

DIFERENCIAS ENTRE SEXOS DE LAS PERSONAS INGRESADAS POR IDEACIÓN/TENTATIVA SUICIDA DE ALTO RIESGO EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL. ESPAÑA

DIFFERENCES BETWEEN THE SEXES OF PERSONS ADMITTED FOR SUICIDAL IDEATION/ATTEMPT AT HIGH RISK IN THE HEALTH AREA OF FERROL. SPAIN

Manuel Castro-Bouzas¹
y Miguel A. Talavera-Valverde^{1,2}

Resumen

Para obtener un perfil tipo de ingreso por conducta o ideación suicida de alto riesgo, analizamos diferencias entre sexos de personas que ingresaron en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de Ferrol. Utilizamos una metodología cuantitativa, con diseño transeccional descriptivo. Tuvimos en cuenta variables: sociodemográficas, clínicas y asistenciales de 2012-2014 recogidas mediante MONSUE en 139 sujetos y 185 episodios. Utilizamos chi-cuadrado y ANOVA (SPSS.18.0©) para analizar los datos. La significación estadística ($p < 0,05$) estuvo presente en situación y actividad laboral, convivencia y letalidad del intento, personalidad patológica y consumo de tóxicos, y asistencia y tentativas previas. Las tentativas de suicidio fueron escalonadas y al alza, predominando el sexo femenino en entornos urbanos.

Palabras clave: Intento de Suicidio; Hospitalización; Epidemiología Descriptiva; Perfil de Salud.

Abstract

Our aim was to obtain a profile of inpatients with high risk suicidal behaviour. In a Spanish psychiatric ward, we analyze aforementioned inpatients using quantitative methods, with a cross-sectional descriptive design. We take into account several variables (socio-demographic, clinical and healthcare variables) from 2012 until 2014, collected by MONSUE in 139 individuals through 185 episodes. We employ chi-square and ANOVA (SPSS.18.0 (C)) for statistical analysis. Some variables reach conventional levels of statistical significance: women, urban, labour situation and job category, usual household composition, attempt lethality, presence of pathological personality, drug use, previous suicide attempts and healthcare assistance related to. During this time the attempted suicides were growing.

Key words: Suicide, Attempted; Hospitalization; Epidemiology, Descriptive; Health profile.

Recibido: 19-12-16 | Aceptado: 19-02-18

INTRODUCCIÓN

Los suicidios suponen un problema asistencial, en España, según fuentes del Ministerio de Economía y Competitividad (2009) y la World Health Organization (WHO) (2014), las muertes por suicidio en 2012 supusieron el 0'878% de todas las muertes en la población, alcanzando la tasa de suicidios en España la cifra de 7'6 por cada 100.000 personas (11'8 para los hombres y 3'4 para las mujeres), aumentando un 11'3% respecto al año 2011, y convirtiéndose en la primera causa externa de muerte

(además de la primera causa de muerte absoluta para los hombres entre los 25 y los 34 años). Esta tasa aún fue superior en el año 2013, alcanzando 8'3 por cada 100.000 personas (12'7 para los hombres y 4'1 para las mujeres), alcanzando el 0'991% de todas las muertes, manteniendo el predominio como primera causa externa de muerte. Debemos además señalar que los intentos de suicidio son entre 10 y 40 veces más frecuentes que los suicidios consumados (WHO, 2014).

Nuestro medio no es una excepción a esta evolución. En Galicia, según los estudios de Fernández, Begoza, Ferro y Canedo (2013), en el Área de Salud de O Salnés, entre los años 2005 y 2009 los índices subieron ininterrumpidamente desde los 59'6/100.000 hab. hasta llegar a los 105'4/100.000. Posteriormente

¹ Xerencia de Xestión integrada de Ferrol, A Coruña, España. ² Universidade da Coruña, España.

E-Mail: miguel.angel.talavera.valverde@udc.es

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVIII p.p. 418-428

© 2019 Fundación AIGLÉ.

en Lugo (2007 al 2011) nos encontramos la misma tendencia, pasando desde los 76'3/100.000 hasta los 95'4/100.000, aportando además una tasa de suicidio consumado entre 13'33 y 20,9 por cada 100.000 (una relación de 1 suicidio consumado por cada 6 intentos). En Ferrol (A Coruña), según De Alba et al. (2013), la tasa bruta estimable para el año 2010 estaría en los 105'9/100.000 hab.

La bibliografía señala que los intentos de suicidio previos son predictores potentes de nuevas tentativas (Appleby et al. 1999; Christiansen y Jensen, 2007; Cooper et al., 2005), encontrándose una progresión, aumentando la gravedad de las mismas y la probabilidad de suicidio consumado. Se calcula que el riesgo de suicidio consumado en estas personas es aproximadamente 100 veces superior al de la población general y cuatro veces más frecuentes en comparación con controles con otros Trastornos Mentales (Ibáñez, López, Mir y Sánchez, 2000). Hay que añadir que en relación con el suicidio consumado en el 50% de los casos habían presentado intentos previos y que en un 20% habían acudido a dispositivos de salud mental en los 12 meses previos (Carli et al. 2014).

El impacto del suicidio es relevante en términos cuantitativos y cualitativos. Las cifras en España señalan que la tasa media de mortalidad por suicidio, entre los años 1985 y 1994, se situó en 5'90 por 100.000 hab./año. Y ya en el año 2006 se llegó a que de cada 1.000 fallecimientos, 8'7 fueran por suicidio o lesiones autoinflingidas. Finalmente en el año 2011 fue la primera causa externa de muerte, aumentando un 11'3% entre 2011 y 2012, hasta situarse en una tasa bruta de 7,6 muertes por cada 100.000 habitantes (Ministerio de Economía y Competitividad, 2009; WHO, 2014).

En toda Galicia la tasa de suicidios consumados es incluso superior, situándose en 11'3 por 100.000 hab./año (Ministerio de Economía y Competitividad, 2009). Y en relación con las tentativas atendidas en urgencias encuentra una tasa bruta media a lo largo de cuatro años de 76'1 intentos por cada 100.000 hab./año (Christiansen y Jensen, 2007).

A pesar de todo lo dicho, según Appleby et al. (1999) en nuestro medio no se encuentran protocolariamente establecidos procedimientos estandarizados para el abordaje de personas con tentativas suicidas tras el alta hospitalaria, aún y cuando existen pruebas de que un fácil acceso a la intervención especializada o el estar recibiendo la misma tendrá un efecto protector.

