



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO Y SU DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA EN EUROPA

Autor: Ana Mancera Fernández

Tutor: Marcos Bella Fernández

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2024

Resumen

La prevalencia del suicidio ha aumentado durante la última década en los distintos países de Europa. Sin embargo, se observa que las tasas de conducta suicida son diferentes en los distintos lugares y que, relacionado con ello, cada nación presenta factores de riesgo variados. Por este motivo, la presente revisión sistemática tiene como objetivo identificar cual es la prevalencia actual de suicidio en los distintos países y qué factores de riesgo se encuentran implicados en este problema. Para ello, se realizó una búsqueda de los artículos en las bases de datos de PubMed, PsycInfo y MEDLINE. Los criterios de elegibilidad fueron: a) Estudios en inglés, b) Publicados en los últimos diez años, d) Que los estudios traten sobre factores de riesgo o epidemiología en el suicidio, e) En población europea, f) Que sean del tipo observacional, clínico o comparativo y g) Que la muestra sea mayor que 100. Finalmente, se obtuvo un total de 30 artículos. Los resultados indicaron que la prevalencia de suicidio actual era de aproximadamente 15,4 por cada 100000 habitantes. Además, se investigaron factores de riesgo relacionados con la edad, género, la ocupación, el estado civil, el nivel educativo, el nivel económico, los antecedentes psiquiátricos, los antecedentes de suicidio, el consumo, los conflictos familiares, los fármacos, la religiosidad, la impulsividad, el afrontamiento de los problemas y la presencia de armas letales, encontrando diferencias entre los distintos países europeos. Aunque se haya respondido a la pregunta de investigación, es necesario seguir estudiando el tema propuesto. Como línea de investigación se propone el estudio de los países que no se encuentran representados y factores de riesgo que pueden estar influyendo pero no se han estudiado.

Palabras clave: Suicidio, Europa, Países, Factores de riesgo, Prevalencia.

Abstract

The prevalence of suicide has increased over the last decade in various European countries. However, it is observed that suicide rates vary across different regions, and each nation presents various risk factors associated with this issue. Therefore, the present systematic review aims to identify the current prevalence of suicide in different countries and the risk factors implicated in this problem. To achieve this, a search for articles was conducted in the PubMed, PsycInfo, and MEDLINE databases. The eligibility criteria were: a) Studies in English, b) Published in the last ten years, c) Studies focusing on risk factors or epidemiology in suicide, d) In European populations, e) Observational, clinical, or comparative studies, and f) With a sample size greater than 100. Finally, a total of 30 articles were obtained. The results indicated that the current prevalence of suicide was approximately 15.4 per 100,000 inhabitants. Additionally, risk factors related to age, gender, occupation, marital status, educational level, economic status, psychiatric history, suicide history, substance use, family conflicts, medication, religiosity, impulsivity, coping strategies, and the presence of lethal weapons were investigated, revealing differences among different European countries. Although the research question has been addressed, further investigation into the proposed topic is deemed necessary. As a research direction, the study of countries not represented and risk factors that may be influencing but have not been studied is proposed.

Keywords: Suicide, Europe, Countries, Risk Factors, Prevalence.

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Introducción..... | 5 |
| 2. Método..... | 10 |
| 2.1 Estrategia de búsqueda..... | 10 |
| 2.2 Criterios de inclusión y exclusión..... | 10 |
| 3. Resultados..... | 11 |
| 3.1 Resultado de búsqueda..... | 11 |
| 3.2 Diagrama de flujo..... | 12 |
| 3.3 Variables..... | 13 |
| 3.4 Análisis de datos..... | 13 |
| 3.5 Características metodológicas..... | 13 |
| 3.6 Factores de riesgo..... | 14 |
| 3.7 Medidas..... | 15 |
| 3.8 Características de la muestra..... | 17 |
| 3.9 Prevalencia..... | 18 |
| 3.10 Distribución geográfica..... | 19 |
| 4. Discusión..... | 27 |
| 5. Conclusión..... | 30 |
| 6. Referencias..... | 32 |
| 7. Anexos..... | 37 |

1. Introducción

El suicidio es un tema muy presente en nuestra sociedad y que en los últimos años, sobre todo después de la pandemia, ha ido en aumento. No obstante, las tasas son diferentes en los distintos países.

El suicidio tiene una compleja definición debido a que existen diversos términos que se encuentran relacionados con dicho concepto (Carli et al., 2014). Se ha demostrado que algunas definiciones como las que incluyen en su significado la valoración de intencionalidad (suicidio, intento de suicidio, autolesión, etc.) resultan difíciles de delimitar. Esto se debe a que es complejo medir si el sujeto buscaba morir o, por el contrario, si sus objetivos eran otros. No obstante, se define como un acto que comienza de manera deliberada con un propósito letal y que el sujeto realiza con el objetivo de generar como resultado un cambio en su existencia. A su vez, se categoriza como consumado cuando el resultado que se obtiene es trágico. Otros autores añaden que el suicidio es la acción mediante la cual una persona se provoca un daño a sí misma, incluyendo de esta manera otras definiciones (Blasco Fontecilla, 2023).

Otros términos estrechamente vinculados a este concepto y que, por lo tanto, se explican a continuación son: ideación, comunicación, amenaza, plan y conducta suicida. Así como, autolesión e intento de suicidio.

En primer lugar, la ideación suicida hace referencia a la concepción de pensamientos relacionados con el suicidio que aparecen. Estas ideas pueden manifestarse de una manera más particular o general en la mente del sujeto. Por otro lado, la comunicación suicida representa el acto mediante el cual el sujeto expresa querer acabar con la vida. No obstante, en este caso las personas de su entorno no pueden identificar si se va a ejecutar la acción realmente. Una amenaza suicida ocurre cuando la persona desea informar a los de su entorno de que se puede producir el suicidio en un momento futuro (Blasco Fontecilla, 2023). El plan suicida es el desarrollo del modo mediante el cual se va a consumir el acto letal.

Por otro lado, a este concepto también se le atribuyen otros términos como autolesión, mediante la cual el individuo se inflige un daño a sí mismo sin intención de morir. Por último, el intento de suicidio es una acción cuyo objetivo

es terminar con la vida para propiciar un cambio sin tener un desencadenante trágico.

1.1 Prevalencia

En relación a la epidemiología, se afirma que es complejo calcular la prevalencia que tienen los intentos de suicidio en la sociedad, por lo que es posible que se encuentren limitaciones en cuanto a los datos de la incidencia del suicidio (Carli et al., 2014). El suicidio es una de las primeras causas de muerte no natural en todo el mundo, situándose en la décima posición tras otros motivos (Voshaar et al., 2015). Lindh et al. (2018) afirman que alrededor de un 1% de las muertes que se producen en el mundo se deben a la muerte auto infligida. Sin embargo, es mucho más recurrente que se produzcan autolesiones teniendo una incidencia de 4 por cada 1000 personas. De esta manera y resultando dicha causa de muerte tan relevante en la sociedad, se han dedicado muchos esfuerzos a prevenir y tratar de predecirla. Sin embargo, no se han logrado buenos resultados (Lindh et al., 2018). Otro dato que se muestra es que la quinta parte de las personas que en algún momento de su vida intentan quitarse la vida finalmente consuman el suicidio (Riihimäki et al., 2014).

Según los estudios de Stauffacher et al. (2022) y Jacob et al. (2019), en el año 2019 se produjeron 800000 suicidios a nivel mundial. A su vez, se estima que el índice de suicidio es de 15 habitantes por cada 100000 habitantes (Jacob et al., 2019). A pesar de esta medida, la tasa de personas que se autolesionan es de aproximadamente 15 veces más que la cantidad de actos consumados (Espandian et al., 2020).

1.2 Factores de riesgo

En relación a los factores de riesgo que se han estudiado y que se encuentran relacionados con el suicidio, podemos encontrar aquellos que se asocian con el medio ambiente, los que corresponden a dificultades económicas, aquellos vinculados a desastres naturales, los derivados de trastornos mentales incluyendo en ellos el consumo de sustancias, los problemas asociados al historial clínico y los antecedentes de suicidio entre otros (Jacob et al., 2019). No obstante, se ha investigado que el riesgo de suicidio que tienen las personas no se debe a una

única situación en la vida que haya provocado sentimientos negativos en el sujeto, si no que se relaciona más bien con la interacción de diversos sucesos que pasan desde su nacimiento (Demesmaeker et al., 2021).

1.2.1 Nivel económico y educativo

Se ha demostrado que la exclusión social y el bajo nivel económico correlacionan de manera directa con una mayor probabilidad de que aparezcan conductas suicidas en población europea (Yur'yev et al., 2013). Por otro lado, se concluye que hay una mayor tasa de suicidios entre población con un bajo nivel educativo, al igual que en población que se encuentra estudiando en la universidad (Lageborn et al., 2017). Este último factor de riesgo se debe a que este periodo se caracteriza por la aparición de nuevas responsabilidades, ansiedad, depresión, consumo de sustancias y sentimiento de culpa por no obtener el éxito (Lageborn et al., 2017).

Por último, también se escribe acerca de cómo influyeron los problemas económicos en la salud mental de la población, encontrando una mayor tasa de suicidios consumados en países como Reino Unido y España tras las crisis económicas (Fountoulakis et al., 2014).

1.2.2 Trastornos mentales

Las conductas suicidas se encuentran relacionadas en gran medida con padecer trastornos mentales (Boyd et al., 2015). Estudios como el de Stauffacher et al. (2022) indican que entre el 60% y el 98% de las personas que se suicidan presentan una enfermedad mental. De este modo, es relevante conocer que aproximadamente ciento sesenta millones de personas en Europa, presentan una enfermedad mental cada año (Wittchen et al., 2011).

1.2.3 Intentos previos

En cuanto a los intentos de suicidio previos, se habla de que cuanto mayor es la letalidad del acontecimiento o dependiendo de cuál sea el método utilizado para ejecutar la acción, mayor es el riesgo de que en un futuro se llegue a consumir el acto (Carli et al., 2014). Del mismo modo, en diversos análisis se indica que existe

una correlación positiva entre haber tenido intentos de suicidio previos y la consumación del acto suicida (Goñi-Sarriés et al., 2018; Kamal et al., 2021).

1.2.4 Género e historia de vida

A su vez, Kamal et al. (2021) y Goñi-Sarriés et al. (2018) identifican ser varón y sufrir prejuicios como otros factores de riesgo para el suicidio. Investigaciones como la de Stauffacher et al. (2022), mencionan que la disparidad de género puede atribuirse a que los hombres tienen mayores dificultades para pedir ayuda a los servicios sanitarios en comparación con las mujeres, lo que resulta en tasas de prevalencia más altas. También se ha demostrado que los hombres utilizan métodos más letales que los empleados por mujeres (Stauffacher et al., 2022). En cambio, la investigación de Hawton et al. (2020), reconoce que las personas que experimentan autolesiones en la infancia tienen una mayor probabilidad de presentar riesgo de suicidio en etapas futuras de su vida.

