

EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DEL INTENTO SUICIDA EN POBLACIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Ángel Felipe García-Martín (1,2), Andrés Santiago-Sáez (1,3), Elena Labajo-González (1), María Elena Albarrán-Juan (1), Enrique Olivares-Pardo (1) y Bernardo Perea-Pérez (1)

(1) Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid. España.
(2) Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Madrid. España.
(3) Servicio de Medicina Legal. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: Los intentos de suicidio han aumentado considerablemente en las últimas décadas. Son de causa multifactorial con componentes biopsicosociales prevenibles. El intento suicida constituye un evento vital que repercute en el sistema familiar y en el socioeconómico, presentando importantes repercusiones en la salud pública. El objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo y protección que se asociaban con el intento suicida en la población hospitalaria de un área de la Comunidad de Madrid.

Métodos: Se realizó un estudio analítico de casos-contrroles pareados de los pacientes que acudieron por intento de suicidio al hospital de referencia del Área 6 de la Comunidad de Madrid durante el año 2016. Se calcularon porcentajes y para establecer la asociación se utilizaron pruebas de chi-cuadrado y cálculo de *odds ratio* con sus intervalos de confianza y para una significación estadística de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se reconoció asociación con el intento suicida de las siguientes variables: depresión, conflictividad de pareja, antecedentes psiquiátricos y elevada ansiedad, entre otros. Se halló influencia de insuficientes ingresos económicos y el escaso nivel educativo. De los 67 casos, 59,7% fueron del sexo femenino, con un predominio de los grupos etarios de 21-30 y 31-40 años con 28,36% en ambos. El 82,2% presentaron bajos ingresos económicos. Un 35,8% consumía drogas. El 62,7% presentaba alguna enfermedad crónica. Presentaron ansiedad elevada un 59,7%, depresión mayor el 53,7% e impulsividad alta el 67,1%.

Conclusiones: Existen factores psicopatológicos y personales de conducta relacionados con los intentos de suicidio, así como un alto porcentaje de personas que intentan suicidarse por factores de privación socioeconómica y cultural.

Palabras clave: Intento suicida, Factores de riesgo, Casos-contrroles, Prevención.

ABSTRACT

Evaluation of risk factors for suicide attempt in a hospital clinical population in the Community of Madrid

Background: Suicide attempts have increased considerably in recent decades. They are multifactorial in nature with preventable biopsychosocial components. Suicide attempt constitutes a vital event that affects the family and socioeconomic systems with important repercussions on public health. It is important to identify and analyze the associated risk factors, so that health professionals can consider them in their clinical practice in order to prevent them. The objective of this study was to identify the risk and protection factors that were associated with suicide attempt in the hospital population of an area of the Community of Madrid.

Methods: An analytical study of paired case-controls of patients who attended the reference hospital in Area 6 of the Community of Madrid during 2016 was carried out. Percentages were calculated and chi-square tests were used to establish an association and calculation of odds ratio with its confidence intervals and for a statistical significance of $p \leq 0.05$.

Results: An association was identified between the suicide attempts of the following variables: depression, couple conflict, psychiatric history and high anxiety, among others. Influence of insufficient economic income and low educational level was found. Of the 67 cases, 59.7% were female, with a predominance of the age groups 21-30 and 31-40 years with 28.36% in both. 82.2% had low income. 35.8% used drugs. 62.7% had some chronic disease. 59.7% presented high anxiety, 53.7% major depression and 67.1% high impulsivity.

Conclusions: There are psychopathological and personal behavioral factors related to suicide attempts, as well as a high percentage of people who attempt to commit suicide by factors of socio-economic and cultural deprivation.

Key words: Suicidal attempt, Risk factors, Case-controls, Prevention.

INTRODUCCIÓN

El suicidio representa un problema destacado de salud a nivel internacional debido a su alta prevalencia y a su progresivo aumento a través de las décadas⁽¹⁾. A pesar de los esfuerzos en prevención e investigación, estos índices parecen no sufrir ninguna modificación. Así, se calcula que cada año consuman el suicidio un millón de personas en todo el mundo, y que entre veinte y treinta millones de personas lo intentan⁽²⁾.

En España se sitúa como la segunda causa de defunción⁽³⁾ y se convierte en un problema aún más grave en la población adolescente y joven, puesto que los suicidios del grupo de entre 15 y 29 años se consolidan como la tercera causa de defunción⁽⁴⁾. Además, por cada persona que se suicida hay otras 20 tentativas⁽⁵⁾.