Tomando como base los antecedentes expuestos, se espera encontrar una asociación entre las variables clínicas, las distintas dimensiones asistenciales y los factores previos al ingreso. Por su parte, y en relación a las variables sociodemográficas, es de esperar que las personas que vivan solas, con menor nivel educativo y en situación de desempleo presenten un mayor riesgo de ingreso por ide-

ación/tentativa suicida de alto riesgo en el Área Sanitaria de Ferrol (España).

Por todo ello, el objetivo del presente estudio fue el analizar las diferencias entre sexos de las personas que precisaron ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría (UHP) de Ferrol (A Coruña, España) por presentar conducta o ideación suicida considerada de alto riesgo para de esta forma obtener un perfil tipo de este tipo de ingresos. Siendo los objetivos específicos de este estudio y teniendo en cuenta a las personas ingresadas en esta UHP: (a) examinar las variables socio demográficas relevantes, (b) identificar las diferentes variables clínicas asociadas a las conducta o ideación suicida, (c) relacionar las variables asistenciales y factores previos al ingreso.

MÉTODO

Diseño

Metodología cuantitativa con un diseño no experimental transeccional descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010)

Participantes y periodo de estudio

La población a estudio del Área Sanitaria de Ferrol (ASF) en 2012, según fuentes del Instituto Gallego de Estadística (Ministerio de Economía y Competitividad, 2009) era de 183.803 hab., repartidos en 20 ayuntamientos, con agrupamientos de población, urbana (→10.001 hab.), semiurbana (2.001 a 10.000 hab.) y rural (←2.000 hab.). Tomamos como referencia el periodo a estudio comprendido entre 1 enero de 2012 al 31 de diciembre de 2014. De todos los episodios que requirieron ingreso en la UHBP en el periodo a estudio (n=1116) (Área Sanitaria de Ferrol, 2012, 2015), seleccionamos aquellos que cumplían con el siguiente criterio de inclusión: episodios que requirieron ingreso en UHBP por conducta suicida (tentativa con algo riesgo para la persona o ideación de suicidio con alta probabilidad estimada de paso al acto). Como quisimos acceder al universo de episodios ingresados por conducta suicida y la muestra era manejable no establecimos criterios de exclusión. Finalmente, como muestra a estudio registramos un total de n=185 (16'5%) episodios, que correspondieron con 139 usuarios atendidos, repartidos de forma creciente y escalonada a lo largo del tiempo. Así, los episodios en 2012 sobre el total de la muestra a estudio fueron de n=49 (26'4%), en 2013 n=59 (31'9%) y en 2014 n=77 (41'6%). Correspondientes a zonas urbanas hubo n=120 episodios (68,9%), tan solo n=11 (5'9%) fueron de población externa al ASF.

Recogida de datos

Para la recogida de datos y relación al protocolo elaborado, tomamos como referencia para la reali-

zación de este estudio, las variables recogidas en las investigaciones de Ibáñez et al. (2000) y Carli et al. (2014). Recogimos de modo retrospectivo desde 2 de mayo de 2015 al 25 de marzo de 2016, datos de los episodios que cumplían el criterio de inclusión. Estos datos se extrajeron de las Historia Clínica electrónica por medio de la plataforma IANUS historias clínica, en ella se encontraba una batería de 45 ítems, similar a la del proyecto Monitoring Suicidal Behaviour in Europe (MONSUE) (Schmidtke et al. 2010), completamos datos del episodio por medio de informes clínicos, incorporados a los episodios. Obtuvimos datos de tres tipos: socio-demográficos (sexo, edad, estado civil, convivencia habitual, concello (ayuntamiento) de residencia, nivel educativo y situación laboral), clínicos (diagnóstico CIE 10, personalidad patológica, consumo de tóxicos, tipo de conducta autolítica, letalidad del intento, fecha y hora del intento) y asistenciales (contacto asistencial previo y tipo del mismo). Con todo el material recopilado procedimos a la creación de una base de datos y a su tratamiento informático. Para preservar la confidencialidad de los integrantes de la muestra asignamos un código de carácter alfanumérico elaborado por medio de un algoritmo matemático.

Tuvimos en cuenta las normas de buena práctica de la Declaración de Helsinki, y en el Convenio relativo a los derechos humanos y biomedicina del Consejo de Europa. La investigación realizada llevaba por título Prevalencia de la conducta suicida en urgencias hospitalarias: variables descriptivas y asociaciones relevantes respecto de la gravedad del episodio y evolución asistencial ente los años 2012-2014 y tiene el informe favorable del Comité de Ética de investigación de Galicia (CAEI) (cód. 2015/106).

Análisis de datos

Realizamos un tratamiento estadístico que consistió en un análisis descriptivo \bar{X} y DT para las variables continuas; % para las variables nominales tanto de los episodios como de los usuarios). Comparamos los valores por sexos, usando la prueba χ^2 y se asumió el umbral mínimo de significación del 5%. Para comparar edades utilizamos ANOVA. La categoría de desconocido la omitimos en el análisis. Para realizar todo el análisis de datos utilizamos el paquete estadístico SPSS.18.0©.

RESULTADOS

En cuanto a las variables socio demográficas, el perfil tipo de la población (tabla 1) pudimos observar un mayor número de ingresos de mujeres $n=105$ (56'8%) que de hombres $n=80$ (43'2%), con una edad media entre los 47 y 49 años (sin diferencias de sexos). Cuando se consideraron los pacientes, ocurrió lo mismo, nos encontramos además que $n=22$ (13'6%) de los pacientes tenían más de un in-