1.2.5 Apoyo social

Por otro lado, se ha demostrado que otras cuestiones como, no tener pareja, también potencian la aparición de conductas suicidas (Arici et al., 2018).

Otro estudio demostró que otros factores que aumentan la probabilidad puede ser la ausencia de una red social o los desafíos personales junto con la baja resiliencia del individuo (Carli et al., 2014).

1.2.6 Administración de medicamentos

Autores como Fountoulakis et al. (2014) investigan la relación entre las tasas de suicidio y el uso de antidepresivos. De este modo, se identifica que, en Países Bajos, durante el año 2003 aparece un movimiento que actúa contra el consumo de antidepresivos, por lo que hay un aumento representativo del número de intentos. Sin embargo, en algunos países como Suecia, Hungría y otros muchos constituyentes de Europa, comienzan a aumentar las prescripciones de estos medicamentos por lo que se reduce en gran medida dicho problema social.

1.3 Distribución geográfica

En relación a la distribución geográfica del suicidio, es necesario considerar que las tasas de suicidio varían en cada uno de los países. Fountoulakis et al. (2014) defienden que las tasas más altas de suicidio se encuentran en Europa del Este planteándose cuales pueden ser los motivos (el clima, la latitud, la altitud, etc.). Kamal et al. (2021) defienden que existen un mayor número de casos de suicidio en Lituania que en los demás países de Europa con una tasa de suicidio de 32 habitantes de cada 10000. A su vez, se menciona un aumento en la tasa del suicidio relacionado con la variación del desempleo y del PIB per cápita del país (Fountoulakis et al., 2014).

Por otro lado, se ha observado un aumento de tasa de suicidio en países como Reino Unido, en los cuales se ha comenzado a estudiar la relación que existe entre las creencias religiosas y el suicidio (Jacob et al., 2019).

En otros lugares como Suiza, se encuentra que aproximadamente un treinta de los pacientes ambulatorios que se suicidaban habían expresado previamente querer hacerlo (Stauffacher et al., 2022). Del mismo modo, se emplean muchos recursos en el control de las armas puesto que es una de las principales manera de provocarse la muerte (Stauffacher et al., 2022).

Objetivo

Detectar qué aspectos están influyendo en que existan países con una prevalencia de suicidio mayor que otros.

- Identificar los factores de riesgo comunes en las distintas poblaciones
- Investigar la distribución geográfica del suicidio
- Identificar los factores de riesgo que son diferentes en los países
- Estudio de las diferencias geográficas en la prevalencia del suicidio
- Dar visibilidad a los factores de protección

Por ello, esta revisión busca responder a la pregunta de cuál es la prevalencia, por qué el índice de suicidio cambia en cada país y cuáles son los factores de riesgo que lo producen. Esta investigación resulta interesante ya que pretende dar una

respuesta a una cuestión importante que puede ayudar a la intervención en cada región con el fin de reducir los factores de riesgo a los cuales las personas están expuestas y que sea posible facilitar herramientas a la población. Además, pretende dar una mayor visibilidad a este problema social muy prevalente pero poco identificado.

2. Método

2.1 Estrategia de búsqueda

Se comienza una investigación bibliográfica durante el mes de noviembre de 2023, realizándose la última búsqueda en el mismo mes. Se emplean las bases de datos de: Pubmed, Psycinfo y MEDLINE. En relación a los términos en lenguaje libre que fueron empleados, aparece Suicides. Por otro lado, en cuanto a los términos de lenguaje documental utilizados en la ecuación de búsqueda, han sido “Europe”, “Suicide”, “Risk Factors”, “Suicide Risk Factors”, “Prevalence” y “Epidemiology”. Se emplean los operadores booleanos “AND” y “OR” entre alguno de los términos. El Anexo A describe con detalle las sintaxis generadas.

2.2 Criterios de inclusión y exclusión

En base a los criterios de elegibilidad, se consideran: a) Estudios en inglés, b) Que los artículos hayan sido publicados en los últimos diez años, d) Que los estudios traten sobre factores de riesgo o epidemiología en el suicidio, e) En población europea, f) Que sean del tipo observacional, clínico o comparativo y g) Que la muestra sea mayor que 100.

De esta manera, se excluyen estudios según estos factores 1) Que el idioma de los artículos no sea inglés, 2) Que hayan sido realizados antes del año 2013, 3) Que no traten sobre factores de riesgo o epidemiología, 4) Que la población no sea europea, 5) Que no sea un estudio observacional, clínico o comparativo y 6) Que la muestra sea menor que 100.

3. Resultados

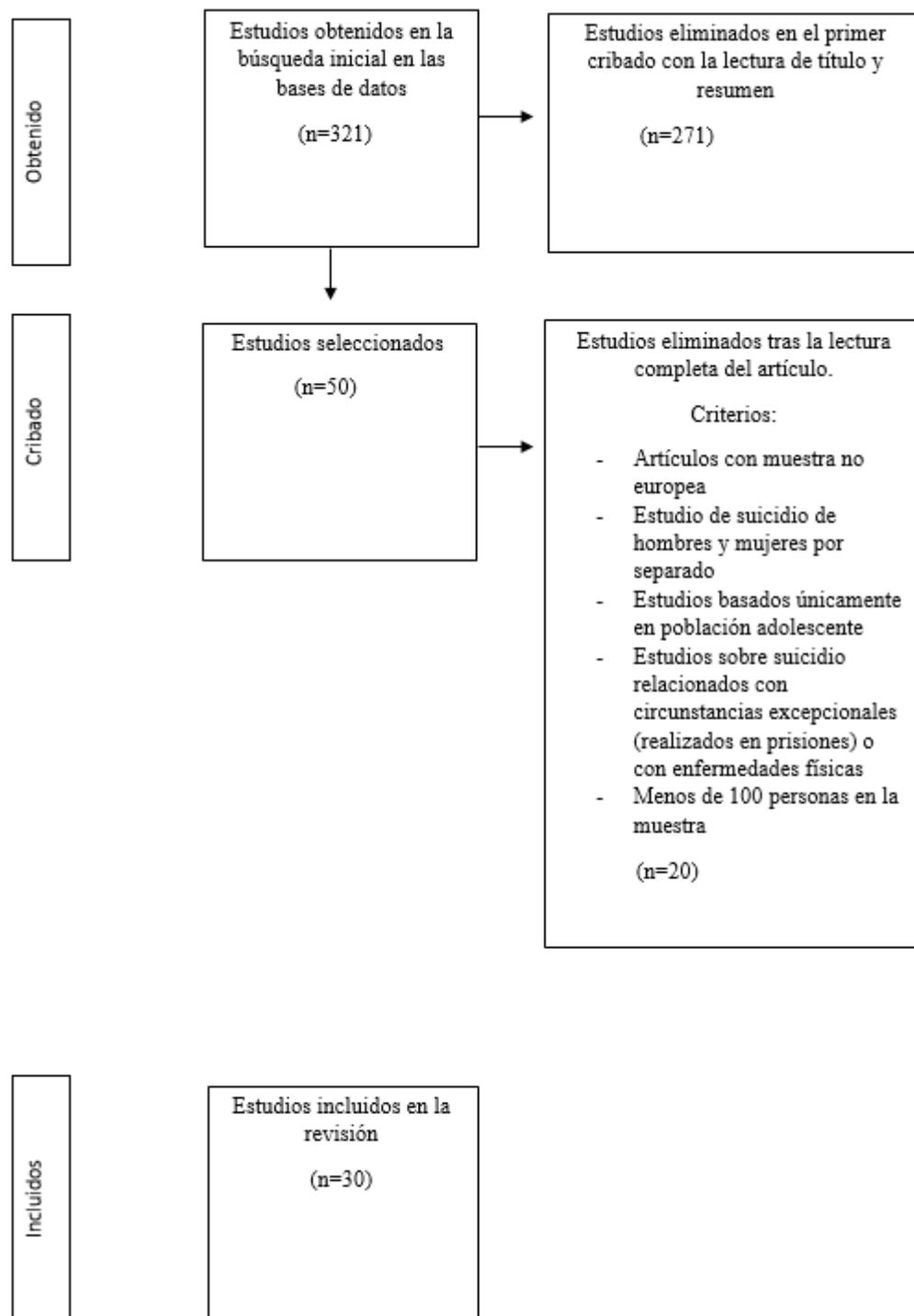
3.1 Resultado de búsqueda

Al aplicar los criterios de investigación relacionados con el idioma (que el idioma de los artículos sea inglés) y la fecha en la cual se han publicado (entre el 2013 y el 2023) los estudios utilizados se reducen a 91 estudios. Además, posteriormente se fusionan duplicados y se valora si los estudios cumplen con los criterios propuestos para el objetivo del trabajo. De esta manera, se descartan 41 investigaciones comenzando a tener 50 estudios que cumplen con el objetivo de búsqueda. Posteriormente, tras realizar la lectura de cada artículo se filtran 20 estudios obteniendo un resultado total de 30. La Figura 1 describe en un diagrama de flujo el proceso de selección de estudios.

3.2 Diagrama de flujo

Figura 1

Diagrama de flujo acerca del proceso de selección de artículos



3.3 Variables

En primer lugar, se ha atendido a diversas variables metodológicas que tienen relación con el tipo de estudio que se ha utilizado para la revisión integrando solo diseños observacionales, clínicos o comparativos, y al número de participantes que se incluyen en cada investigación incluyendo únicamente aquellas que presentan un número de participantes mayor a cien personas.

En segundo lugar, al analizar la muestra se han tenido en cuenta diversas variables como, país en el que residen, género, nivel socioeconómico y estado civil.

En cuanto a la variable suicidio, se ha empleado la definición de: “Acción mediante la cual una persona se provoca un daño a sí misma, incluyendo de esta manera otras definiciones como: ideación, comunicación, amenaza, plan, conducta suicida, autolesión e intento de suicidio”.

Por último, se tiene en cuenta la variable de distribución geográfica excluyendo aquellos países que se encuentran fuera de Europa y prestando atención a los factores de riesgo diferentes en todos ellos.

3.4 Análisis de datos

Para analizar los datos de acuerdo al objetivo del estudio se han comparado los factores de riesgo y la prevalencia de suicidio de los países europeos que se incluyen en los artículos.

