



TESIS DOCTORAL

Análisis diferencial de factores de riesgo generacionales y de género en los suicidios consumados en Extremadura durante el período 2015-2021 (pre y post Covid-19)

Ismael Puig Amores

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLÓGIA

Conformidad de la Directora de la Tesis:

Dra. Isabel Cuadrado Gordillo

Esta tesis cuenta con la autorización de la directora de la misma y de la Comisión Académica del programa. Dichas autorizaciones constan en el Servicio de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Extremadura.

AÑO DE LECTURA

2023



TESIS DOCTORAL

Análisis diferencial de factores de riesgo generacionales y de género en los suicidios consumados en Extremadura durante el período 2015-2021 (pre y post Covid-19)

Ismael Puig Amores

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLÓGIA

2023

Esta Tesis se ha realizado con financiación del Fondo Social Europeo a través de ayudas para la financiación de contratos predoctorales para la formación de Doctores en centros públicos de I+D pertenecientes al Sistema Extremeño de Ciencia, Tecnología e Innovación, en el ejercicio 2018, expediente PD-18039.

El desarrollo de esta Tesis ha sido posible gracias a la ayuda y colaboración de muchas personas e instituciones a las que quiero transmitirles mi más profundo reconocimiento.

En primer lugar quiero agradecer a mi directora de tesis, la Doctora Isabel Cuadrado Gordillo, la inagotable paciencia y comprensión que me ha dedicado a lo largo de estos años. Gracias Isabel.

También quiero mostrar mi agradecimiento a mi compañera, la Doctora Guadalupe Martín Mora Parra, por sus aportaciones, correcciones y mejoras en cada una de las publicaciones contenida en esta tesis.

Mi agradecimiento al personal de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cáceres y Badajoz, especialmente al Dr. Félix Sánchez Ugena, por su colaboración en la recogida de los datos necesarios para el desarrollo de las investigaciones.

Mi agradecimiento a las psicólogas y a los psicólogos de los distintos Puntos de Atención Psicológica de la Red de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género (PAP) de Extremadura por su colaboración y por el interés mostrado.

Por último, quiero dar las gracias a todos los hombres y a todas las mujeres que forman parte de esta Tesis.

*A mi familia,
así como al Sol que brilla cada mañana*

En memoria de,

mi padre

Índice

1. Introducción.....	13
2. Fundamentación Teórica	19
2.1. <i>Historia del suicidio.....</i>	19
2.2. <i>Aproximaciones explicativas de la conducta suicida</i>	27
2.2.1 Aproximación explicativa del suicidio desde la perspectiva sociológica	28
2.2.2 Aproximación explicativa del suicidio desde la perspectiva psicológica	30
2.2.3 Aproximaciones explicativas actuales de la conducta suicida.....	32
2.3. <i>Factores de Riesgo de la conducta suicida.....</i>	37
2.3.1. Suicidio y situaciones de crisis como factor de riesgo.....	44
2.3.2. Suicidio y Violencia de Pareja como factor de riesgo	49
2.3.3. Prevención y atención sanitaria a la conducta suicida	57
2.4. <i>Investigación sobre la conducta suicida.....</i>	58
2.5. <i>Estado actual de la prevención del suicidio en España</i>	60
3. Objetivos e Hipótesis de investigación	75
3.1. <i>Objetivos generales.....</i>	75
3.2. <i>Hipótesis de investigación</i>	76
4. Estudios	79
4.1. <i>Estudio 1. Suicidio y Crisis Sanitaria en Extremadura: Impacto del Confinamiento durante la COVID-19.....</i>	79
4.1.1 Objetivos e hipótesis	79
4.1.2 Método	79
4.1.3 Resultados	82
4.1.4 Discusión.....	85
4.2. <i>Estudio 2. La conducta suicida como factor emergente en mujeres víctimas de violencia de género en la relación de pareja: un estudio exploratorio.....</i>	89
4.2.1 Objetivos e hipótesis	89

4.2.2 Método	90
4.2.3 Resultados	92
4.2.4 Discusión.....	102
4.3. <i>Estudio 3. Protección de los Servicios de Salud frente a la Detección de</i> <i>Riesgos Psicosociales de Suicidio durante los Años 2019-2021</i>	108
4.2.1 Objetivos e hipótesis	108
4.3.2 Método	108
4.3.3 Resultados	111
4.3.4 Discusión.....	119
5. Discusión General	123
6. Conclusiones.....	127
7. Futuras líneas de investigación.....	131
8. Limitaciones	133
9. Referencias	135
10. Anexo(s)	173
10.1. <i>Artículo 1</i>	1735
10.2. <i>Artículo 2</i>	187
10.3. <i>Artículo 3</i>	207