greso, siendo el responsable del 24'9% de los mismos (sin diferencias entre sexos). El tiempo medio entre ingresos fue de 3 a 4 meses. La procedencia mayoritaria (más del 50%) de los ingresos fue de los ayuntamientos de Ferrol y Narón, siendo lo más habitual que no hubiera cambio de domicilio en los últimos meses $n=138$ (74'6%). El estado civil más frecuente fue el de casado $n=78$ (42'2%) y aunque no se llega a la significación estadística, fue más frecuente en mujeres $n=51$ (48'6%) que en hombres $n=27$ (31'8%). Existieron diferencias en la convivencia habitual ($\chi^2=17,42$; $P=0,003$), la convivencia fue diferente en el momento de la tentativa: los hombres estaban con más frecuencia solos $n=27$ (33'8%) o en pareja (con o sin hijos) $n=26$ (32'5%) o solo con hijos $n=1$ (1'3%). La presencia de los hijos (con pareja o sin ella), fue mucho más marcada en las mujeres $n=68$ (62'9%). Lo más frecuente en relación al nivel educativo, fueron los estudios primarios $n=86$ (46'5%). Vuelve haber diferencias significativas ($\chi^2=15,44$; $P=0,008$) respecto a la situación laboral, siendo mucho frecuente en los hombres (sin llegar a significación estadística) no tener actividad laboral en el momento del estudio $n=41$ (51'3%). Por otro lado, en los distintos niveles de actividad laboral fueron más frecuentes las tentativas autolíticas en personas con profesiones de capacitación específica $n=52$ (28'1%), siendo nuevamente significativa la comparativa entre datos de actividad laboral no aplicable vs. aplicable ($\chi^2=3,06$; $P=0,080$) (tabla 1).

Sobre las variables clínicas, destacar que la ideación suicida (tabla 2) fue la causa más frecuente de ingreso entre los hombres $n=25$ (31'1%), siendo la intoxicación con psicofármacos la segunda $n=21$ (26'3%). Frente a estos datos, en el caso de las mujeres la situación es la inversa sumando un 72'4% ($n=76$). En cuanto al tipo de conducta de suicidio, los siguientes medios son menores, destacando en el caso de los hombres el uso de objetos cortantes $n=12$ (15%) y la asfixia (ahorcamiento) $n=8$ (10%). En cuanto a letalidad de la conducta suicida, destacar que son los hombres fueron los que presentaron una letalidad más alta $n=27$ (33'8%) frente a las mujeres en las que predominó una letalidad media $n=63$ (60%). Si bien no hay diferencias cuando se valora ideación frente a cualquier intento, si la hay cuando se valoran a priori la letalidad estimada (según el método utilizado) del intento: la letalidad es alta en un tercio de los hombres ($\chi^2=10,681$; $P=0,001$). En esta misma línea, destaca que el lugar más frecuente de ideación suicida fue el domicilio habitual $n=154$ (83'2%), siendo prácticamente similar en porcentajes en hombres $n=65$ (81'3%) y en mujeres $n=89$ (84'9%). Por otro lado, no se observó un efecto significativo en los meses seleccionados para la realización de tentativa, si se detectó en cambio una menor distribución en el mes de noviembre $n=10$ (5,4%) y un mayor número en octubre $n=21$ (11'4%). En cuanto a los días de la semana se-

leccionados, no se apreció mucha diferencia, siendo el domingo el día con un más incidencia $n=32(17'3\%)$ y el sábado el de menor $n=17(9'2\%)$. En relación al turno, no existió una diferencia significativa entre ellos, siendo el de mayor incidencia el de tarde $n=83(44'9\%)$. Por último en aquellos casos donde informan de un intento previo (demandara o no hospitalización) en un $4'9\%$ ($n=9$) no hubo contacto previo con profesionales, encontrándose esta atención previa en una cuarta parte de los ingresos de los hombres y en más de un tercio en las mujeres (sin diferencia entre sexos y sin significación estadística) (tabla 2).

En cuanto a la situación clínica detectada en el momento del ingreso (tabla 3) en un $19'5\%$ ($n=20$) de la población no se indicó diagnóstico (sin considerar consumo de tóxicos o personalidad patológica). En el resto de ingresos las categorías más usadas fueron las de trastornos depresivos $n=63(34'1\%)$, trastornos de naturaleza reactiva $n=37(20\%)$ y trastorno mixto de ansiedad y depresión $n=21(11'4\%)$. En este caso no constan diferencias entre sexos o entre tener o no diagnóstico y tampoco entre las tres categorías y el resto. Sobre el consumo de tóxicos estos estaban presentes en el $35'1\%$ ($n=28$) de los ingresos de los hombres y $n=20$ (19%) de los de las mujeres, fueron más frecuente el de alcohol $18'8\%$ ($n=15$) en hombres y $7'6\%$ ($n=8$) mujeres. La diferencia de consumo frente no consumo alcanzó significación estadística entre sexos ($\chi^2=6'01$; $P=0'014$), no siendo atribuible al alcohol ($\chi^2=0'86$; $P=0'353$). Finalmente, en esta agrupación, sobre la presencia de patrones patológicos de personalidad en el ingreso estos fueron explicitados en el $31'3\%$ ($n=25$) de los ingresos de los hombres y en el $43'8\%$ ($n=46$) de los de las mujeres, rozando la significación estadística ($\chi^2=3'09$; $P=0'081$), hubo diferencias también entre las categorías, que son atribuibles a la categoría Otros 10% ($n=8$) en hombres y $31'4\%$ ($n=33$) en mujeres (esta categoría englobaría personalidades mixtas o personalidades patológicas sin más especificación) (tabla 3).

En las variables asistenciales y sobre los factores previos al ingreso (episodios) (tabla 4), la presencia de asistencia en el último año a dispositivos específicos de salud mental fue mencionada en el $61'3\%$ ($n=49$) de los ingresos de los hombres y en el $70'5\%$ ($n=74$) de los de las mujeres, alcanzando significación estadística ($\chi^2=5'29$; $P=0'021$). Existió un predominio de la atención en Unidades de Salud Mental por parte de las mujeres $n=49(46'7\%)$, siendo mayor el número de hombres $n=29$ ($36'3\%$) en la no atención previa. También fueron más frecuentes las tentativas previas (1 año) entre las mujeres $34,3\%$ ($n=36$) frente a los hombres $22'5\%$ ($n=18$), en este caso con clara significación estadística ($\chi^2=5'97$; $P=0'014$). Respecto a disparadores referidos en la conducta, con mayor fre-

cuencia fueron: conflictos interpersonales $n=120(64'9\%)$, sufrir un trastorno mental $n=90(48'6\%)$ y las dificultades económicas $n=52(28'1\%)$, por el contrario un $5'9\%$ ($n=11$) no refiere ningún elemento identificado como disparador. Finalmente sobre la presencia de antecedentes familiares de suicidio consumado, respondieron afirmativamente el $2'5\%$ ($n=2$) de los hombres y el 1% ($n=1$) de las mujeres; respecto a otros familiares directos (abuelos, hermanos o hijos) un 10% ($n=8$) de los hombres y un $n=4$ ($3'8\%$) de las mujeres (sin diferencias significativas entre sexos) (tabla 4).