3.5 Características metodológicas

Entre los 30 artículos que se han incluido en la revisión sistemática, el 16,67% de los artículos son descriptivos (Arici et al., 2018; Celada et al. 2017; Elzinga et al., 2019; Goñi-Sarriés et al., 2018; Kamal et al., 2021), el 23,33% son estudios transversales (Boyd et al., 2015; Dold et al., 2018; Jacob et al., 2019; Lukaschek et al., 2015; Marco et al., 2017; Rancans et al., 2020 y Yur'yev et al., 2013); el 43,33% de los artículos son de cohorte retrospectivo (Carli et al., 2014; de Beurs et al., 2016; Espandian et al., 2020; Fountoulakis et al., 2014; Hawton et al., 2020; Mejías-Martín et al., 2018; Mellestdal et al., 2015; Mok et al., 2017; Schmid et al., 2020; Singhal et al., 2014; Stauffacher et al., 2022; Termorshuizen et al., 2015; Voshaar et al., 2015) y el 13,33% son de cohorte prospectivo (Demesmaeker et al., 2021; Lageborn et al., 2017; Lindh et al., 2018; Riihimäki et al., 2014). Por

último, el 3,33% artículos son observacionales longitudinales (Parra-Uribe et al., 2017).

El tamaño de la muestra osciló entre 134 y 5039419.

3.6 Factores de riesgo

En relación a los factores de riesgo que se miden un 83,33% de los estudios investiga cómo influyen las variables sociodemográficas (Arici et al., 2018; Boyd et al., 2015; Carli et al., 2014; Celada et al., 2017; de Beurs et al., 2016; Demesmaeker et al. 2021; Dold et al., 2018; Elzinga et al., 2019; Espandian et al., 2020; Fountoulakis et al., 2014; Goñi-Sarriés et al., 2018; Jacob et al., 2019; Kamal et al., 2021; Lageborn et al., 2017; Lukaschek et al., 2015; Marco et al., 2017; Mejías-Martín et al., 2018; Mellesdal et al., 2015; Parra-Uribe et al., 2017; Rancans et al., 2020; Riihimäki et al., 2014; Schmid et al., 2020; Stauffacher et al., 2022; Voshaar et al., 2015 y Yur'yev et al., 2013). A su vez, otros estudios miden la relación que existe entre los intentos de suicidio previos y la aparición de conductas suicidas (Demesmaeker et al., 2021; Espandian et al., 2020; Goñi-Sarriés et al., 2018; Hawton et al., 2020; Parra-Uribe et al., 2017; Lindh et al., 2018 y Stauffacher et al., 2022).

Otro de los factores de riesgo que se estudia en diferentes artículos es como los trastornos mentales se encuentran correlacionados con la aparición de conductas suicidas (Arici et al., 2018; Boyd et al., 2015; Carli et al., 2014; Demesmaeker et al. 2021; Dold et al., 2018; Elzinga et al., 2019; Espandian et al., 2020; Fountoulakis et al., 2014; Jacob et al., 2019; Kamal et al., 2021; Lageborn et al., 2017; Lukaschek et al., 2015; Marco et al., 2017; Mellesdal et al., 2015; Parra-Uribe et al., 2017; Rancans et al., 2020; Riihimäki et al., 2014; Singhal et al., 2014; Stauffacher et al., 2022; Schmid et al., 2020 y Voshaar et al., 2015).

Relacionado con ello, un 16,66% de los artículos investiga sobre el factor de riesgo de antecedentes psiquiátricos familiares (Arici et al., 2018; Demesmaeker et al. 2021; Espandian et al., 2020; Fountoulakis et al., 2014 y Mok et al., 2017). Además, un 20% estudia cómo influyen aspectos familiares en la aparición de riesgo suicida (Espandian et al., 2020; Fountoulakis et al., 2014; Jacob et al., 2019; Mellesdal et al., 2015; Mok et al., 2017 y Stauffacher et al., 2022).

El 36,67% de los artículos analizan la relación que existe entre el consumo de sustancias y la posible aparición de conductas relacionadas con el suicidio (Arici et al., 2018; Boyd et al., 2015; Demesmaeker et al. 2021; Jacob et al., 2019; Kamal et al., 2021; Lageborn et al., 2017; Mellesdal et al., 2015; Parra-Uribe et al., 2017; Riihimäki et al., 2014; Singhal et al., 2014 y Stauffacher et al., 2022). Relacionado con el consumo, se investiga cómo afecta la ideación suicida y la impulsividad en el riesgo de suicidio (Parra-Uribe et al., 2017).

Además, un 6,67% de los artículos investiga cómo influye la religiosidad en la intención suicida (Fountoulakis et al., 2014 y Jacob et al., 2019). Un 3,33% estudia cómo las estrategias de afrontamiento de problemas de baja efectividad inciden en el comportamiento suicida (Fountoulakis et al., 2014), mientras que un 3,33% se enfoca en explorar cómo la disponibilidad de armas letales influye en dicho comportamiento (Fountoulakis et al., 2014).

Por otro lado, se investiga cómo los fármacos pueden estar implicados en la aparición de conductas relacionadas con el suicidio (Dold et al., 2018; Fountoulakis et al., 2014; Kamal et al., 2021 y Termorshuizen et al., 2015).

3.7 Medidas

Para medir los distintos factores de riesgo en los países se emplearon diversas escalas y metodologías de investigación. Por ejemplo, con el objetivo de comprender el sentido de la vida en personas con trastorno límite de la personalidad, se emplea la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), el Cuestionario de Regulación de las Emociones (ERQ) y la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (Marco et al., 2017). Relacionados también con la evaluación de trastornos límite de la personalidad se encuentran el BSL-23 (Marco et al., 2017) y el Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (Mellesdal et al., 2015).

Por otro lado, se administra la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación a diecinueve países de Europa con el objetivo de obtener datos de salud, nivel económico, bienestar y redes sociales (Lukaschek et al., 2015).

Con el objetivo de evaluar el riesgo de suicidio, el estudio de Lindh et al. (2018) emplea la Escala de Calificación de Gravedad del Suicidio de Columbia.

Otros estudios optan por medir los factores de riesgo mediante los registros de pacientes que acuden a urgencias en un periodo de tiempo determinado (Espandian et al., 2020 y Kamal et al., 2021), a través de sistemas de registros civiles (Mok et al., 2017) o administrando un cuestionario a los psiquiatras de los distintos pacientes de la muestra (Voshaar et al., 2015) o a los propios sujetos (Stauffacher et al., 2022). Mientras tanto, algunas investigaciones utilizan bases de datos con el fin de recoger los resultados (Celada et al., 2017; de Beurs et al., 2016; Goñi-Sarriés et al., 2018 y Termorshuizen et al., 2015), registros de llamadas telefónicas (Mejías-Martín et al., 2018) o datos de estadísticas de episodios hospitalarios (Singhal et al., 2014).

Autores como Arici et al. (2018), Dold et al. (2018), Elzinga et al. (2019) y Mellesdal et al. (2015) utilizan herramientas específicas para evaluar los trastornos que presenta la muestra. De este modo se emplea la Hamilton Rating Scale for Depression (Arici et al., 2018 y Dold et al., 2018), la Escala de Calificación de Young-Mania (YMRS) (Arici et al., 2018), la Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) y la Montgomery (Dold et al., 2018), la escala de Beck Suicide Intent (Demesmaeker et al., 2021) y la escala de Asberg Depression Rating (Dold et al., 2018 y Mellesdal et al., 2015) para observar la patología presente. Algunas investigaciones miden los distintos trastornos mediante el empleo de entrevistas semiestructuradas (Mellesdal et al., 2015) y otras como, la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Demesmaeker et al., 2021; Dold et al., 2018; Rancans et al., 2020). Por otro lado, también para evaluar depresión se emplean la International Classification of Primary Care (ICPC) (Elzinga et al., 2019), PIL-10 (Marco et al., 2017), DERS (Marco et al., 2017) y ERQ (Marco et al., 2017).

Para evaluar el seguimiento de los pacientes, se emplean entrevistas presenciales mediante el SCID-I/P y para estudiar los trastornos comórbidos del Eje II se utiliza el SCID-II, mediante ambas escalas se diagnostican casos de depresión y consumo de sustancias (Marco et al., 2017; Mellesdal et al., 2015 y Riihimäki et al., 2014), junto con escalas de autoinforme y observación. Otros utilizan registros psiquiátricos y médicos para obtener la información (Riihimäki et al., 2014; Schmid et al., 2020) o certificados de defunción (Schmid et al., 2020).

A su vez, otras investigaciones utilizan como medida la observación a través del tiempo (Lageborn et al., 2017), entrevistas clínicas detalladas (Dold et al., 2018; Hawton et al., 2020 y Schmid et al., 2020) o la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (Carli et al., 2014).

Para analizar los factores de riesgo que existían en relación a las conductas suicidas, otro estudio empleó curvas de Kaplan Meier y modelos de regresión logística bivariados. De esta manera, podían comparar el tiempo hasta el reintento de suicidio. Además, en el estudio de Parra-Urbe et al. (2017) también se utilizan instrumentos estandarizados a pesar de no mencionar específicamente cuáles.

Para estudiar la relación entre la exclusión social y la mortalidad por suicidio se emplea el modelado de ecuaciones estructurales (Yur'yev et al., 2013).

Por otro lado, en una de las investigaciones se utilizan las encuestas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tienen como objetivo identificar la prevalencia de los distintos países de Europa y estudiar la relación de las tendencias suicidas con los trastornos mentales en dos etapas diferentes (Boyd et al., 2015).

Jacob et al., (2019) evalúan a los sujetos mediante escalas como: cuestionario de Dependencia de Alcohol (SADQ C), prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT), cuestionario de estrés percibido, cuestionario de soledad, cuestionario de apoyo social, evaluación de condiciones físicas crónicas y evaluación de factores sociodemográficos.

Por último, Fountoulakis et al. (2014) obtienen sus datos desde agencias nacionales estadísticas.

3.8 Características de la muestra

En relación a la muestra, asociado con el género, un 20% de la muestra presentaba una muestra mayor en hombres que en mujeres (Espandian et al., 2020; Goñi-Sarriés et al., 2018; Lageborn et al., 2017; Marco et al., 2017; Schmid et al., 2020; Voshaar et al., 2015). Sin embargo, un 70% de los estudios utilizados presentaban una mayor muestra de mujeres que de hombres (Arici et al., 2018; Carli et al., 2014; Celada et al. 2017; de Beurs et al., 2016; Demesmaecker et al., 2021; Dold et al., 2018; Elzinga et al., 2019; Hawton et al., 2020; Jacob et al., 2019; Kamal et

al., 2021; Lindh et al., 2018; Lukaschek et al., 2015; Mejías-Martín et al., 2018; Mellesdal et al., 2015; Parra-Uribe et al., 2017; Rancans et al., 2020; Riihimäki et al., 2014; Singhal et al., 2014; Stauffacher et al., 2022; Termorshuizen et al., 2015 y Yur'yev et al., 2013).