El intento suicida es un fenómeno multicausal, no atribuible a un suceso aislado o específico, y dicho antecedente se considera el factor individual de riesgo de suicidio más importante en la población general^(6,7). Los intentos de suicidio generan una pérdida anual a nivel mundial de 20 millones de años de vida ajustados por incapacidad (DALY, *disability adjusted life-years*). La prevención del suicidio es una prioridad de salud pública y se encuentra limitada por la falta de datos para generar intervenciones basadas en la evidencia científica⁽⁸⁾.

En la Comunidad de Madrid, la incidencia del suicidio ha ido aumentando en las últimas décadas y constituye la primera causa de muerte externa, no natural⁽³⁾. Dada la alta prevalencia del intento suicida y su impacto sobre la morbimortalidad en nuestro medio, es muy importante conocer los factores de riesgo para detectar a las personas en riesgo y para esforzarse en reducir el indicador de las defunciones, así como para establecer estrategias preventivas poblacionales e individuales. Todo lo anterior justifica la razón para la realización de este estudio.

El objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo y protección que se asociaban con el intento suicida en la población hospitalaria de un área de la Comunidad de Madrid.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio de casos y controles, realizado en el servicio de Urgencias del Hospital Puerta de Hierro durante 2016. El universo de casos estuvo compuesto por el total de sujetos que ingresaron en el servicio de psiquiatría, que fueron notificados y codificados al alta en 2016 (n=67). Se seleccionaron dos controles por cada caso (n=134), pareados por edad y sexo, y se conservaron las proporciones de hombres y mujeres en ambos grupos con el fin de evitar el sesgo de confusión.

La información se obtuvo mediante la aplicación a los sujetos de un cuestionario diseñado a los efectos del estudio, administrado por el equipo investigador. En el proceso se contó con el apoyo y aprobación de tanto la dirección como los servicios médicos del centro, y se solicitó la disponibilidad para participar en el estudio mediante el consentimiento informado de los participantes o alguno de los familiares más caracterizados.

Para ambos grupos se evaluaron un conjunto de variables dicotómicas, que se categorizaron como “sí” cuando estaban presentes o se manifestaban, y como “no” cuando estaban ausentes: convivencia en pareja, descendencia, escolaridad baja (estudios primarios), empleo, dificultad en el trabajo (limitaciones en la capacitación laboral o en las relaciones interpersonales), ingresos económicos bajos (por debajo del salario mínimo interprofesional), actividad de ocio (de carácter lúdico, deportivo u ocupación de tiempo libre), convivencia hasta los 14 años con los progenitores, separación de los progenitores, relaciones con la familia, conflictividad familiar, relaciones con amistades,

conflictividad con la pareja, consumo de alcohol, consumo de drogas, enfermedad crónica, antecedentes de intento suicida, antecedentes psiquiátricos, ansiedad elevada, depresión mayor e impulsividad alta. Para establecer los niveles de ansiedad y depresión se utilizaron como instrumentos de medida las escalas específicas de Hamilton para ambas expresiones clínicas^(9,10), y para medir el nivel de impulsividad se empleó la escala de Plutchik⁽¹¹⁾.

Para la estadística descriptiva se utilizaron tablas de distribución de frecuencia y porcentaje, y el análisis de los resultados se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 23.0. En el procesamiento de datos se utilizaron técnicas de análisis bivariante, con la prueba de χ^2 para determinar las diferencias entre las variables independientes y la presencia de intento de suicidio (variable dependiente). Se consideraron como estadísticamente significativos aquellos valores de los test que implicaban valores de $p \leq 0,05$. Cuando se obtuvo asociación estadística se efectuó un análisis por categoría utilizando tablas 2x2 para la determinación de χ^2 y *odds ratios* con sus intervalos de confianza del 95%.

RESULTADOS

El número de sujetos incluidos en la investigación fue de 67 casos (33,35%) y 134 controles (66,65%); de todos ellos, 81 personas eran hombres (27 casos y 54 controles) y 120 eran mujeres (40 casos y 80 controles). Las edades estuvieron comprendidas entre los 15 y los 77 años, con una media de 38,8 años. En la **tabla 1** se presentan las variables sociodemográficas y clínicas que nos permitieron una caracterización epidemiológica de los sujetos estudiados. Observamos que existía mayor frecuencia de intento suicida en el sexo femenino (59,7%), con un predominio de los grupos etarios de 21-30 y 31-40 años, registrándose un 28,36% en ambos. De estado