DISCUSIÓN

De todos los datos obtenidos como hallazgos principales, la relevancia que tiene la situación y actividad laboral de los episodios estudio y la convivencia en el momento de la tentativa. A esto hay que sumarle la situación y el tipo de actividad laboral como factor clave para la ideación autolítica. Otros factores a tener en cuenta son la letalidad del intento, la personalidad patológica y el consumo de tóxicos. Junto a estos datos, otro de los hallazgos más interesantes que no podemos dejar de pasar por alto son las tentativas previas o las asistencias previas recibidas.

En nuestro estudio, entre 2012 y 2014, el número de intentos de suicidio se ha incrementado, por la influencia de los problemas sociales que se ciernen ante esta situación, similar a los estudios de Eskin, Akouglu y Uygur (2006). Los intentos autolíticos, entre 40 y 49 años, son más altos que la tasa para todas las edades, mientras que las tentativas de suicidio entre los 20 y 29 años son los más bajos de la muestra, tal y como sucede con los estudios de Fresan et al. (2015). Las tasas de tentativas de suicidio son superiores en hombres hasta los 29 años y después de los 70, siendo superiores en mujeres entre los 30 y los 69 con valores similares a los referidos por Pritchard (1990).

A su vez, en lo concerniente al estado civil, sitúa a poblaciones (hombres y mujeres) de solteros-separados-divorciados al mismo nivel de tentativa autolítica, en oposición a los estudios de Bálint, Osváth, Rihmer y Döme (2016). Siguiendo en la misma línea, los datos que aporta nuestro estudio, sitúan a los hombres que viven solos por encima de las mujeres en las mismas condiciones, similar a los estudios de Wasserman et al. (1994), con tasas de tentativas de suicidio de 1 a 3 de hombres sobre mujeres. En nuestro caso, al igual que en las investigaciones de Powers, Eckenrode y Jaklitsch (1990). Las mujeres que viven con hijos o en pareja son la población de mayor riesgo. Uno de los hallazgos a tener en cuenta, es que las personas que viven o están solas son más propensas a persistir en tentativas autolíticas, que aquellas que viven con alguien

o tienen pareja, equivalente a los estudios de Marin et al. (1995). Esta soledad, en nuestro estudio, tiene lugar en los núcleos urbanos de ASF, siendo un aspecto llamativo, ya que vivir en estos núcleos supondría una mayor posibilidad técnica de acceso a otras personas, por lo que se supone que estar solo sería más difícil que en otros escenarios. En nuestro estudio, los datos arrojan tentativas autolíticas de personas residentes en zonas urbanas en detrimento de las semiurbanas o rurales, al igual que sucede con los estudios de Hsu, Chang, Lee y Yip (2015). Llama la atención que aunque el ASF está formada por más cantidad de núcleos rurales y semiurbanos, frente a los urbanos, estos últimos acumulan los datos más elevados, análogos a los resultados obtenidos por Enginyurt, Gümüş, Demir y Çankaya (2014), donde recogen que el número de muertes por suicidio varía, en función del lugar donde vive, con aumento de suicidios en grandes centros urbanos, y menor en pueblos o pequeñas ciudades. O los resultados de Hsu et al. (2015), donde las tasas de suicidio en ciudades y zonas socioeconómicamente desfavorecidas son elevadas, aspecto similar al ASF.

Por otro lado, aunque las diferencias halladas en nuestro estudio sobre el estado civil o nivel educativo no son significativas, sí encontramos un pequeño predominio de mujeres con estudios de primaria, siendo menor la ideación/tentativa conforme aumenta el nivel formativo. Similar a los estudios propuestos por Sengül, Serinken y Sengül (2008), donde se ha demostrado que los intentos de suicidio en personas con bajos niveles de educación son más frecuentes, justificándose en que la baja educación se asociaría a dificultades en la expresión, afectando negativamente al mantenimiento de situaciones laborales y económicas estables.

En lo que atañe a la situación laboral, al igual que los estudios de Poorolojal, Rostami, Mahjub y Emailnasab (2015), son los hombres fuera del mercado laboral (ya sea por baja laboral, situación de paro, jubilación o discapacidad) y las mujeres cuidadoras del hogar las más presentes en las tentativas autolíticas, en porcentajes muy similares a los estudios de Fresan et al. (2015).

En relación con el diagnóstico más prevalente en nuestra investigación, este ha sido el trastorno depresivo en mujeres, igual a los estudios de Cheng et al. (2014), que sitúan el mismo diagnóstico pero diferente género. A tenor de estos datos, se encuentran los resultados que comparan la detección de personalidades patológicas frente a las que no, con datos similares a los estudios de Yen et al. (2005). Sobre la ingesta de sustancias, el tipo de consumo en la muestra estudiada, sería similar a los estudios de Ibáñez et al. (2000), en los que destaca el consumo de alcohol como principal sustancia encontradas en estas tentativas.

El siguiente hallazgo a tener en cuenta en nuestra investigación, se sitúa en el tipo de intento au-

tolítico, en la elevada letalidad asociada al sexo masculino y en el método seleccionado (precipitación o ahorcamiento, entre otros), nuestros resultados arrojan una clara diferencia, siendo las mujeres con métodos no violentos (envenenamientos) las que más predominan, similar a los estudios de Ibáñez et al. (2000). Por otro lado, la letalidad de la tentativa en la mujer, es moderada, lo que hace pensar que la ideación y el intento no estarían tan planificados como se esperaba según estudios de Qi, Hu, Page y Tong (2015), siendo nuestra población a estudio más cercana a los resultados de investigación de García et al. (2010).