La muestra de los distintos artículos pertenecía a diferentes países. Un 20% era muestra española (Celada et al., 2017; Espandian et al., 2020; Goñi-Sarriés et al., 2018; Marco et al., 2017; Mejías-Martín et al., 2018; Parra-Uribe et al., 2017). Un 3,33% eran estudios realizados en Italia (Arici et al., 2018). A su vez, el 10% de las investigaciones se desarrollaron en Países Bajos (de Beurs et al., 2016, Elzinga et al., 2019 y Termorshuizen et al., 2015) y el 6,67% en Finlandia (Dold et al., 2018 y Riihimäki et al., 2014). El 13,33% de la muestra era residente de Inglaterra (Hawton et al., 2020; Jacob et al., 2019; Singhal et al., 2014; Voshaar et al., 2015), el 6,67% de Suecia (Lageborn et al., 2017; Lindh et al., 2018), el 6,67% de Suiza (Schmid et al., 2020; Stauffacher et al., 2022), el 3,33% de Letonia (Rancans et al., 2020), el 3,33% en Francia (Demesmaeker et al., 2021), el 3,33% de Dinamarca (Mok et al., 2017) y el 3,33% de Noruega (Mellesdal et al., 2015). Por último, entre los artículos seleccionados 20% comparaban distintos países (Boyd et al., 2015; Carli et al., 2014; Fountoulakis et al., 2014; Kamal et al., 2021; Lukaschek et al., 2015 y Yur'yev et al., 2013).

3.9 Prevalencia

Se ha investigado que la prevalencia de comportamiento suicida en Europa es de 15,4 muertes por cada 100000 habitantes (Kamal et al., 2021). Según Lukaschek et al. (2015), existen menores tasas de suicidio en los países europeos occidentales que en los orientales.

Investigaciones como la de Espandian et al., (2020) identifican que la tasa de suicidio era de 8,3/100000 en el año 2008, 6,6/100000 en 2009, 7,2/100000 en 2010, 4,8/100000 en 2011 y 7,2/100000 en 2012 en España.

En Países Bajos se encontró un aumento de un 5% en cada año del 2007 al año 2013. En 2007, se produjeron 1353 suicidios y en 2013 el número total fue de 1854. En relación a la tasa obtenida se observó un aumento presentando 11/100000 (Elzinga et al., 2019).

En Finlandia, la prevalencia de suicidios entre pacientes depresivos es de 36 por cada 1000 personas (Riihimäki et al., 2014). A su vez, se observa que las personas que se suicidan tienen depresión mayor en un 46,67% de los casos (Dold et al., 2018).

Según el estudio de Lageborn et al. (2017), la prevalencia de universitarios que se suicidan en el país es de 19 por cada 100000 al año para los hombres y 7,2 por cada 100000 para las mujeres.

En Letonia, existe una tasa de tendencias suicidas del 18,6%, la cual es considerada alta. Se identifica que un 10,7% de los pacientes de atención primaria atendidos presentaban pensamientos o conductas suicidas. Por otro lado, en Lituania aparece la tasa más alta de suicidio del mundo siendo de 31,9 por cada 100000 habitantes (Kamal et al., 2021).

La investigación realizada en Dinamarca identifica que el 26% de los fallecimientos ocurridos por causa no natural se deben al suicidio (Mok et al., 2017).

3.10 Distribución geográfica

Países del Mediterráneo

España

Para comenzar, se atiende a los factores sociodemográficos. Se ha encontrado que existe un menor número de intentos de suicidio a medida que se avanza en edad. Esto se encuentra relacionado con que las personas que son mayores tienen mayor intencionalidad de consumar el suicidio, por ello emplean métodos más letales (Goñi-Sarriés et al., 2018; Mejías-Martín et al., 2018 y Parra-Uribe et al., 2017).

A su vez, relacionado con el género, existe una mayor tasa de suicidio y autolesiones en mujeres que en hombres (Celada et al., 2017; Mejías-Martín et al., 2018 y Parra-Uribe et al., 2017). No obstante, los hombres emplean maneras de quitarse la vida más agresivas por lo que las mujeres tienen mayor probabilidad de presentar intentos de suicidio previos (Espandian et al., 2020 y Goñi-Sarriés et al., 2018).

En relación al empleo, se ha encontrado que existe una correlación positiva entre las tasas de desempleo y el nivel de suicidio afectando más al género masculino y en la etapa de adulto-joven (Celada et al., 2017). Además, se encuentra que existe una correlación positiva entre el riesgo de exclusión y el suicidio (Celada et al., 2017).

En cuanto al factor de riesgo de intentos de suicidio, se obtiene que es complejo investigar la relación entre intentos previos y suicidio debido a que muchos pacientes fallecen tras este primer intento. Se concluye que hay cuatro intentos de suicidio por cada suicidio consumado, lo cual se contradice con la OMS que defiende que hay un suicidio por cada veinte intentos (Mejías-Martín et al., 2018). Además, se ha encontrado que cuantos más intentos se realizan mayor es la letalidad de estos (Goñi-Sarriés et al., 2018). Por este motivo, se ha encontrado que uno de los antecedentes que más puede ayudar a predecir el suicidio es que se encuentren reintentos previos (Espandian et al., 2020; Parra-Uribe et al., 2017).

Atendiendo a la relación entre suicidio y enfermedad mental, uno de los resultados obtenidos fue que las personas que acababan con su vida en el primer intento no presentaban diagnóstico psiquiátrico previo, lo cual puede estar relacionado con la dificultad que presentan para acudir a centros sanitario (Goñi-Sarriés et al., 2018). A pesar de ello, se identifica que los sujetos con trastorno psicótico suelen presentar una tasa de mortalidad superior ya que sus actos de suicidio son más letales. A su vez, padecer una enfermedad mental puede ser un factor determinante que causa mayor malestar al sujeto y que aumenta la probabilidad de presentar algún intento de suicidio y con alta letalidad. No obstante, se ha encontrado que los pacientes con trastornos de la personalidad suelen tener intentos de suicidio previos antes de acabar con el suicidio consumado (Goñi-Sarriés et al., 2018; Parra-Uribe et al., 2017). Por otro lado, se ha encontrado que las autolesiones no suicidas tienen correlación positiva con el bajo sentido de la vida. De este modo, uno de los resultados muestra que las personas que presentan Trastorno Límite de la Personalidad tienen un bajo sentido de la vida, lo cual se relaciona de manera directa con el suicidio (Marco et al., 2017).

Por otro lado, se ha identificado que el trastorno por consumo también se encuentra relacionado con una mayor probabilidad para presentar reintentos de

suicidio. El consumo de alcohol resultó ser un predisponente para el suicidio (Mejías-Martín et al., 2018; Parra-Uribe et al., 2017).

Italia

La muestra con la que se investiga en el estudio seleccionado es de personas con Trastorno Bipolar. Se observó que la soledad, medida mediante el estado civil y las amistades, estaba relacionada positivamente con el suicidio. Este factor se encontraba relacionado con la evitación de las relaciones sociales con el objetivo de no sentirse estigmatizado (Arici et al., 2018).

A su vez, no se identifican diferencias en cuanto al género (Arici et al., 2018).

La investigación encuentra que los trastornos mentales, en particular los trastornos de personalidad, se relacionan con mayor probabilidad de intentos de suicidio (Arici et al., 2018).

Francia

Demesmaeker et al. (2021) llegan a la conclusión de que los factores de riesgo para el suicidio incluyen el consumo de sustancias, como el alcohol, la experiencia de dos o más intentos de suicidio previos, así como la presencia de trastornos de ansiedad. Por otro lado, se identifica que algunos factores que podrían influir en la reincidencia son los antecedentes familiares, independientemente del género, la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria en mujeres y el desempleo en los hombres.

Países del Norte

Finlandia

Riihimäki et al. (2014) encuentran que uno de cada diez pacientes que presenta un trastorno depresivo tiene al menos un intento de suicidio durante el periodo que dura la investigación. A su vez, entre las personas que presentaban consumo de sustancias el riesgo de suicidio era siete veces mayor. Se concluye que los intentos de suicidio se encuentran correlacionados positivamente con la gravedad del trastorno depresivo. Otro de los factores que influye en la ejecución de intentos de suicidio es el consumo de sustancias. Se encuentra que la prevalencia es siete veces más cuando aparece consumo.

Por otro lado, se observa que padecer un trastorno de personalidad y haber presentado intentos previos pueden ser otro indicativo de mayores tasas de intentos de suicidio. En cuanto a las variables sociodemográficas, influye ser más joven, poco apoyo social y residir solo (Riihimäki et al., 2014).

En el estudio de Dold et al. (2018), se obtienen resultados que afirman que existe una correlación entre la gravedad de los síntomas de la depresión y un aumento de las tasas de suicidio. A su vez, se observa que la conducta suicida también se encuentra relacionada con una dificultad para afrontar el tratamiento o con la resistencia que presentan los pacientes ante este.

En relación con el suministro de medicamentos, se ha hallado que los antidepresivos empleados para tratar la depresión aumentan la conducta suicida de las personas con dicha patología (Dold et al., 2018).

Suecia

En relación con el género, se identifica que algunos de los factores de riesgo de suicidio universitario eran ser una persona mayor de veinticinco años y ser hombre. A su vez, concluyen que existe una mayor prevalencia de suicidio en personas universitarias (Lageborn et al., 2017).

Por otro lado, se ha demostrado que la duración, frecuencia o intensidad de la ideación suicida determina una mayor probabilidad de que en un futuro se produzca un suicidio con final fatal o incluso, no fatal (Lindh et al., 2018).

Letonia

Investigaciones como las de Rancans et al. (2020), demuestran que ser mujer, no estar casado, tener un bajo nivel de estudios, el desempleo, tener un intento previo, consumir antidepresivos e incluso algunas dificultades como el insomnio son un factor de riesgo de la conducta suicida. Además, existe una alta correlación entre el suicidio y los trastornos mentales como pueden ser los trastornos de ansiedad, depresión u otros.

A su vez, se investiga cómo el lugar de residencia también influye en la intención suicida. De este modo, resulta negativo tanto vivir en zonas pequeñas como residir en la capital del país (Rancans et al., 2020).

Noruega

En la investigación realizada, se estudia como el Trastorno Límite de la Personalidad se encuentra relacionado con la aparición de comportamientos autolíticos. De este modo, se obtiene que uno de los factores predictores de esta conducta es la desregulación del trastorno y la impulsividad subyacente (Mellesdal et al., 2015).

Europa central

Países Bajos

En esta investigación se concluye con un aumento de suicidio masculino frente al suicidio femenino. Este aumento estuvo relacionado con la pérdida de empleos tras la crisis económica. La imposibilidad de tener un empleo influye sobre la mayor probabilidad de aparición de la conducta suicida. Atendiendo al género femenino, no se encuentra evidencia de que exista una correlación entre el factor de desempleo y el suicidio (de Beurs et al., 2016).

Por otro lado, se ha demostrado que un menor cuestionamiento hacia el suicidio previene menos un suicidio consumado posterior. Preguntar acerca del comportamiento suicida conlleva una disminución de los pensamientos autolíticos y del estrés (Elzinga et al., 2019).

