.: et al.: Valoración de intentos autolíticos atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general. Póster X Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla, 2006.

VIETA, E.; NIETO, E.; GASTO, C. et al.: Serious suicide attempts in affective patients. *J.Affect Disord*. 1992 Mar;24(3):147-52

VILLASANA CUNCHILLOS, A.; MEDRANO, J.; DIEZ TEJEDOR, L. Et al.: Servicios de urgencias de un hospital general: tentativas de suicidio en Vizcaya. *Psiquis*. 1990, 11 (9): 25-30.

VIZAN, R.; GRACIA, R.; HENRY, M.: Epidemiología de las tentativas de suicidio. *Folia Neuropsiquiátrica*, 1994b; 29: 35-54

WARSHAW, MG.; MESSION, AO.; PETERSON, LG., et al.: Suicidal behaviour in patients with panic disorders: retrospective and prospective data. *J.Affect Disord*, 1995. 34: 235-247

WASSERMAN, D. y SPELBERGER, S.: Attempted-suicide trends in Stockholm Country, Sweden, 1975-1985. *Acta Psychiatr Scand*, 1989, 81: 190-196

WEISMANN, AD.; JORDEN, JW: Risk-rescue rating in suicide assessment. *Arch Gen Psychiatry* 1972. 20. 553-560

WEISSMAN, M.: The epidemiology of suicide attempts, 1960-71. *Arch Gen Psychiatry*, 1974, 30: 737-746

YIP, P.; YANG, K.: A comparison of seasonal variation between suicide and attempts in Hong Kong SAR. *J. Affect Disord*. 2004 Sep, 81(3): 251-257.

ZAHL, DL.; HAWTON, K.: Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11583 patients. *British Journal of Psychiatry*, 2004 Jul; 185 (7): 70-75.