Los casos estudiados, al igual que en otros estudios, presentan un elevado porcentaje de intentos autolíticos previos, siendo inferior a los de Ibáñez et al. (2000) y superior a los de Enginyurt et al. (2014), pero a su vez también emergen datos de personas que nunca tuvieron una tentativa autolítica. Es por ese motivo que en relación a las tentativas previas, sorprende, situándose en otro hallazgo a tener en cuenta, que el número de casos a estudio sea mayor en primera tentativa, en contraposición a otros resultados obtenidos por Van Orden et al. (2015), en el que personas con intentos previos de suicidio tienen más probabilidades de realizar otro intento. Este hallazgo, nos sugiere la posibilidad de un punto de inflexión en la sociedad del ASF y la relación con su nivel de vida tal y como refieren los estudios de la Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio (FME) (2015) y su observatorio del suicidio. En este caso, las causas, con datos algo más elevados que los estudios de Van Orden et al. (2015), sitúan la tentativa en mujeres con factores de conflicto interpersonal. En nuestra investigación los antecedentes familiares de tentativas suicidas, no arrojan datos relevantes alejándose de otros estudios Agerbo (2003) en los que estos son un factor a tener en cuenta.

En relación con la frecuencia de tentativas autolíticas a lo largo del año, los datos obtenidos, se sitúan en porcentajes similares en función de la estación del año, pero despuntan los intentos de suicidio en verano al igual que las investigaciones de Ibáñez et al. (2000). Subrayar que es el mes de octubre el que mayor índice de suicidio presenta en nuestro estudio, situándose levemente por encima del mes de verano con mayor número de casos registrados. El lugar seleccionado para desarrollar el intento, el día de la semana y la hora programa, se acercan a las investigaciones de Hentschel et al. (2015).

Destacar que la asistencia profesional previa a la tentativa autolítica en nuestro estudio es elevada arrojando datos similares a estudios de Kalmár (2015), esto genera cierta preocupación sobre el tipo de intervención y sostén que se podría estar realizando para prevenir tentativas.

Limitaciones del estudio

En cuanto a las limitaciones del estudio, este presenta varias, entre las que se encuentra el haberse desarrollado en una única área sanitaria, hecho que motiva la necesidad de realizar trabajos similares para determinar si los datos obtenidos son parecidos en el resto de la provincia de A Coruña o en la propia comunidad autónoma, lo cual no es nada previsible dada la heterogeneidad de los grupos de población asentados en las diferentes áreas sanitarias de Galicia. Además, nuestro trabajo se realizó específicamente en el área sanitaria de Ferrol, y no es posible extrapolar los resultados a la totalidad de población de las diferentes ciudades de Galicia. Así mismo, la fuente de información fue la únicamente comunicada y detectada en el momento inicial, pudiendo la misma evolucionar hacia un cuadro diferente en momentos ulteriores y con mayor atribución de otras exploraciones.

Recomendaciones para futuras investigaciones

Sería oportuno ampliar el análisis para incorporar todas las personas con tentativas que acuden al servicio de urgencias, además de estudiar los elementos que influyen en las reiteradas conductas suicidas.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta las hipótesis descritas y el objetivo de la investigación sobre la población estudiada durante los años 2012-2015, deducimos que el perfil de ingreso por conducta suicida en la UHPB de Ferrol es el de una mujer de mediana edad de (47 años aproximadamente), casada, con hijos a cargo, cuidadora de hogar o sin actividad laboral remunerada alguna, con nivel educativo de primaria, residente en núcleo urbano, que nunca tuvo una tentativa autolítica, sin antecedentes familiares reseñables de conductas similares y que presenta principalmente conflictos interpersonales. En este caso, es atendida por métodos no violentos (envenenamiento), con letalidad moderada en su intento, con un diagnóstico médico mayoritario de trastorno depresivo y una personalidad patológica sin especificar o mixta, que no presenta consumo de tóxicos y que fue atendida previamente a su intento a los servicios de salud mental específicos. Situándose la tentativa en cualquier día de la semana salvo el sábado, con predominio del domingo por la tarde y siendo la época de mayor incidencia en el tercer trimestre del año, correspondiéndose con la estación de verano, aunque despunta el mes de octubre como el mes con la frecuencia más alta en la población estudiada.

CONFLICTO DE INTERESES Y FINANCIACIÓN

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en la publicación de este trabajo, ni haber recibido financiación alguna para la realización del estudio.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el trabajo realizado a los Facultativos Especialistas de Área y Médicos Internos Residentes de Psiquiatría que recogieron datos en el momento de la asistencia en urgencias.

REFERENCIAS

- Área Sanitaria de Ferrol. (2013). *Memoria Área Sanitaria de Ferrol 2012*. Ferrol: Xunta de Galicia.
- Área Sanitaria de Ferrol. (2015). *Memoria Área Sanitaria de Ferrol 2014*. Ferrol: Xunta de Galicia.
- Agerbo, E. (2003). Risk of suicide and spouse's psychiatric illness or suicide: nested case-control study. *British medical journal*, 327(7422), 1025-1026. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7422.1025>
- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., Kiernan, K.,... Parsons, R. (1999) Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *British Medical Journal*, 318(7193), 1235-1239. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7193.1235>
- Bálint, L., Osváth, P., Rihmer, Z. y Döme, P. (2016). Associations between marital and educational status and risk of completed suicide in Hungary. *The Journal of Affective Disorders*, 36(190): 777-783. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.011>
- Carli, V., Mandelli, L., Zaninotto, L., Iosue, M., Hadlaczky, G., Waserman, D., Hegerl U.,... Sarchiapone, M. (2014). Serious suicidal behaviors: Socio-demographic and clinical features in a multinational, multicenter sample. *Nordic journal of psychiatry*, 68(1), 44-52. <http://dx.doi.org/10.3109/08039488.2013.767934>
- Cheng, Y., Li, X., Lou, C., Sonenstein, F.L., Kalamar, A., Jejeebhoy, S.,... Ojengbede, O. (2014). The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: findings from the study of the well-being of adolescents in vulnerable environments. *Journal Adolescent Health*, 55(6 Suppl), S31-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.020>
- Christiansen, E. y Jensen, B.F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 257-265. <http://dx.doi.org/10.1080/00048670601172749>
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K. y Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 297-303. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.297>
- De Alba, M.R., Fernández, I., Díaz, L., Martínez, M., Costas, M. y Núñez, D. (2013). Evolución de pacientes con intento de suicidio: seguimiento a un año. *Revista Gallega Psiquiatría Neurociencias*, 12(12): 20-6.
- Enginyurt, O., Özer, E., Gümüş, B., Demir, E.Y. y Çankaya, S. (2014). Evaluation of suicide cases in Turkey, 2007-2012. *Medical Science Monitor*, 20(20), 614-23. <http://dx.doi.org/10.12659/MSM.890689>
- Eskin, M., Akouglu, A. y Uygur, B. (2006). Traumatic Life Events and Problem Solving Skills in the patients with psychiatric outpatient treatment: Relationship with suicidal behavior. *Turkish Journal of Psychiatry*, 17(4), 266-275.
- Fernández, E., Begazo, J.L., Ferro, V. y Canedo, C. (2013). Cuando el paciente suicida requiere cuidados intensivos. *Revista Gallega Psiquiatría Neurociencias*, 12(12), 41-44.
- Fresan, A., González-Castro, T.B., Peralta-Jiménez, Y., Juárez-Rojo,