Tabla 1 Características principales de la muestra del intento de suicidio.			
Variable	Categorías	Número (n=67)	Porcentaje (%)
Sexo/Género	Masculino	27	40,3
	Femenino	40	59,7
Grupos de edad	De 15 a 20 años	3	4,48
	De 21 a 30 años	19	28,36
	De 31 a 41 años	19	28,36
	De 41 a 50 años	15	22,39
	De 51 a 60 años	3	4,48
	De 61 a 70 años	6	8,95
	Más de 71 años	2	2,98
Estado civil	Soltero	28	41,8
	Casado	20	29,9
	Viudo	4	5,9
	Separado	13	19,4
	Divorciado	1	1,5
	Pareja de hecho	1	1,5
Escolaridad	Baja	49	73,1
	Media	13	19,4
	Alta	5	7,5
Ingresos económicos	Bajos	55	82,2
	Medios	10	14,9
	Altos	2	2,9
Descendencia	Sí	32	47,8
	No	35	52,2
Consumo de alcohol	Sí	5	7,5
	No	62	92,5
Consumo de drogas	Sí	24	35,8
	No	43	64,2
Enfermadad crónica	Sí	25	37,3
	No	42	62,7
Antecedente suicida previo	Sí	39	58,2
	No	28	41,8
Antecedentes psiquiátricos	Sí	34	50,7
	No	33	49,3
Ansiedad	Elevada	40	59,7
	Media y Leve	27	40,3
Depresión	Mayor	36	53,7
	Leve y Ausente	31	46,3
Impulsividad	Alta	45	67,1
	Media y Baja	22	32,9
Método empleado	Psicofármacos	25	37,3
	Analgésicos	12	17,9
	Otros fármacos	5	7,4
	Productos tóxicos	6	9,0
	Instrumento cortante	13	19,4
	Arma de fuego	1	1,5
	Ahorcamiento	3	4,5
	Precipitación	2	3,0

civil soltero eran el 41,8%, y en relación a la escolaridad encontramos que el 73,1% tenía un nivel bajo. Existía una importante cantidad de personas con ingresos económicos bajos (82,2%), y en el perfil de la descendencia el mayor porcentaje lo ocuparon las personas que no tenían hijos con el 52,2%.

En cuanto a las características clínicas, la mayoría de los sujetos presentaron un consumo bajo/escaso de alcohol (92,5%), y más de un tercio consumía drogas (35,8%). Alrededor de un tercio (37,3%) presentaban enfermedades crónicas, más de la mitad (58,2%) habían tenido intentos de suicidio previo y antecedentes psiquiátricos personales (50,7%). Con ansiedad elevada encontramos un 59,7%, y en relación a la depresión mayor la presentaban un 53,7%, y la impulsividad alta un 67,1%.

En cuanto a los métodos empleados para la tentativa suicida, los resultados mostraron que los métodos menos agresivos, como era la ingesta de fármacos, fueron más frecuentes que los más violentos (62,6%). Se detectó una mayor elección de psicofármacos (37,3%) y una menor preferencia por arma de fuego, precipitación y ahorcamiento (9%).

Como se puede observar en la **tabla 2**, los principales factores de riesgo de intento suicida encontrados en los pacientes estudiados fueron la depresión mayor [OR=37,74 (12,5-113,9)], la conflictividad con la pareja [OR=23,58 (8,5-65)], los antecedentes psiquiátricos [OR=18,69 (7,6-45,9)] y la ansiedad elevada [OR=15,06 (6,9-32,4)]. Se identificó asociación altamente significativa con el intento de suicidio para el consumo de alcohol [OR=10,72 (1,2-93,7)],

Tabla 2
Odds ratio (intervalo de confianza 95%) del riesgo de intento de suicidio según diferentes características.

Factores asociados	Grupos				OR	IC 95%		Valor de p
	Casos		Controles			Mínimo	Máximo	
	n=67	%	n=134	%				
Convivencia en pareja	21	31,3	68	50,7	0,44	0,23	0,82	0,0110
Escolaridad baja	49	73,1	38	28,3	6,87	3,56	13,27	0,0003
Empleo u ocupación laboral	38	56,7	118	88,1	0,17	0,08	0,36	0,0040
Dificultad en el trabajo	11	16,4	5	3,7	5,06	1,68	15,26	0,0040
Ingresos económicos bajos	55	82,2	58	43,3	6,00	2,94	12,23	0,0001
Actividad de ocio	38	56,7	112	83,6	0,25	0,13	0,50	0,0006
Conflictividad con la pareja	32	47,8	5	3,7	23,58	8,55	65,01	0,0001
Consumo de alcohol	5	83,3	1	16,7	10,72	1,22	93,76	0,0006
Antecedentes de intento suicida	39	58,2	0	0	5,78	4,13	8,10	0,0001
Antecedentes psiquiátricos	34	50,7	7	5,2	18,69	7,60	45,93	0,0001
Ansiedad elevada	40	59,7	12	8,9	15,06	6,98	32,46	0,0001
Depresión mayor	36	51,7	4	3	37,74	12,50	113,92	0,0001
Impulsividad alta	45	67,1	26	19,4	8,49	4,36	16,53	0,0001