En relación al factor de riesgo de uso de fármacos antidepresivos, se ha observado que las tasas de suicidio son menores justo en el momento después de comenzar con el tratamiento del medicamento y mayores en el momento anterior a empezar con este. No obstante, otra de las conclusiones de este estudio consistió en que la administración de dosis altas de antidepresivos aumentaba el riesgo de presentar autolesiones (Termorshuizen et al., 2015).

Reino Unido

Hawton et al. (2020) encuentran un mayor riesgo de suicidio en hombres que en mujeres y en personas adolescentes. Del mismo modo, el estudio de Singhal et al. (2014) reafirma la conclusión del anterior estudio, en la cual se demuestra que el riesgo por autolesiones es mayor en el género masculino. En cuanto al suicidio en la vejez, se ha demostrado que hay un mayor número de suicidios masculinos que femeninos (Voshaar et al., 2015).

Además, se encuentra una correlación positiva entre las autolesiones y el suicidio. Un resultado encontrado es que algunas de las muertes por suicidio se debían a una intoxicación que previamente no tenía como objetivo el fallecimiento (Hawton et al., 2020).

Por otro lado, se encuentra que padecer cualquier trastorno mental aumenta la probabilidad de desarrollar conductas suicidas (Singhal et al., 2014). Según Voshaar et al. (2015), todos los suicidios que aparecieron entre la muestra a una edad mayor presentaban trastorno de ansiedad. A su vez, la mitad de la muestra que se suicidó llevaban años padeciendo algún trastorno por ansiedad, la mitad habían empleado la autolesión anteriormente y un sesenta por ciento habían sido tratados previamente en la unidad de psiquiatría, lo cual indicaba una predicción de la conducta suicida (Voshaar et al., 2015).

En relación a la religiosidad, se ha considerado un factor de protección hacia el suicidio. Hay una disminución de las conductas, pensamientos e intentos suicidas de aproximadamente un 25% en aquellas personas que son creyentes. Estas afirmaciones se encuentran relacionadas con la ideología de algunas religiones sobre seguir hábitos de vida saludables como pueden ser, por ejemplo, no fumar, no beber o incluso no consumir drogas, acciones que resultan ser un factor de riesgo para el suicidio. Por otro lado, en numerosas religiones se prohíbe el suicidio, por lo que esto puede contribuir en la obtención de los resultados (Jacob et al., 2019).

Suiza

En el único estudio realizado en Suiza, se encontró que los pacientes que presentaban conductas suicidas ya habían sido previamente tratados en otro momento por la unidad de psiquiatría y que un 85% de los pacientes ambulatorios y un 74% de los hospitalizados había tenía algún intento previo (Stauffacher et al., 2022).

En cuanto a las diferencias de género se encuentra una proporción de 1,9 mujeres por cada hombre en nuestra muestra. A su vez, se observa que las mujeres también presentan más experiencias pasadas de hospitalización. El mayor número existente de muestra femenina puede indicar o influir en que aparezca esta diferencia de género (Stauffacher et al., 2022).

Además, se observa que gran parte de la muestra que había presentado conductas suicidas habían experimentado algún conflicto familiar previo. No obstante, no se pudo comprobar si esto era significativo (Stauffacher et al., 2022).

En relación al factor de riesgo de consumo de sustancias, los resultados hallados afirman que existe una correlación positiva entre el consumo y los trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia, y la conducta suicida. Un 90% de las personas que se suicidan presentaban un trastorno mental previo (Schmid et al., 2020). En cuanto a los trastornos del estado de ánimo asociados con suicidio, se encuentran la ansiedad social, la ansiedad generalizada y la depresión.

Observando el factor de riesgo de ocupación, se obtiene que las personas dedicadas a áreas de la salud, ventas o profesiones de servicios elementales tienen mayores tasas de estrés. A su vez, las condiciones laborales también influyen en el malestar de las personas (Schmid et al., 2020).

Dinamarca

Mok et al. (2017), afirman que tienen una mayor probabilidad de suicidio aquellos hijos nacidos de madres jóvenes. Sin embargo, se descubre que los resultados que no cumplían este criterio se atribuían a antecedentes psiquiátricos de los progenitores, nivel socioeconómico o la residencia en zonas urbanas. En relación a la paternidad, se deduce que existe un riesgo aumentado de comportamiento suicida entre padres adolescentes. No obstante, los resultados también son significativos en el caso de los padres de mayor edad.

Artículos comparados

En relación al género, los resultados obtenidos indican que los hombres poseen un mayor riesgo de manifestar trastornos externalizantes, mientras que las mujeres muestran una mayor probabilidad de experimentar problemas internalizantes. Por consiguiente, el género femenino tiene una prevalencia mayor de depresión, lo que también correlaciona con tasas más altas de comportamiento suicida (Boyd et al., 2015). A su vez, otra investigación constata este resultado, afirmando que los hombres y mayores tienen tasas de suicidio consumado más altas, mientras que las mujeres jóvenes presentan más intentos de suicidio (Carli et al., 2014).

En Europa del Este, específicamente en Rumanía y Bulgaria, se concluye que existe una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo en individuos mayores de 50 años y en el género femenino. En Europa occidental y oriental se postula la hipótesis de que, debido a los cambios sociales y políticos, la población más afectada por los trastornos internalizantes sean los mayores de 50 (Boyd et al., 2015).

Carli et al. (2014) informan de que la mayoría de los sujetos que experimentaron conductas suicidas graves residían solos o en algún centro como una institución. Por otro lado, se constata que otros factores de riesgo relevantes fueron que el paciente estuviese afrontando la enfermedad de un familiar o que presentase un trastorno mental. Además, se observa que el empleo de conductas suicidas graves fue más común en ateos, en personas que no tenían pareja y que desarrollaban un empleo o eran jubilados. Debido a esto, se observa que el apoyo social es un factor de protección ante el suicidio.

Según Lukaschek et al. (2015), existen mayores tasas de ideación suicida en mujeres mientras que los hombres tienen mayor prevalencia de suicidio consumado. Además, tener una edad avanzada aumenta la incidencia de suicidio.

La investigación confirma que se producen más suicidios entre individuos inmigrantes o residentes del centro y en el norte de Europa (Carli et al., 2014). Estos resultados concuerdan con los obtenidos en la revisión sistemática en la cual se identifica que en países como Países Bajos o España las tasas de suicidio son más bajas que en otros como Lituania o Finlandia.

Otro de los factores de riesgo o protección que se ha descubierto es el uso de psicofármacos. En 2003, se prohíbe la prescripción de Inhibidores de Recaptación de Serotonina en Países Bajos lo que conlleva un aumento en la incidencia de suicidio. No obstante, en otros países como Eslovenia, Suecia y Hungría comienzan a aumentar las prescripciones por lo que disminuye la tasa de suicidio (Fountoulakis et al., 2014).

Fountoulakis et al. (2014) detectan que la prevalencia de suicidio se ve relacionada con el PIB per cápita de cada país. A su vez, este estudio concluye que los trastornos mentales, los antecedentes familiares de suicidio, la falta de estrategias

de afrontamiento, dificultades de pareja, el estrés y la disposición a armas letales aumentan las posibilidades de presentar comportamiento suicida.

Kamal et al. (2021) hacen una comparación entre Lituania e Irlanda. En Lituania se encontró que los pacientes con autolesiones eran más mayores que los de Irlanda. Además, en Lituania un 79% habían tenido un intento previo mientras que en Irlanda solo un 59%. En ambos países se identifica la depresión mayor, trastorno de adaptación, el trastorno límite de la personalidad y el consumo como un factor de riesgo importante del suicidio. En cuanto al consumo de sustancias, se observa que el porcentaje de muestra que consume era mayor en Irlanda y en relación al suministro de fármacos, se prescriben más medicamentos en Lituania.

Por último, la investigación de Yur'yev et al. (2013) identifica como factores de riesgo para el suicidio la pobreza, tener un nivel educativo bajo, no tener hogar y estar desempleado. Este estudio demuestra que la exclusión social correlaciona de manera positiva con la conducta suicida. Esto se debe a que la aparición de diversos factores estresantes para el sujeto deriva en un mayor malestar.

A su vez, se constata que el desempleo es un determinante mayor de suicidio para el género masculino que para el femenino debido a que existen unas expectativas sociales y personales asociadas con el rol. Además, los autores refieren que no se puede afirmar la influencia del PIB per cápita sobre el comportamiento suicida (Yur'yev et al., 2013).

4. Discusión

El objetivo del trabajo es realizar una revisión sistemática de artículos científicos clínicos, observacionales o comparativos que han sido publicados en la última década y que hablan sobre prevalencia o factores de riesgo en los distintos países de Europa.

Los artículos empleados proporcionan información muy diversa de los distintos países participantes en el estudio.

En primer lugar, la prevalencia indica que la tasa de suicidio de Europa es significativa. En España, se observan cambios en el índice del suicidio durante los últimos años. Al igual ocurre en Países Bajos donde los datos de suicidio han aumentado en los últimos años. Por otro lado, Finlandia, Letonia y Dinamarca

presentan una tasa alta de conducta suicida pero más baja que la de Lituania, país con mayor prevalencia.

En relación a los factores de riesgo sociodemográficos, en España, Suiza y Letonia se obtiene la conclusión de que ser mujer es un factor de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas. No obstante, en otras zonas como Países Bajos, Reino Unido y Suecia se concluye que los hombres presentan mayores tasas de suicidio. A pesar de estos datos, en algunos países como en Italia no se encuentran diferencias en relación con el género. Estas diferencias pueden deberse a que las características de la muestra no son iguales, por ejemplo, algunos estudios comparan población que padece alguna enfermedad u otras tienen un mayor número de muestra femenina por lo que no se pueden comparar de manera igualitaria. Al diferenciar entre países, los resultados refieren que existen más tasas de autolesión en mujeres, pero un mayor número de tasas de suicidio consumado en hombres (Boyd et al., 2015; Lukaschek et al., 2015).

En relación al factor de la edad, se encuentran diferentes resultados. En países como Finlandia y España, las tasas más altas de intentos de suicidio se encuentran en población joven. Por el contrario, en Suecia y Reino Unido se obtiene que las personas mayores de veinticinco años tienen más riesgo. Esta discrepancia puede deberse a que países como Suecia y Reino Unido están poniendo el foco en las tasas de suicidio consumado mientras que otros países como Finlandia y España lo ponen en los intentos de suicidio. De este modo, se concluye que las personas de avanzada edad presentan una mayor tasa de suicidios consumados, mientras que las personas jóvenes tienen más intentos de suicidio. En cuanto a las comparaciones entre países que realizan algunos estudios, se concluye que en relación al género masculino ser mayor aumenta las posibilidades de suicidio, mientras que en el género femenino ocurre lo contrario. A su vez, en Dinamarca se investiga que aparece una mayor tasa de suicidio en hijos nacidos de progenitores jóvenes o de padres de edades avanzadas. Según Lukaschek et al. (2015), autores que comparan varios estudios, obtienen una mayor prevalencia en personas de mayor edad.