- I., Pool-García, S., Velázquez-Sánchez, M.P.,... Tovilla-Zárate, C.A. (2015). Gender differences in socio-demographic, clinical characteristics and psychiatric diagnosis in/of suicide attempters in a Mexican population. *Acta neuropsychiatrica*, 27(3), 182-188. <http://dx.doi.org/10.1017/neu.2015.6>
- Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio. (2015). *Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio, por la felicidad de las personas* [sede Web]. Madrid. Recuperada de: <http://www.fsme.es/>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M.P. (2010). *Metodología de la investigación*. 5ª ed. México: McGraw-Hill.
- Hentschel, H., Prasa, D., Frimlova, G., Just, S., Liebetrau, G., Plehnert, B.,... Deters, M. (2015) Development and Periodicity of Human Exposures in Suicidal Intention Reported to the Centre Erfurt from 2004-2013. *Gesundheitswesen*, 20(08), 552-556. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1554715>
- Hsu, C.Y., Chang, S.S., Lee, E.S. y Yip, P.S. (2015). Geography of suicide in Hong Kong: spatial patterning, and socioeconomic correlates and inequalities. *Social Science & Medicine*, 34(130), 190-203. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.019>
- Ibáñez, J.C., López, J.J., Mir, M.A. y Sánchez, F. (2000). Perfil epidemiológico del paciente ingresado por ideación/tentativa autolítica. *Anales de Psiquiatría*, 16(9), 383-389.
- Kalmár, S. (2015). Most important deficits, contradictions and possibilities in suicide prevention in Hungary. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 17(1), 37-46.
- Marín, J., De Lucas, M.T., Sierra, C., Martínez, M.L., Álvarez, S. y Casado, M.A. (1995). Tentativas de suicidio en la urgencia del hospital general: un estudio epidemiológico y clínico. *Anales de Psiquiatría*, 2(7), 259-263.
- Ministerio de Economía y Competitividad. (2009). *Instituto Nacional de Estadística* [sede Web]. Madrid: Ministerio de Economía y Competitividad. Recuperada de: <http://www.ine.es/welcomer.shtml>
- Poorolojal, J., Rostami, M., Mahjub, H. y Esmailnasab, N. (2015). Completed suicide and associated risk factors: a six-year population based survey. *Archives of Iran Medical*, 18(3), 39-43. <http://dx.doi.org/10.151801/AIM.0010>
- Powers, J.L., Eckenrode, J. y Jaklitsch, B. (1990). Maltreatment among runaway and homeless youth. *Child abuse & neglect*, 14(1), 87-98. [http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90084-7](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(90)90084-7)
- Pritchard, C. (1990). Suicide, unemployment and gender variations in the Western world 1964-1986. Are women in Anglophone countries protected from suicide? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(2), 73-80. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00794985>
- Qi, X., Hu, W., Page, A. y Tong, S. (2015). Associations between climate variability, unemployment and suicide in Australia: a multicity study. *BioMed Central psychiatry*, 15(15), 114-126. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0496-8>
- Sengül, C.B., Serinken, M. y Sengül, C. (2008). Sociodemographic data of the patients evaluated in the psychiatry outpatient clinic after reference to emergency room because of suicidal attempt. *The Turkish Journal of Emergency Medicine*, 8(3), 127-131.
- Schmidtke A, Verbanck P, Vaernik A, Hegerl U, Fekete S, Sarchiapone M,... Wasserman, D. (2010) *Monitoring Suicidal Behaviour in Europe. Final Report on the Implementation of the Action*. Wurzburg: University Hospital Wurzburg.
- Van Orden, K.A., Wiktorsson, S., Duberstein, P., Berg, A.I., Fässberg, M.M. y Waern, M. (2015). Reasons for attempted suicide in later life. *The American journal of geriatric psychiatry*, 23(5), 536-544. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2014.07.003>
- Wasserman, D., Fellman, M., Bille-Brahe, U., Bjerke, T., Jacobsson, L., Jessen, G.,... Salander-Renberg, E. (1994). Parasuicide in the Nordic countries. *Scandinavian journal of social medicine*, 22(3), 170-177. <http://dx.doi.org/10.1177/140349489402200303>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Ginebra: World Health Organization.
- Yen, S., Pagano, M.E., Shea, M.T., Grilo, C.M., Gunderson, J.G., Skodol, A.E.,... Zanarini, M.C. (2005). Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(1), 99-105. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.99>

Tabla 1. Descripción de la muestra comprendida entre 2012-2014 (episodios). Ferrol. A Coruña. España