**(ANEXO I)**

**WHO/EURO MULTICENTRE STUDY OF SUICIDAL BEHAVIOUR  
MONITORING FORM**

**V1: HISTORIA CLINICA HOSPITAL CENTRAL**

**V2: CENTRO**

**OVIEDO = 40**

**V3: SEXO**

**1 = HOMBRE**

**2 = MUJER**

**V4: EDAD**

**V5: HORA DE LA CONDUCTA PARASUICIDA**

**V6: DIA DE LA CONDUCTA PARASUICIDA**

**V7: MES**

**V8: AÑO**

**V9: DERIVACION**

**0 = NO**

**1 = CENTRO DE SALUD MENTAL**

**2 = UNIDAD DE PSIQUIATRIA**

**3 = CENTRO DE ATENCION PRIMARIA**

**4 = UNIDAD DE HOSPITALIZACION NO PSIQUIATRICA**

**5 = PSIQUIATRA PRIVADO**

**6 = CARCEL**

**8 = DESCONOCIDO**

**9 = NO FIGURA**



## **V10: METODO EMPLEADO**

**60 = AUTOENVENENAMIENTO POR ANALGESICOS NO NARCOTICOS, ANTIPIRETICOS Y ANTIREUMATICOS**

**61 = AUTOENVENENAMIENTO POR BARBITURICOS, OTROS SEDANTES, HIPNOTICOS Y OTROS AGENTES PSICOTROPOS**

**62 = AUTOENVENENAMIENTO POR OPIACEOS, NARCOTICOS Y PSICODISLEPTICOS**

**63 = AUTOENVENENAMIENTO POR OTRAS DROGAS ACTIVANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y AUTONOMO**

**64 = AUTOENVENENAMIENTO POR OTRAS DROGAS Y/O MEDICAMENTOS**

**65 = AUTOENVENENAMIENTO POR ALCOHOL**

**66 = AUTOENVENENAMIENTO POR PRODUCTOS DERIVADOS DEL PETROLEO, DISOLVENTES Y SUS VAPORES**

**67 = AUTOENVENENAMIENTO POR OTROS GASES Y VAPORES**

**68 = AUTOENVENENAMIENTO POR PESTICIDAS, HERBICIDAS Y OTROS TOXICOS QUIMICOS UTILIZADOS EN LA AGRICULTURA**

**69 = AUTOENVENENAMIENTO POR OTROS PRODUCTOS QUIMICOS Y SUSTANCIAS NOCIVAS**

**70 = AUTOAGRESION POR ESTRANGULACION Y SOFOCACION**

**71 = AUTOAGRESION POR INMERSION ACUATICA**

**72 = AUTOAGRESION POR DISPARO DE ARMA DE FUEGO CORTA (PISTOLA)**

**73 = AUTOAGRESION POR DISPARO DE ARMA DE FUEGO LARGA (ESCOPETA, RIFLE)**

**74 = AUTOAGRESION POR OTRAS ARMAS DE FUEGO SIN  
ESPECIFICAR**

**75 = AUTOAGRESION POR MATERIAL EXPLOSIVO**

**76 = AUTOAGRESION POR FUEGO Y LLAMAS**

**77 = AUTOAGRESION POR HORNO, VAPORES CALIENTES Y  
OBJETOS CALIENTES**

**78 = AUTOAGRESION POR OBJETOS CORTANTES**

**79 = AUTOAGRESION POR INSTRUMENTOS CONTUNDENTES**

**80 = AUTOAGRESION POR ARROJARSE AL VACIO DESDE UN  
LUGAR ALTO ESTATICO**

**81 = AUTOAGRESION POR ARROJARSE AL VACIO DESDE UN  
LUGAR ALTO DESDE UN OBJETO EN MOVIMIENTO**

**82 = AUTOAGRESION POR CHOQUE CON VEHICULO DE MOTOR**

**83 = AUTOAGRESION POR OTROS MEDIOS ESPECIFICADOS**

**84 = AUTOAGRESION POR OTROS MEDIOS SIN ESPECIFICAR**

**88 = DESCONOCIDO O NO APLICABLE**

**99 = NO PREGUNTADO U OTRAS RAZONES**

**V11: INTENTOS PREVIOS**

**0 = NUNCA**

**1 = SI, DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES**

**2 = SI, HACE MAS DE UN AÑO**

**3 = SI, PERO ES UN DATO DESCONOCIDO O INSEGURO**

**8 = DESCONOCIDO O NO APLICABLE**

**9 = NO PREGUNTADO U OTRAS RAZONES**

**V12: PAIS DE NACIMIENTO**

**888 = DESCONOCIDO O NO APLICABLE**

**999 = NO PREGUNTADO U OTRAS RAZONES**

**V13: NACIONALIDAD**

**888 = DESCONOCIDO O NO APLICABLE**

**999 = NO PREGUNTADO U OTRAS RAZONES**

**V14: DIRECCION (CODIGO POSTAL EN