Considerando el factor de apoyo social, en Finlandia e Italia se ha observado que actúa como un factor protector. Por otro lado, y relacionado con este factor, países

como Letonia y Finlandia identifican que estar soltero o vivir solo es otro riesgo para manifestar conductas suicidas. Además, en España, Lituania y Reino Unido los resultados indican que existe una correlación positiva entre la exclusión y el suicidio. Al mismo tiempo, de acuerdo a múltiples investigaciones que contrastan diversos países, se llega a la misma conclusión que en España, Finlandia, Letonia e Italia (Carli et al., 2014; Yur'yev et al. 2013).

Por otro lado, en países como España, Lituania, Reino Unido y Letonia, se encuentra que un factor de riesgo para el suicidio es estar en situación de desempleo. Del mismo modo, en Dinamarca, Lituania y Reino Unido, se concluye que el bajo nivel económico también correlaciona de manera positiva. En cuanto a los estudios que comparan las distintas poblaciones, se han obtenido resultados similares (Yur'yev et al., 2013). A su vez, en Suiza se identifica que las malas condiciones laborales pueden afectar del mismo modo sobre la conducta suicida de la persona.

Otro resultado común en Lituania, Reino Unido, España, Finlandia, Suiza, Letonia y Francia fue que el consumo de drogas y alcohol aumenta la probabilidad de suicidio. En zonas como Finlandia, se incluyen como factores de riesgo los fármacos antidepresivos. Sin embargo, en relación al consumo de estos medicamentos, en Países Bajos, se identifica que funcionan como factores de protección si se suministran en cantidades adecuadas. Fountoulakis et al. (2014) obtiene un resultado similar.

En lo referente al tratamiento, en Finlandia se detecta que aquellas personas que se encuentran en un proceso terapéutico por depresión y tienen resistencia al tratamiento, tienen mayores probabilidades de recurrir al suicidio.

En relación con la presencia de padecer un trastorno mental previo, Noruega, Finlandia, Reino Unido, Suiza, Lituania y Francia, defienden que correlaciona positivamente con el suicidio. Fountoulakis et al. (2014) afirman esta conclusión.

Este estudio revela que en naciones como España, Finlandia, Letonia y Francia se ha observado una asociación positiva entre intentos de suicidio previos y el acto consumado. Del mismo modo, en países como el Reino Unido se investiga cómo los casos de autolesiones están vinculados a una mayor probabilidad de suicidio.

Carli et al. (2014) y Jacob et al. (2019), detectan que uno de los factores de protección de suicidio es la religiosidad.

En cuanto a la ubicación geográfica, se ha observado en Letonia que el riesgo de suicidio es más alto en áreas rurales o en la capital del país. De manera similar, investigaciones realizadas en Dinamarca respaldan la idea de que las tasas de suicidio son más altas en entornos urbanos. Según Carli et al. (2014), ser inmigrante también se identifica como un factor de riesgo.

Fountoulakis et al. (2014), realizando su comparación entre países detectan factores de riesgo diferentes como: la falta de estrategias de afrontamiento, el estrés, el acceso a armas letales o los conflictos en pareja.

Por último, en Francia y Dinamarca se ha llegado a la conclusión de que los antecedentes psiquiátricos aumentan la probabilidad de que se produzca el suicidio.

5. Conclusión

En primer lugar, la tasa de prevalencia de suicidios en Europa es de aproximadamente 15 suicidios por cada 100000 habitantes.

En definitiva, se ha encontrado que de forma consistente los factores de riesgo son: padecer un trastorno mental, los intentos de suicidio previos, la situación de desempleo, el bajo estatus económico, la ausencia de redes de apoyo, vivir solo, consumir sustancias, tener antecedentes psiquiátricos familiares, el mal empleo de los fármacos, ser migrante, ser mujer, tener una edad avanzada o tener unas malas condiciones de trabajo.

Por otro lado, se han encontrado como factores de protección el elevado estatus socioeconómico, convivir con personas, tener empleo, tener apoyo social, ser hombre, ser joven, no resistirse al tratamiento, la religión o el buen uso de los fármacos.

No obstante, este estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, una de las dificultades que hemos podido observar en la realización de la revisión sistemática es que la información recogida no incluye todos los países de Europa, sino que solo incluye aquellos en los que se ha podido estudiar este tema.

Además, no se incluyen todos los factores de riesgo que influyen en el suicidio, por ejemplo, no se incluye el clima de cada país, la ideología, la cultura, etc. Esto puede limitar la comprensión completa de la investigación y afectar a las conclusiones obtenidas.

6. Referencias

- Arici, C., Cremaschi, L., Dobrea, C., Vismara, M., Grancini, B., Benatti, B., Buoli, M., Miller, S., Ketter, T. A., Altamura, A. C., & Dell'Osso, B. (2018). Differentiating multiple vs single lifetime suicide attempters with bipolar disorders: A retrospective study. *Comprehensive psychiatry*, *80*, 214–222.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.006>
- Boyd, A., Van de Velde, S., Vilagut, G., de Graaf, R., O'Neill, S., Florescu, S., Alonso, J., & Kovess-Masfety, V. (2015). Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: results from a large cross-sectional population-based study. *Journal of Affective Disorders*, *173*, 245–254.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.002>
- Blasco Fontecilla, H. (2023) *Guía práctica sobre el suicidio y conductas relacionadas*. Síntesis.
- Carli, V., Mandelli, L., Zaninotto, L., Iosue, M., Hadlaczky, G., Wasserman, D., Hegerl, U., Värnik, A., Reisch, T., Pfuhlmann, B., Maloney, J., Schmidtke, A., Serretti, A., & Sarchiapone, M. (2014). Serious suicidal behaviors: socio-demographic and clinical features in a multinational, multicenter sample. *Nordic journal of psychiatry*, *68*(1), 44–52. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.767934>
- Celada, J., Quiroga-Fernández, A., Mohedano-Moriano, A., Aliaga Vera, I., Fernández Pérez, C., & Martín Conty, J. L. (2017). Attempted suicides attended by emergency services during the economic recession in Castile-La Mancha, Spain. Evolución de la tentativa suicida atendida por los Servicios de Emergencias Médicas de Castilla-La Mancha tras la crisis económica. *Emergencias: revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, *29*(4), 247–252.
- de Beurs, D. P., Hooiveld, M., Kerkhof, A. J., Korevaar, J. C., & Donker, G. A. (2016). Trends in suicidal behaviour in Dutch general practice 1983-2013: a retrospective observational study. *BMJ open*, *6*(5), e010868. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010868>
- Demesmaeker, A., Chazard, E., Vaiva, G., & Amad, A. (2021). Risk Factors for Reattempt and Suicide Within 6 Months After an Attempt in the French ALGOS Cohort: A Survival Tree Analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, *82*(1), 20m13589. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13589>

- Dold, M., Bartova, L., Fugger, G., Kautzky, A., Souery, D., Mendlewicz, J., Papadimitriou, G. N., Dikeos, D., Ferentinos, P., Porcelli, S., Serretti, A., Zohar, J., Montgomery, S., & Kasper, S. (2018). Major Depression and the Degree of Suicidality: Results of the European Group for the Study of Resistant Depression (GSRD). *The international journal of neuropsychopharmacology*, *21*(6), 539–549. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyy009>
- Elzinga, E., Gilissen, R., Donker, G. A., Beekman, A. T. F., & de Beurs, D. P. (2019). Discussing suicidality with depressed patients: an observational study in Dutch sentinel general practices. *BMJ open*, *9*(4), e027624. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027624>
- Espandian, A., González, M., Reijas, T., Florez, G., Ferrer, E., Saiz, P. A., Salgado-Barreira, A., González, A., Brenlla, J., Docasar, L., & Bobes, J. (2020). Relevant risk factors of repeated suicidal attempts in a sample of outpatients. *Revista de psiquiatria y salud mental*, *13*(1), 11–21. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.003>
- Fountoulakis, K. N., Kawohl, W., Theodorakis, P. N., Kerkhof, A. J., Navickas, A., Höschl, C., Lecic-Tosevski, D., Sorel, E., Rancans, E., Palova, E., Juckel, G., Isacson, G., Jagodic, H. K., Botezat-Antonescu, I., Warnke, I., Rybakowski, J., Azorin, J. M., Cookson, J., Waddington, J., Pregelj, P., ... Lopez-Ibor, J. (2014). Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *205*(6), 486–496. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147454>
- Goñi-Sarriés, A., Blanco, M., Azcárate, L., Peinado, R., & López-Goñi, J. J. (2018). Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide?. *Psicothema*, *30*(1), 33–38. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.318>
- Hawton, K., Bale, L., Brand, F., Townsend, E., Ness, J., Waters, K., Clements, C., Kapur, N., & Geulayov, G. (2020). Mortality in children and adolescents following presentation to hospital after non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a prospective observational cohort study. *The Lancet. Child & adolescent health*, *4*(2), 111–120. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30373-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30373-6)
- Jacob, L., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2019). The association of religiosity with suicidal ideation and suicide attempts in the United Kingdom. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *139*(2), 164–173. <https://doi.org/10.1111/acps.12972>

- Kamal, S., McGovern, M., Kunideliene, A., Casey, P., & Doherty, A. M. (2021). A Comparison of Presentations with Self-Harm to Hospital in Lithuania and Ireland. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2418. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052418>
- Lageborn, C. T., Ljung, R., Vaez, M., & Dahlin, M. (2017). Ongoing university studies and the risk of suicide: a register-based nationwide cohort study of 5 million young and middle-aged individuals in Sweden, 1993-2011. *BMJ open*, 7(3), e014264. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014264>
- Lindh, Å. U., Waern, M., Beckman, K., Renberg, E. S., Dahlin, M., & Runeson, B. (2018). Short term risk of non-fatal and fatal suicidal behaviours: the predictive validity of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale in a Swedish adult psychiatric population with a recent episode of self-harm. *BMC psychiatry*, 18(1), 319. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1883-8>
- Lukaschek, K., Engelhardt, H., Baumert, J., & Ladwig, K. H. (2015). No correlation between rates of suicidal ideation and completed suicides in Europe: analysis of 49,008 participants (55+ years) based on the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *European psychiatry*, 30(7), 874-879.
- Marco, J. H., Pérez, S., García-Alandete, J., & Moliner, R. (2017). Meaning in Life in People with Borderline Personality Disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(1), 162–170. <https://doi.org/10.1002/cpp.1991>
- Mejías-Martín, Y., Martí-García, C., Rodríguez-Mejías, C., Valencia-Quintero, J. P., García-Caro, M. P., & Luna, J. D. (2018). Suicide attempts in Spain according to prehospital healthcare emergency records. *PloS one*, 13(4), e0195370. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195370>
- Mellesdal, L., Gjestad, R., Johnsen, E., Jørgensen, H. A., Oedegaard, K. J., Kroken, R. A., & Mehlum, L. (2015). Borderline Personality Disorder and Posttraumatic Stress Disorder at Psychiatric Discharge Predict General Hospital Admission for Self-Harm. *Journal of traumatic stress*, 28(6), 556–562. <https://doi.org/10.1002/jts.22053>
- Mok, P. L. H., Antonsen, S., Pedersen, C. B., & Webb, R. T. (2017). Younger or older parental age and risk of suicidality, premature death, psychiatric illness, and criminality in offspring. *Journal of affective disorders*, 208, 130–138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.001>