	Hombres n=80(43,2%)		Mujeres n=105(66,8)		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Episodios de conducta suicida (con ingreso o sin ingreso)							0,590
Episodio único	47	58,8	58	55,2	105	56,8	
Episodio inicial	16	20	18	17,1	34	18,4	
Reintentos con ingreso	17	21,3	29	27,6	46	24,9	
Distribución por pacientes*	72	44,7	89	55,8	161	100	0,190
Un ingreso en periodo a estudio	65	90,3	74	83,1	139	86,3	
Dos ingresos periodo a estudio	6	8,3	14	15,7	20	12,4	
Tres ingresos periodo a estudio	1	1,4	1	1,1	2	1,2	
Ayuntamiento de residencia							0,989
Ferrol	29	36,3	37	35,2	66	35,7	
Narón	16	20	23	21,9	39	21,1	
Resto ASF	30	37,5	39	37,1	69	37,2	
Externos al ASF	5	6,3	6	5,7	11	5,9	
Cambios domicilio 12 últimos meses							0,138**
Cambios en la misma ciudad	12	15	15	14,3	27	14,6	
Cambios en distinta ciudad	9	11,3	4	3,8	13	7	
Cambios en distinto país	1	1,3	0	0	1	0,5	
No responde	2	2,5	4	3,8	6	3,2	
Sin cambios	56	70	82	78,1	138	74,6	
Estado civil							0,336
Soltero	21	26,3	23	21,9	44	23,8	
Viudo	3	3,8	8	7,6	11	5,9	
Separado	11	13,8	12	11,4	23	12,4	
Divorciado	11	13,8	10	9,5	21	11,4	
Casado/relación estable	27	31,8	51	48,6	78	42,2	
Desconocido	7	8,8	1	1	8	4,3	
Convivencia en el momento de la tentativa							0,003
Solo	27	33,8	19	18,1	46	24,9	
Con hijos	1	1,3	19	18,1	20	10,8	
Con pareja sin hijo	12	15	28	26,7	40	21,6	
Con pareja con hijos	14	17,5	28	26,7	42	22,7	
Con padres	13	16,3	8	7,6	21	11,4	
Con otros	10	12,5	11	13,8	5	2,7	
Desconocido	3	3,8	1	1	4	2,2	
Nivel educativo							0,148
Menor a primaria	7	8,8	3	2,9	10	5,4	
Primaria completa	38	47,5	48	45,7	86	46,5	
Secundarios completos	19	23,8	35	33,3	54	29,2	
Universitarios	7	8,8	15	14,3	22	11,9	
Desconocidos	9	11,3	4	3,8	13	7	
Situación laboral							0,003
No activos***	7	8,8	26	24,7	33	17,8	
Activo	13	16,3	23	21,9	36	19,5	
Baja por enfermedad	4	5	14	13,3	18	9,7	
Paro con búsqueda de empleo	13	16,3	14	13,3	27	14,6	
Discapacitado pensionista	22	27,5	16	15,2	38	20,5	
Jubilado	16	20	10	9,5	26	14,1	
Desconocido	5	6,3	2	1,9	7	3,8	
Actividad laboral (profesiones)							0,470
Prof. alto standing (10-20)	2	2,5	8	7,6	10	5,4	
Prof. capacitación media (30-40)	4	4	7	6,7	11	5,9	
Prof. capacitación específica (50-80)	22	27,5	30	28,6	52	28,1	
Prof. sin capacitación (90)	5	6,3	13	12,4	18	9,7	
Jubilado	16	20	10	9,5	26	14,1	
Desconocido	6	7,5	5	4,8	11	5,9	
No aplicable	41	51,3	42	40	83	44,9	0,080****
Edad (años)							0,380
Media (desviación)	48,93	(15,95)	47,07	(12,77)	47,87	(15,71)	
Rango	22-91		21-85		21-91		
Mediana	46		47		47		

*el porcentaje es calculado igual que el χ^2 sobre el número de pacientes (72 hombres y 89 mujeres); ** χ^2 no cambio frente a cambio; ***cuidador/a del hogar; **** χ^2 no aplicable vs actividad laboral; Las variables estadísticamente significativas ($p < 0,05$) se encuentran resaltadas en fuente negrita.

Tabla 2. Descripción de las tentativas del estudio comprendido entre 2012-2014. Ferrol. A Coruña. España

	Hombres n=80(43´2%)		Mujeres n=105(66´8%)		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Ideación suicida frente a tentativa							0´194
Ideación suicida (R45.85)	25	31´3	24	22´9	49	26´5	
Tipo de conducta suicida							0.719
Analgésicos no opiáceos (X60)	0	0	1	1	1	0.5	
ATD, BZD (X61)	21	26´3	52	49´5	73	39´5	
Cocaína, heroína (X62)	1	1´3	0	0	1	0´5	
Otras sustancias (X64)	3	3´8	5	4´8	8	4´3	
Mediante gases (X67)	3	3´8	0	0	3	1´6	
Pesticidas (X68)	0	0	2	1´9	2	1´1	
Corrosivos cáusticos (X69)	0	0	1	1	1	0´5	
Asfixia (X70)	8	10	3	2´9	11	5´9	
Inmersión, ahogamiento (X71)	2	2´5	3	2´9	5	2´7	
Objetos cortantes (X78)	12	15	6	5´7	18	9´7	
Objetos no cortantes (X79)	1	1´3	0	0	1	0´5	
Precipitación (X80)	4	5	2	1´9	6	3´2	
Tirarse ante un vehículo (X81)	0	0	4	3´8	4	2´2	
Con vehículo (X82)	0	0	1	1	1	0´5	
No especificado (X84)	0	0	1	1	1	0´5	
Letalidad potencial del intento							0´001
Letalidad media (X60-X69)	28	35	63	60	91	49´2	
Letalidad alta (X70-X82)	27	33´3	18	17´1	45	24´3	
Lugar de la tentativa domicilio frente al resto							0´526
Domicilio actual	65	81´3	89	84.8	154	83´2	
Residencia	3	3´8	1	1	4	2´2	
Lugar público	10	12´5	14	13´3	24	13	
Desconocido	2	2´5	1	1	3	1´6	
Hora por turno laboral							0´153
Mañana	20	25	40	38´1	60	32´4	
Tarde	41	51´3	42	40	83	44´9	
Noche	19	23´8	23	21´9	42	22´7	
Día de la semana del episodio							0´299
Lunes	10	12´5	17	16´2	27	14´6	
Martes	12	15	10	9´5	22	11´9	
Miércoles	11	13´8	19	18´1	30	16´2	
Jueves	16	20	13	12´4	29	15´7	
Viernes	11	13.8	17	16´2	28	15´1	
Sábado	4	5	13	12´4	17	9´2	
Domingo	16	20	16	15´2	32	17´3	
Tiempo medio entre episodios-Media (DE)	3´5	4´2	4´3	3´5	4´1	3´7	
Mes del episodio							0´260
Enero	5	6´3	10	9´5	15	8´1	
Febrero	10	12´5	5	4´8	15	8´1	
Marzo	6	7´5	9	8´6	15	8´1	
Abril	2	2´5	10	9´5	12	6´5	
Mayo	9	11´3	8	7´6	17	9´2	
Junio	8	10	10	9´5	18	9´7	
Julio	10	12´5	9	8´6	19	10´3	
Agosto	5	6´3	9	8´6	14	7´6	
Septiembre	9	11´3	9	8´6	18	9´7	
Octubre	11	13´8	10	9´5	21	11´4	
Noviembre	2	2´5	8	7´6	10	5´4	
Diciembre	3	3´8	8	7´6	11	5´9	
Contacto profesional tras intento previo							0´487
No aplicable por no intento	44	55	47	44´8	91	49´2	
No hubo contacto previo	4	5	5	4´8	9	4´9	
Con médico de urgencias	5	6´3	9	8´6	14	7´6	
Con médico de atención primaria	1	1´3	2	1´9	3	1´6	
Ingreso en planta somática	3	3´8	2	1´9	5	2.7	
Ingreso en planta de salud mental	15	18´8	22	21	37	20	
Atención ambulatoria especializada	5	6´3	16	15´2	21	11´4	
Desconocido	3	3´8	2	1´9	5	2´7	

Las variables estadísticamente significativas ($p < 0.05$) se encuentran localizadas en fuente negrita.