la impulsividad alta [OR=8,49(4,3-16,5)], la baja escolaridad [OR=6,87 (3,5-13,2)], los bajos ingresos económicos [OR=6,00 (2,9-12,2)], los antecedentes de intento suicida previo [OR=5,78 (4,1-8,1)] y la dificultad en el trabajo [OR=5,06 (1,6-15,2)]. Se pudieron expresar como factores protectores el mantener el empleo u ocupación laboral [OR=0,17 (0,08-0,3)], tener actividades de ocio [OR=0,25 (0,1-0,5)] y tener una convivencia en pareja estable [OR=0,44 (0,2-0,8)].

DISCUSIÓN

La evaluación de los factores de riesgo del intento suicida muestra una asociación en las siguientes variables: la depresión, la conflictividad con la pareja, los antecedentes psiquiátricos, la ansiedad, el consumo de alcohol, la impulsividad, la escolaridad, los ingresos económicos, los antecedentes suicidas previos y la dificultad en el trabajo. Los factores protectores son mantener el empleo u ocupación laboral, tener actividades de ocio y tener una convivencia en pareja estable.

Destacan los valores obtenidos de *odds ratio* (OR) en los grupos de mayor riesgo con la depresión mayor, la conflictividad de pareja, los antecedentes psiquiátricos y la ansiedad elevada.

Los momentos con más riesgo de intento suicida y suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia^(12,13) y la edad avanzada⁽¹⁴⁾, considerando que antes de la adolescencia el intento suicida y el suicidio son excepcionales, debido a la inmadurez cognitiva del individuo⁽¹⁵⁾. En general, los hombres presentan mayores tasas de suicidio consumado y las mujeres mayor número de intentos suicidas^(13,16). Un análisis de la conducta suicida durante 20 años en Holanda encontró que las mujeres realizan dos veces más intentos suicidas que los hombres, predominando las edades entre 20 y 29 años⁽¹⁷⁾, y otro estudio en los servicios de

Urgencias hospitalarias en España lo encontraron en mujeres entre 34 y 53 años^(16,18). En la presente investigación se obtienen similares resultados en cuanto a género, con una media global de 40 años.

Las distimias se revelan en numerosos estudios internacionales como un factor muy importante asociado al intento suicida y, frecuentemente, ocupan el primer lugar^(13,19,20,21,22). Nuestro estudio confirma que la depresión mayor influye claramente en el intento suicida, tal y como establecen diferentes autores^(13,19,20,21,22). Hay que destacar los cambios en el estado de ánimo de estos pacientes, con predominio de la vertiente depresiva mayor, que es el fenómeno más factible de asociarse al intento suicida^(21,22,23).

El contar con un buen apoyo sociofamiliar se considera un factor de protección para la conducta suicida, siendo la pareja una de las bases principales de apoyo. Se observa una asociación estadística significativa entre no tener pareja y el intento suicida⁽²⁴⁾. En nuestra investigación, la convivencia con pareja estable se presenta como factor de protección frente a la tentativa suicida. La presencia de acontecimientos vitales o crisis en la pareja constituyen una fuente manifiesta de estrés individual, lo que puede considerarse como un factor de riesgo importante en el caso de los intentos suicidas. La conflictividad de pareja resulta asociada al intento suicida en nuestro estudio, al igual que ocurre en diversas investigaciones que lo encuentran de modo más frecuente entre individuos que viven solos o carecen de apoyo social^(24,25,26).

El intento suicida se asocia con frecuencia a la presencia de trastornos mentales en la mayoría de categorías diagnósticas (depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de alcohol y de

otras sustancias y trastornos de personalidad)^(13,16,21,22,23). En nuestro estudio se observa que los antecedentes psiquiátricos previos son factores de riesgo de intento suicida, y resulta interesante porque estos factores psicopatológicos pueden ser modificables clínicamente⁽²¹⁾.