- Parra-Urbe, I., Blasco-Fontecilla, H., Garcia-Parés, G., Martínez-Naval, L., Valero-Coppin, O., Cebrià-Meca, A., Oquendo, M. A., & Palao-Vidal, D. (2017). Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC psychiatry*, *17*(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1317-z>
- Rancans, E., Renemane, L., Kivite-Urtane, A., & Ziedonis, D. (2020). Prevalence and associated factors of mental disorders in the nationwide primary care population in Latvia: a cross-sectional study. *Annals of general psychiatry*, *19*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00276-5>
- Riihimäki, K., Vuorilehto, M., Melartin, T., Haukka, J., & Isometsä, E. (2014). Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. *Psychological medicine*, *44*(2), 291–302. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000706>
- Schmid, M., Michaud, L., Bovio, N., Guseva Canu, I., & Swiss National Cohort (SNC) (2020). Prevalence of somatic and psychiatric morbidity across occupations in Switzerland and its correlation with suicide mortality: results from the Swiss National Cohort (1990-2014). *BMC psychiatry*, *20*(1), 324. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02733-7>
- Singhal, A., Ross, J., Seminog, O., Hawton, K., & Goldacre, M. J. (2014). Risk of self-harm and suicide in people with specific psychiatric and physical disorders: comparisons between disorders using English national record linkage. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *107*(5), 194–204. <https://doi.org/10.1177/0141076814522033>
- Stauffacher, M. W. D., Stiefel, F., Dorogi, Y., & Michaud, L. (2022). Observational study of suicide in Switzerland: comparison between psychiatric in- and outpatients. *Swiss medical weekly*, *152*, w30140. <https://doi.org/10.4414/smw.2022.w30140>
- Termorshuizen, F., Palmen, S. J., & Heerdink, E. R. (2015). Suicide Behavior Before and After the Start with Antidepressants: A High Persistent Risk in the First Month of Treatment Among the Young. *The international journal of neuropsychopharmacology*, *19*(2), pyv081. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyv081>
- Voshaar, R. C., van der Veen, D. C., Kapur, N., Hunt, I., Williams, A., & Pachana, N. A. (2015). Suicide in patients suffering from late-life anxiety disorders; a comparison with younger patients. *International psychogeriatrics*, *27*(7), 1197–1205. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000125>

- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, m., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H. C. (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, *21*, 655-679.
- Yur'yev, A., Värnik, P., Sisask, M., Leppik, L., Lumiste, K., & Värnik, A. (2013). Some aspects of social exclusion: do they influence suicide mortality? *The International journal of social psychiatry*, *59*(3), 232–238.
<https://doi.org/10.1177/0020764011431792>

7. Anexo A

Tabla A1

Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos

| Base de datos | Términos | Ecuación de búsqueda | Resultados |
|---------------|----------|-------------------------------|---|
| Pubmed | #1 | "Suicide"[Mesh] | #1 OR 224 #2) AND (#3 OR #4 OR #5) AND #6 |
| | #2 | "Suicides" | |
| | #3 | "Risk Factors"[Mesh] | |
| | #4 | "Prevalence"[Mesh] | |
| | #5 | "Epidemiology"[Mesh] | |
| | #4 | "Europe"[Mesh] | |
| Psycinfo | #1 | DE "Suicide" | #1 AND 8 (#2 OR #4) AND #3 |
| | #2 | DE "Risk Factors" | |
| | #3 | DE "European Cultural Groups" | |
| | #4 | DE "Epidemiology" | |
| MEDLINE | #1 | (MH "Suicide") | #1 AND 89 (#2 OR #4 OR #5) AND #3 |
| | #2 | (MH "Risk Factors") | |
| | #3 | (MH "Europe") | |
| | #4 | (MH "Prevalence") | |
| | #5 | (MH "Epidemiology") | |

Artículos PubMed acotados por fecha e idioma: 61

Artículos PsycInfo acotados por fecha e idioma: 4

Artículos MEDLINE acotados por fecha e idioma: 26

Estudios totales obtenidos tras aplicar los filtros: 91

TABLAS DE RESULTADOS

| | | | | | | |
|------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Estudio | Goñi-Sarriés et al., (2018) | Kamal et al., (2021) | Kamal et al., (2021) | José Celada et al. (2017) | Arici et al., (2018) | Elzinga et al., (2019) |
| País | España | Lituania | Irlanda | España (Castilla la Mancha) | Italia (Milán) | Países Bajos |
| Muestra | 166 | 89 | 224 | 1308 | 362 | 1104 |
| Tipo de suicidio | Intento suicidio | Autolesión | Autolesión | Intención suicida | Intento de suicidio | |
| Tipo de estudio | Descriptivo | Descriptivo | Descriptivo | Descriptivo | Descriptivo | Observacional descriptivo |
| Edad media | Mayores de 51 (77,5%) | 40,6 | 22 | | 48,6 | 49.4 (p<0,001) |
| Periodo | | 5 meses | 5 meses | | | |
| Hombres | 125 | 46 | 25 | 597 | 47,50% | 368 (p<0,001, OR 1,709) |
| Mujeres | 41 | 43 | 199 | 711 | 52,50% | 666 |
| Nivel económico | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|------------------|------------------|--|--|--|
| R | | | | | | |
| Trastorno mental | 107 | 89 | 133 | | | |
| p | | P<0,001 | P<0,001 | | | |
| Nivel educativo | | | | | 16,9% secundaria/29,1% graduados | |
| R | | | | | | |
| Intento previo | 53 | 78,7% | 59,2% | | | |
| R | p<0,002 | No significativo | No significativo | | | |
| Estado civil | Divorciado 24, Casado 41, Soltero 65 (n=130) | | | | soltero (43%), con compañero (42,1%), divorciado (12,3%) | |
| R | | | | | | |
| Consumo | | 7,9% | 33,8% | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------|--|-------------|--|--|--|-------------------------------|
| Situación laboral | Empleado 49, Desempleado 22, Jubilado 69 (n=140) | | | | 48,7% empleado, 37,8% desempleado y 13,5% jubilado | |
| Antecedentes psiquiátricos | 95 (n=156) | | | | | Depresión (OR 4,027, p<0,001) |
| Prevalencia | por 1 suicidio 10-40 no letales | 31,9/100000 | | | | |
| Familiar | | | | | Padres (24,7%), solo (22,9%), propia familia(45,7%) | |
| Fármacos | | | | | | |
| Religión | | | | | | |

TABLAS DE RESULTADOS

| | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Estudio | Boyd et al., (2015) |
| País | Bélgica | Francia | Alemania | Países Bajos | Irlanda | Bulgaria | Rumanía | Italia | Portugal | España |
| Muestra | 2419-1042 | 2894-1435 | 3555-1323 | 2372-1095 | 4340-1986 | 5318-2233 | 2357-2357 | 4712-1779 | 3849-2060 | 5473-2122 |
| Tipo de suicidio | Tendencias suicidas |
| Tipo de estudio | Transversal |
| Edad media | | | | | | | | | | |
| Periodo | | | | | | | | | | |
| Hombres | | | | | | | | | | |
| Mujeres | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|------------------|---------|---------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|-------|
| Nivel económico | | | | | | | | | | |
| R | | | | | | | | | | |
| Trastorno mental | 29,4-29 | 45-31,4 | 25-24,9 | 35,1-27 | 38,1-36,3 | 21,8-14,4 | 10,9-11,6 | 24,3-11,9 | 42-35,7 | 23-¿? |
| p | | | | | | | | | | |
| Nivel educativo | | | | | | | | | | |
| R | | | | | | | | | | |
| Intento previo | | | | | | | | | | |
| R | | | | | | | | | | |
| Estado civil | | | | | | | | | | |
| R | | | | | | | | | | |
| Consumo | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Situación laboral | | | | | | | | | | |
| Antecedentes psiquiátricos | | | | | | | | | | |
| Prevalencia | | | | | | | | | | |
| Familia r | | | | | | | | | | |
| Fármacos | | | | | | | | | | |
| Religión | | | | | | | | | | |

TABLAS DE RESULTADOS

| | | | | | | | |
|------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Estudio | Riihimäki et al., (2014) | Dold et al., (2018) | Marco et al., (2017) | Hawton et al., (2020) | Stauffacher al., (2022) | Lageborn et al., (2017) | Rancans et al., (2020) |
| País | Finlandia | 8 países europeos | España | Inglaterra | Suiza | Suecia | Letonia |
| Muestra | 134 | 1410 | 223 | 9173 | 153 | 5039419 | 1485 |
| Tipo de suicidio | Intento de suicidio | Grado de suicidalidad | Amenaza e intento de suicidio | Mortalidad en autolesiones no mortales | Suicidio | Riesgo de suicidio | |
| Tipo de estudio | Prospectivo | Transversal | Descriptivo | Observacional retrospectivo | Observacional retrospectivo | Retrospectivo | Transversal |
| Edad media | 45,3 (significativo) | 50,28 (no significativo) | 34,42 | 42 personas mueren siendo adultas | Mediana 43 | | |
| Periodo | 5 años | | | | | | |
| Hombres | 33 (significativo) | 467 (no significativo) | 191 | 2345 ($x < 0,001$) Significativo | 54 (no significativo) $p = 0,665$ | 51% | 453 |

| | | | | | | | |
|------------------|---------------|--|--------------------|--|---------------------------------------|-----|---|
| Mujeres | 101 | 943 (no significativo) | 32 | | 99 (no significativo) p=0,665 | 49% | 1032 (x<0,001) Significativo |
| Nivel económico | | | | | 67 difícil (no significativo) p=0,282 | | |
| R | | | | | | | Trastorno del estado del ánimo 18,4% y ansiedad 15,8% (OR=1,67) |
| Trastorno mental | Significativo | Psicosis 14,94% (significativo) y TDM 81,9 (Significativo) | 141 TLP y 82 otros | | 0,018 | | |
| p | | | negativa | | 123 trastorno mental (p=0,624) | | 442 alta, 848 secundaria y |

| | | | | | | | |
|-----------------|-------------------------|---|--|--------------------------------------|--|--|---|
| | | | | | | | básica 187 (OR=1.83) |
| Nivel educativo | Educación 83 | Universitario 755 (no significativo) y secundaria 640 | | | 93 baja/media, alto 20 | 541 suicidios en estudiantes y 6775 no | |
| R | | | | | | | |
| Intento previo | | | | Riesgo 30 veces mayor con un intento | 81 (p=0,556) | | |
| R | | | | | | | |
| Estado civil | Casado 72 | Casado 703 (no significativo) y soltero | | | 71 soltero, 30 en pareja y 52 otro (p=875) | | Casado 907, soltero 144 (OR=1.59) y otro 427 (vs. Casado OR=1.38) |
| R | | | | | | | |
| Consumo | 20 ($\chi^2 < 0,001$) | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--|--|-----------------------------------|--|--|
| Situación laboral | Desempleado 26 y empleados 54 | Sin ocupación 67,83% (significativo) | | | | | Empleado 787, desempleado 84 (OR=1.65) e inactivo 607 (vs. Empleado OR=1.47) |
| Antecedentes psiquiátricos | | | | | | | |
| Prevalencia | | | | | | Suicidio en universitarios 19/100000 (hombres) 7,2/100000 (mujeres) | 37,2% trastorno mental |
| Familiar | | | | | Conflicto 48 si y 82 no (p=0,005) | | |

| | | | | | | | |
|----------|--|---|--|--|--|--|--|
| Fármacos | | Significativo (consumo de fármacos) | | | | | |
| Religión | | | | | | | |