Tabla 3. Descripción situación clínica (episodios) del estudio entre 2012-2014. Ferrol. A Coruña. España

	Hombres		Mujeres		Total		p
	n=80(43´2%)		n=105(66´8%)		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Impresión diagnóstica							
No diagnóstico frente a cualquier diagnóstico							0´591
Diagnósticos entre sí							0´668
T. Orgánicos (F00-F09)	1	1´3	2	1´9	3	1´6	
T. Psicóticos (F20,F29,F25)	4	5	2	1.9	6	3´2	
T. Bipolares (F30,F31)	3	3´8	2	1´9	5	2´7	
T. Depresivos (F32-F34.1)	25	31´3	38	36´2	63	34´1	
T. Mixto ansiedad-depresión (F41.2)	10	12´5	11	10´5	21	11´4	
T. Ansiedad (F41)	0	0	2	1´9	2	1´1	
T. Reactivos (F43)	17	21´3	20	19	37	20	
T. Conducta alimentaria (F50)	0	0	3	2´9	3	1´6	
T. Mental sin especificación (F99)	1	1´3	3	2´9	4	2´2	
Retraso mental (F79)	2	2´5	1	1	3	1´6	
Otros T. Neuróticos (F44,F48)	0	0	2	1´9	2	1´1	
No diagnóstico	17	21´3	19	18´1	36	19´5	
Personalidad patológica							
Personalidad patológica frente no personalidad patológica							0´081
Comparación entre clúster específicos frente a Otros							0´001
	No personalidad patológica señalada	55	68´8	59	56´2	114	61´6
Clúster A	(F60.0, F60.1)	4	5	0	0	4	2´2
Clúster B	(F60.2-F60.3)	11	13´8	12	11´4	23	12´4
Clúster C	(F60.5-F60.7)	2	2´5	1	1	3	1´6
Otros	(F60.8, F60.9, F61)	8	10	33	31´4	41	22´6
Consumo de tóxicos							
No consumo frente consumo							0´014
Alcohol frente al resto de tóxicos							0´353
No consumo		52	65	85	81	137	74´1
T. asociados al alcohol (F10.1-F10.24)		15	18´8	8	7´6	23	12´4
T. asociados a tóxicos (heroína, cocaína, cannabis) (F11,F12, F14)		3	3.8	5	4.8	8	4´3
Otros tóxicos o combinación (F19)		10	12´5	7	6´7	17	9´2

F60.0: T. Personalidad paranoide; F60.1: T. Personalidad esquizoide; F60.2: T. Personalidad de personalidad disocial; F60.3: T. Personalidad emocionalmente inestable; F60.5: T. Personalidad anacástica; F60.6: T. Personalidad ansiosa; F60.7: T. Personalidad dependiente; F60.8: T. por otras personalidades específicas; F60.9: T. Personalidad por otras personalidades sin especificar; F61: T. mixtos de la personalidad. Las variables estadísticamente significativas ($p < 0.05$) se encuentran localizadas en fuente negra.

Tabla 4. Factores previos al ingreso (episodios) comprendidos entre 2012-2014. Ferrol. A Coruña. España

	Hombres.		Mujeres		Total		p
	n=80(43´2%)		n=105(66´8%)		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Asistencia recibida en los 12 meses previos							
							0´021
Sin asistencia previa	29	36´3	20	19	49	26´5	
Dispositivos ambulatorios USM	28	35	49	46´7	77	41´6	
Dispositivos ambulatorios drogas	10	12´5	11	10´5	21	11´4	
Otros dispositivos	11	13´8	14	13´3	25	13´5	
No responde	2	2´5	1	1	3	1´6	
Tentativas suicidas previas							
No previas frente a 1 o más							
							0´001
Ninguna	59	73´8	67	63´8	126	68´1	
1	11	13´8	16	15´2	27	14´6	
-	6	7´5	16	15´2	22	11´9	
-	1	1´3	4	3´8	5	2´7	
Desconocido	3	3´8	2	1´9	5	2´7	
Disparador o casusa identificada por la persona (puede haber varios)							
Conflicto interpersonal	49	61´3	71	67´6	120	64´9	0´156
Muerte o enfermedad grave de allegado	14	17´5	18	17´1	32	17´3	0´902
Enfermedad grave	14	17´5	10	9´5	24	13	0´151
Trastorno mental	43	53´8	47	44´8	90	48´6	0´423
Dificultades económicas	25	31´3	27	25´7	52	28´1	0´569
Maltrato	2	2´5	3	2´9	5	2´7	0´828
Problemas legales	12	15	8	7´6	20	10´8	0´974
Otros diferentes a los previos	25	31´3	26	24´8	51	27´6	0´472
No refieren ninguno	4	5	7	6´7	11	5´9	0´824
Antecedentes familiares suicidio consumado							
AF. suicidio padre o madre							0´443
AF. suicidio padre o madre (si)	2	2´5	1	1	3	1´6	0.366
AF. suicidio padre o madre (no)	68	85	85	81	153	82´7	0.114
No contestan	10	12.5	19	18´1	29	15´7	0.024
AF. de 2º grado	8	10	4	3´8	12	6.5	0´114
AF. de 2º grado (no)	62	77´5	82	78´1	144	77´8	
AF. de 2º grado (no contestan)	10	12´5	19	18´1	29	15´7	

AF: antecedentes familiares. Las variables estadísticamente significativas ($p < 0´05$) se encuentran localizadas en fuente negrita.