Los trastornos de ansiedad previa pueden asociarse con tasas elevadas de intento suicida^(16,18,27). Sin embargo, no está demostrado que los trastornos de ansiedad representen factores de riesgo independientes, pues puede ser que se asocien a otras comorbilidades como la depresión^(19,20,21,24), el consumo de drogas o sustancias ilícitas^(16,23) y los trastornos de personalidad^(22,23). En este estudio, los individuos con fuerte ansiedad presentan un elevado riesgo de intento suicida, y estos hallazgos señalan que, junto a otros factores individuales de riesgo como la depresión y la impulsividad, puede aumentar la angustia a un extremo tal que resulte desesperante y determine al individuo a buscar una vía de escape a través del intento suicida. Una cualidad personal que puede estar asociada a la conducta suicida es la impulsividad^(16,22,28). Este factor varía en función de la edad y, junto con otros rasgos de personalidad como agresividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad, pueden ser marcadores útiles de riesgo suicida. Nosotros hallamos que la impulsividad alta presenta un mayor riesgo de intento suicida.

El consumo de alcohol ejerce un papel muy significativo en el riesgo de intento de suicidio, particularmente a dosis altas⁽²⁹⁾. El alcohol no es sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante de la conducta suicida, y este abuso suele asociarse con otros procesos comórbidos⁽³⁰⁾. Hay coincidencia en los hallazgos de nuestra investigación con el abuso de alcohol y el riesgo suicida.

En las sociedades desarrolladas, la pérdida de empleo, el nivel educativo menor y la pobreza se asocian con un mayor riesgo

suicida^(6,12,13,16,18,24,31,32,33), pudiéndose considerar el desempleo como una situación estresante que incrementa el riesgo de suicidio. En el presente estudio mostramos que los sujetos que mantienen el empleo y que desarrollan actividades de ocio en el tiempo libre presentan una mayor protección frente al riesgo de intento suicida.

Los intentos suicidas previos son el predictor más robusto de riesgo suicida^(22,23). Datos de un metanálisis muestran como los intentos suicidas previos son el factor más importante de los cinco estudiados (depresión, abuso de alcohol y otras sustancias, situación laboral o estado civil)⁽³⁴⁾. En nuestro estudio encontramos que los individuos con antecedentes de intento suicida previos tienen más riesgo de repetirlo que aquellos otros que nunca lo intentaron.

Los autores consideran que, con las limitaciones de este tipo de estudio (intervalos de confianza muy amplios debido al tamaño muestral y la posibilidad de haber añadido un control más a cada caso para obtener mayor robustez), los factores psicopatológicos (depresión mayor, antecedentes psiquiátricos, consumo de drogas e intentos autolíticos previos) y algunos factores personales y conductuales (ansiedad elevada, impulsividad alta, conflictividad con la pareja), junto con la privación de ciertos factores socioeconómicos y laborales (escolaridad baja, dificultad en el trabajo ingresos económicos insuficientes), se constituyen en fundamentales para el intento de suicidio. La convivencia estable con la pareja, mantener actividades de ocio en el tiempo libre y mantener el empleo se presentan como factores protectores frente al mismo. La existencia de estos factores, que pueden interrelacionarse entre sí, implica una probabilidad real de riesgo suicida en nuestro medio, lo cual permite identificarlos en la clínica y poder actuar sobre aquellos que sean modificables. Los médicos deben prestar especial atención a los pacientes con depresión

y ansiedad comórbidos, en presencia de los factores de riesgo identificados y relacionados con el intento de suicidio.