TABLAS DE RESULTADOS

| | | | | | | | |
|------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Estudio | Schmid et al., (2020) | Fountoulakis et al., (2014) | Espandian et al., (2020) | Demesmaeker et al., (2021) | Parra-Uribe et al., (2017) | Singhal et al., (2014) | Carli et al., (2014) |
| País | Suiza | 29 países europeos | España | Francia | España | Inglaterra | Europa |
| Muestra | 13331 | | 319 | 972 | 153 | 213635 | 1891 |
| Tipo de suicidio | Mortalidad por suicidio | Suicidio | Intentos suicidas | Reintento y suicidio | Suicidio | Autolesión y suicidio | Conductas suicidas graves |
| Tipo de estudio | Retrospectivo | Retrospectivo | Retrospectivo | Prospectivo | Longitudinal | Retrospectivo | Retrospectivo |
| Edad media | 44,9 hombres y 45,2 mujeres | | 41,5 (Significativo) | | P=0,025 | | 44,3 (0,0001) |
| Periodo | | | | 6 meses | | | |

| | | | | | | | |
|------------------|-------|--|--|---------------|--------------------------|--------|--|
| Hombres | 10575 | | 237 (NS) | 354 | 466 (p=0,213) | 101370 | 349 (p=0,0002) Significativo |
| Mujeres | 2756 | | 82 (NS) | 618 | 775 (p=0,213) | 112265 | |
| Nivel económico | | | | | | | |
| R | | | | | | | |
| Trastorno mental | | | 319 | 914 | | 79660 | 644 (Significativo trastorno afectivo y de adaptación) |
| p | | | Significativo (p=0,043) | | | | |
| Nivel educativo | | | Bachiller o ESO 93, educación superior 31 y otro 192(NS) | | Secundaria 146 (p=0,677) | | Debajo del nivel obligatorio 32 , obligatorio 128, universitario 25 y otro 282 (0,65 no significativo) |
| R | | | | | | | |
| Intento previo | | | 29 (NS) | 454 | | | |
| R | | | | Significativo | | | |

| | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------|--|--|--------------|--|--|---|
| Estado civil | | | 134 casado, 99 soltero, 67 separado y 12 viudo (NS) | | 205 soltero, 504 pareja estable, 221 separado y 39 viudo (p=0,161) | | Soltero 256, casado 252, separado 169 y viudo 66 (significativo) (0.0008) |
| R | | | | | | | |
| Consumo | | | | 166 | | 39878 | |
| Situación laboral | 100% ocupación | | Activo 68, pensionista 52, desempleado 61 y 131 otros (NS) | Empleado 619 | 265 empleado, 168 desempleado y 352 otro (p=0,306) | | Laboral 399, 190 desempleado, 79 jubilado y 251 otro (0,0001) (Significativo) |
| Antecedentes psiquiátricos | | | Intento previo familiar 28 (NS) | 320 | | | |
| Prevalencia | 1000 muertes al año | | | | | 200000 ingresos por autolesión por año | |

| | | | | | | | |
|----------|--|--|---|-----------------------|---|--|---|
| Familiar | | | Solo 38, pareja 55, familia cercana 145 y otro 60 (ns) | Solo 515 | Solo 108, 1 persona 208, 2 personas 264, más de 3 224 (p=0,621) | | Familia tradicional 448, monoparental 80 y otro 55 (NS) (0,3052) |
| Fármacos | | | | 189 automedicación | | | |
| Religión | | | | | | | Ateo 228, católico 166 y otro 12 (0,0019) (Significativo) |

TABLAS DE RESULTADOS

| | | | | | | | |
|---------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------------|
| Estudio | Carli et al., (2014) | Lindh et al., (2018) | Yur'yev et al., (2013) | Mejías-Martín et al., (2018) | Termorshuizen et al., (2015) | Voshaar et al., (2015) | Jacob et al., (2019) |
| País | Europa | Suecia | 26 países | España | Países Bajos | Reino Unido | Reino Unido |
| Muestra | 1891 | 804 | 51357 | 20942 | 66196 | | 7403 |

| | | | | | | | |
|------------------|---------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| Tipo de suicidio | Conducta suicida no grave | Conducta suicida mortal y no mortal | Mortalidad por suicidio | Intento de suicidio | Comportamiento suicida | Suicidio | Ideación suicida e intentos |
| Tipo de estudio | Retrospectivo | Prospectivo | Transversal | Retrospectivo | Retrospectivo | Retrospectivo | Transversal |
| Edad media | 39,8 (0,0001) | 38 | | 42,72 | Edad x mes (p=0,0005 significativo) | p<0,001 Significativo | (x<0,001) |
| Periodo | | | | 7 años | 1 mes | 15 años | 12 meses |
| Hombres | 422 (x=0,0002) | 263 | 46% | 49,02% (Significativo (=0,001)) | 26147 (p=0,0212) | 116 vejez y 517 edad temprana (p=0,002) | 48,5% (x<0,001) |
| Mujeres | | 541 | 54% | 50,98% (Significativo (=0,001)) | 40049 (p=0,0212) | 93 vejez y 256 edad temprana | 51,5% (x<0,001) |
| Nivel económico | | | Salarios 64%, pensiones 23%, desempleo 4% y otros 9% | | | | 35,8% más alto, 32,6% medio y 31,6 bajo (x<0,001) |
| R | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------|---|-----|--|------|--------------------------|--|--|
| Trastorno mental | 1037 (Significativo trastorno afectivo y de adaptación) | 295 | | 1045 | | 742 Ansiedad ((OR) = 3,34) Significativo | No 92,2% si 7,8% (0,43) |
| P | | | | | | | |
| Nivel educativo | Debajo del nivel obligatorio 39, obligatorio 200, universitario 37 y otro 378 (0,65 no significativo) | | | | | | |
| R | | | | | | | |
| Intento previo | | 544 | | | Durante el primer mes 74 | | |
| R | | | | | | | |
| Estado civil | Soltero 412, casado 414, | | | | | vez 87 casado, divorciado 43, | Casado 62,9%, otro 37,1% ($x < 0,001$) |

| | | | | | | | |
|----------------------|---|---|--|------|--|--|--|
| | separado 198 y viudo 57 (significativo) (0.0008) | | | | | viudo 40 y 34 único/ edad temprana casado 276, divorciado 179, único 301 y viudo 4 (p < 0,001 significativo) | |
| R | | | | | | | |
| Consumo | | 172 | | 3470 | | | No 94,1%, sí 5,9% (x<0,001)(Alcohol) y no 90,7% y si 9,3% (x<0,001) (Drogas) |
| Situación laboral | Laboral 223, 101 desempleado, 107 jubilado y | Trabajo 325, desempleado 395 y jubilado 84 | 51% trabajando, 22% jubilado, 6% desempleado y | | | | 36,3 no empleo y 63,7 si (x<0,001) |

| | | | | | | | |
|-------------------------------|---|----------------------|---------------------|--|--|--|---|
| | 85 otro (0,0001) (Significativo) | | el 21% estudiaba | | | | |
| Antecedentes psiquiátricos | | | | | | | |
| Prevalencia | | | | 34,7 intentos por 100.000 habitantes durante 6 años | | | |
| Familiar | Familia tradicional 555, monoparental 106 y otro 51 (no significativo) (0.3052) | Viviendo solo 424 | | | | Vejez vivir en comunidad 189 y solo 99 y edad temprana 704 comunidad y solo 270 (p < 0,001 Significativo vivir solo) | Soledad no (79,6%) y sí (20,4) (0,007) |
| Fármacos | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| Religión | Ateo 212, católico 251 y otro 12 (0,0019) (significativo) | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|

TABLAS DE RESULTADOS

| | | | | |
|------------------|-------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| Estudio | de Beurs et al., (2016) | Mok et al., (2017) | Mellesdal et al., (2015) | Lukaschek et al., (2015) |
| País | Países Bajos | Dinamarca | Noruega | 16 países |
| Muestra | 1956 | 1793681 | 308 | 49008 |
| Tipo de suicidio | Comportamiento suicida | Riesgo de suicidio | Autolesión | |
| Tipo de estudio | Retrospectivo | Retrospectivo | Retrospectivo | Observacional transversal |
| Edad media | | Personas nacidas entre 1 de enero y el 31 de diciembre de 1996, residentes a los 15 años. | 37,7 | 68,2 |
| Periodo | | | | |

| | | | | |
|------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------------|-------|
| Hombres | 229 muertes 112 intentos (<0,001) | | | 44,3% |
| Mujeres | 561 hombres y 1041 mujeres (<0.0001) | | 55,8% | 55,7% |
| Nivel económico | | | | |
| R | | | | |
| Trastorno mental | Muertes 63% depresión, intentos 58% | | 36,7% TLP, 24,4% TEPT y 89,9% TDM | |
| p | | | | |
| Nivel educativo | | | | |
| R | | | | |
| Intento previo | | | | |
| R | | | | |
| Estado civil | | | | |
| R | | | | |
| Consumo | | | 49% | |

| | | | | |
|----------------------------|--|--|-----------------------|--|
| Situación laboral | | | | |
| Antecedentes psiquiátricos | | | | |
| Prevalencia | | | | |
| Familiar | (Suicidios) Vivir solos 43%, Intentos 33,3% | | 167 abandono infantil | |
| Fármacos | | | | |
| Religión | | | | |