EL MOMENTO DE LA CONDUCTA PARASUICIDA, SE DEBE QUITAR EL PRIMER DIGITO)**

**8888 = DESCONOCIDO O NO APLICABLE**

**9999 = NO PREGUNTADO U OTRAS RAZONES**

**V15: CAMBIO DE DIRECCION DURANTE EL ULTIMO AÑO**

**1 = LA DIRECCION ES LA MISMA DURANTE EL ULTIMO AÑO Y COINCIDENTE CON LA DIRECCION QUE TENIA CUANDO HIZO EL INTENTO**

**2 = CAMBIO DE DIRECCION, PREVIAMENTE RESIDIA EN ALGUNA ZONA DEL MISMO AREA**

**3 = CAMBIO DE DIRECCION, PREVIAMENTE RESIDIA FUERA DEL AREA, PERO EN EL MISMO PAIS**

**4 = CAMBIO DE DIRECCION, PREVIAMENTE RESIDIA EN EL EXTRANJERO**

**8 = DESCONOCIDO O NO APLICABLE**

**9 = NO PREGUNTADO U OTRAS RAZONES**

**V16: ESTADO CIVIL**

**1 = SOLTERO**

**2 = VIUDO**

**3 = DIVORCIADO**

**4 = SEPARADO**

**5 = CASADO 1 VEZ**

**6 = CASADO EN SEGUNDAS NUPCIAS**

**7 = PAREJA**

**8 = DESCONOCIDO O NO APLICABLE**

**9 = NO PREGUNTADO U OTRAS RAZONES**

**V17: CONVIVENCIA**

**0 = VIVE SOLO**

**1 = VIVE SOLO PERO CON NIÑOS**

**2 = VIVE CON PAREJA Y NIÑOS**

**3 = VIVE CON PAREJA SIN NIÑOS**

**4 = VIVE CON SUS PADRES**

**5 = VIVE CON OTRAS PERSONAS, AMIGOS, ETC.**

**6 = VIVE EN UNA INSTITUCION**

**7 = OTROS**

**8 = DESCONOCIDO O NO APLICABLE**

**9 = NO PREGUNTADO U OTRAS RAZONES**

**V18: NIVEL EDUCATIVO**

**1 = ESTUDIOS PRIMARIOS O MENOS (2º ESO INCLUSIVE O EGB)**

**2 = ESTUDIOS MEDIOS (COU, FP, ETC)**

**3 = ESTUDIOS SUPERIORES (UNIVERSITARIOS)**

**8 = DESCONOCIDO O NO APLICABLE**

**9 = NO PREGUNTADO U OTRAS RAZONES**

**V19: NIVEL ECONOMICO**

**1 = CON ACTIVIDAD ECONOMICA Y TRABAJANDO**

**2 = CON ACTIVIDAD ECONOMICA. PARO**

**3 = SIN ACTIVIDAD ECONOMICA Y SIN PERCIBIR PRESTACIONES**

**4 = PREJUBILADO O JUBILADO**

**8 = DESCONOCIDO O NO APLICABLE**

**9 = NO PREGUNTADO U OTRAS RAZONES**

**V20: DURACION DEL DESEMPLEO EN SEMANAS**

**888 = DESCONOCIDO O NO APLICABLE**

**999 = NO PREGUNTADO U OTRAS RAZONES**

**V21: ICD-1, ICD-2**

**DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS, UTILIZAR ICD-10**

**888.88 = DESCONOCIDO O NO APLICABLE**

**999.99 = NO PREGUNTADO U OTRAS RAZONES**

**V22: INTENCIONALIDAD SUICIDA**

**1 = INTENTO DELIBERADO**

**2 = POCA INTENCIONALIDAD**

**3 = SOBREDOSIS**

**4 = INTENCIONALIDAD SERIA**

**8 = DESCONOCIDO O NO APLICABLE**

**9 = NO PREGUNTADO U OTRAS RAZONES**

**V23: INTENCION DEL INTENTO**

**1 = CERTEZA**

**2 = INCIERTO**

**8 = DESCONOCIDO O NO APLICABLE**

**9 = NO PREGUNTADO U OTRAS RAZONES**

**V24: REPETICION DEL INTENTO**

**0 = NO EXISTE REPETICION DURANTE EL TIEMPO DE MONITORIZACION (ES DECIR DURANTE EL TIEMPO QUE LO ESTAMOS ESTUDIANDO)**

**1 = PRIMERA REPETICION**

**2 = SEGUNDA REPETICION O MAS**

**88 = DESCONOCIDO O NO APLICABLE**

**99 = NO PREGUNTADO U OTRAS RAZONES**

**V25: DIAS TRANSCURRIDOS ENTRE LA REPETICION DE LA CONDUCTA**

**8888 = DESCONOCIDO O NO APLICABLE**

**V26: ¿TIENE HISTORIA CLINICA EN EL CENTRO?**

**0 = NO**

**1 = SI**

**V27: NUMERO DE HISTORIA DEL C.S.M.**

**V28: CONCEJO AL QUE PERTENECE**