A modo de conclusiones, se identifican como principales factores de riesgo suicida la depresión mayor, la conflictividad de pareja, los antecedentes psiquiátricos y la elevada ansiedad, y como protectores la convivencia en pareja estable, mantener actividades de ocio y tener empleo. Todos ellos deben ser considerados en la práctica clínica para poder actuar sobre aquellos que sean modificables.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneve: 2012. Document Production Services; 2012.
2. World Health Organization Preventing suicide: A global imperative. Geneve: 2014 Disponible en: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/.
3. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones por causas (lista detallada), sexo y edad [informe]. Madrid: INE; 2019. Disponible en: <http://www.ine.es>.
4. Navarro-Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clinica y Salud* 2017;28:25-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002>.
5. Prevención del suicidio. Recursos para consejeros. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2013.
6. Beghi M, Rosenbaum JF, Cerri C, Cornaggia CM. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: a literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013;9(1):1725-1736.
7. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *Am J Psychiatry* 2016;173(11):1094-1100.
8. Summary of National Strategy for Suicide Prevention: Goals and objectives for action. (Substance abuse and mental health services administration website). Disponible en: <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA01-3518/default.asp#goal11>.
9. Hamilton M. A rating scale for anxiety disorders. *Br J Med Psychology* 1959;32:50-55.
10. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
11. Plutchik R, Van Praag H. The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1989;13:23-34.
12. Picazo-Zappino J. Suicide among children and adolescents: a review. *Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(3):125-32.
13. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, Almansa J, Codony M, Haro JM. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. resultados del estudio ESEMeD. *Med Clínica* 2007;129(13):481-486. doi.org/10.1157/13111370.
14. Yeates C, van Orden KA, Caine ED. Suicidio en ancianos. *Psiquiatría Biológica* 2012;19 (4): 127-136.
15. Kann L, Kinchen SA, Williams BL, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA et al. Youth risk behavior surveillance-United States, 1999. State and local YRBSS Coordinators. *J Sch Health*. 2000;70(7):271-85.
16. Sánchez-Teruel D, Muela-Martínez JA, González-Cabrera M, Fernández-Amela MR, García-León A. Variables relacionadas con la tentativa suicida en una provincia de España Durante tres años (2009-2011). *Ciencia & Saude Coletiva* 2018;23(1):277-286. doi: 10.1590/1413-812320182231.23752015.
17. Marquet RL, Bartelds AIM, Kerkhof AJFM, Schellevis FG, Van der Zee J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003. *BMC family practice* 2005;6:45.

18. Sánchez-Teruel D, Robles-Bello MA. Variables demográficas que predicen el intento de suicidio en población local española. *Arch Med (Manizales)* 2020;20(1):107-115. <https://doi.org/10.30554/archmed.20.1.3468.2020>.
19. Riihimähi K, Vuorilehto M, Melartin T, Haukka J, Isometsä E. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. *Psychological medicine*. 2014;44(2):291-302.
20. Bolton JM, Pagura J, Enns MW, Grant B, Sareen J. A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *J Psychiatr Res*. 2010;44(13):817-826.
21. Baca E, Aroca F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*. 2014;37:373-380.
22. Gómez Tabares AS, Núñez C, Caballo VE, Agudelo MP, Grisales AM. Predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Behavioral Psychology* 2019;27(3):391-413.
23. López Steinmetz LC. Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Ciencias Psicológicas* 2017;11(1):89-100. doi:10.22235/cp.v11i2.1350.
24. Huerta Ramírez R. Conducta suicida en población general adulta española. *Informaciones psiquiátricas* 2017;227.
25. Lara E, Aranda C, Zapata R, Bretones C, Alarcón R. Ideación suicida y apoyo social en mujeres maltratadas. *UCE Ciencia* 2019;7(1).
26. Alejo K. Long-Term Physical and Mental Health Effects of Domestic Violence. *Themis: Research Journal of Justice Studies and Forensic Science* 2014;2(5). Disponible en: <https://scholarworks.sjsu.edu/themis/vol2/iss1/5>.
27. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2016;43:30-46.
28. Calvo N, Valero S, Ferrer M, Barral C, Casas M. Impulsive clinical profile of borderline personality disorder with comorbid substance use disorder. *Actas Esp Psiquiatr*. 2016;44(4):145-52.
29. Borges G, Bagge CL, Cherpitel CJ, Conner KR, Orozco R, Rossow I. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychol Med*. 2017;47(5):949-957.
30. Calvo-García F, Giralt-Vázquez C, Calvet-Roura A, Carbonells-Sánchez X. Riesgo de suicidio en población sin hogar. *Clínica y Salud* 2016;27:89-96. doi: 10.1017/S0033291716002841.
31. Iglesias-García C, Sáiz PA, Burón P, Sánchez-Lasheras F, Jiménez-Treviño L, Fernández-Artamendi S, Al-Halabi S, Corcoran P, García-Portilla MP, Bobes J. Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017;10(2):70-77.
32. Fountoulakis KN, Savopoulos C et al. Rate of Suicide and Suicide Attempts and Their Relation to Unemployment in Thessaloniki, Greece (2000-2012). *J Affect Disord*. 2015;174:131-136.
33. Córdoba-Dona JA, San Sebastián M, Escolar-Pujolar A, Martínez-Faure JE, Gustafsson PE. Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, southern Spain. *Int J Equity Health* 2014;13:55.
34. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: metaanalyses based on psychological studies. *Environ Health Prev Med*. 2008;13:243-256.