Lista de Tablas

Estudio 1	77
Tabla 1. Análisis interanual de las tasas de suicidio en el período de confinamiento	80
Tabla 2. Análisis interanual de las tasas de suicidio en el período de postconfinamiento	80
Tabla 3. Análisis intra-anual de las tasas de suicidio del período de confinamiento frente al período de postconfinamiento.....	80
Tabla 4. Casos de suicidio y ratios de riesgo en Extremadura en el periodo marzo- octubre 2015-2020 (serie original y serie ajustada estacionalmente)	81
Tabla 5. Casos de muerte por suicidio (ajustadas estacionalmente) en los meses del período de confinamiento (marzo-junio)	82
Tabla 6. Casos de muertes por suicidio (ajustadas estacionalmenre) en los meses del período de postconfinamiento (julio-octubre).	82
Tabla 7. Comparación intra-anual de los meses del período de confinamiento (marzo- junio) con los meses del período posterior al confinamiento (julio-octubre) para cada año (datos desestacionalizados).	83
Estudio 2	87
Tabla 1. Análisis descriptivo de la muestra	92
Tabla 2. Análisis cualitativo de la experiencia de violencia de género según la conducta suicida y el tipo de abuso.	95
Tabla 3. Consecuencias del abuso de género según conducta suicida y tipos de abuso.....	96
Tabla 4. Análisis cuantitativo de la experiencia de violencia de género según conducta suicida y tipo de maltrato.	98
Estudio 3	106
Tabla 1. Análisis de las variables demográficas y clínicas de los casos de suicidio	110
Tabla 2. Análisis descriptivo de los casos sin problemas de salud mental	111
Tabla 3. Análisis descriptivo de los casos d con problemas de salud mental.....	113
Tabla 4. Análisis univariado del grupo de personas con problemas de salud mental según tipo de servicio de salud.	116
Tabla 5. Resultados del análisis multivariado (1).....	117
Tabla 6. Resultados del análisis multivariado (2).....	118

Lista de Figuras

Estudio 2	87
Figura 1. Análisis de regresión logística de intentos de suicidio e ideación suicida en un grupo de mujeres victimizadas.....	98
Estudio 3	106
Figura 1. Diseño del estudio	107

La presentación de esta Tesis se ajusta a las directrices de la Comisión de Doctorado de la Universidad de Extremadura para el formato de compendio de artículos. El rigor científico de las tres investigaciones queda avalado por el factor de impacto de las revistas donde se han publicado (I.F.) indexadas en *Journal Citation Reports* (JCR). Las referencias completas de cada artículo son las siguientes:

Artículo 1. Puig-Amores, I.; Cuadrado-Gordillo, I.; Martín-Mora-Parra, G. (2021) Suicide and Health Crisis in Extremadura: Impact of Confinement during COVID-19. *Trauma Care*, 1, 38-48. <https://doi.org/10.3390/traumacare1010004>

Trauma Care. Factor de impacto: S/C. Posición relativa de la revista: S/C. ISSN: 2673-866X

Artículo 2. Puig-Amores, I., Cuadrado-Gordillo, I., & Martín-Mora-Parra, G. (2022). Suicidal Behaviour as an Emerging Factor in Female Victims of Gender-Based Violence within a Relationship: An Exploratory Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15340. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph192215340>

International Journal of Environmental Research and Public Health. Factor de impacto: 4.614. Posición relativa de la revista: 45/185, **Q1**, Public, Environmental & Occupational Health. ISSN: 1660-4601.

Artículo 3. Puig-Amores, I., Cuadrado-Gordillo, I., & Martín-Mora-Parra, G. (2023). Health Service Protection vis-à-vis the Detection of Psychosocial Risks of Suicide during the Years 2019–2021. *Healthcare*, 11(10), 1505. <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare11101505>

Healthcare. Factor de impacto: 3.160. Posición relativa de la revista: 50/109, **Q2**, Health Care Sciences & Services. ISSN: 2227-9032.

Resumen

Resumen

La Tesis Doctoral que se presenta responde a la necesidad de controlar las tendencias epidemiológicas del suicidio en las zonas geográficas de Extremadura de cara a la implementación de programas preventivos que atajen o disminuyan dichas conductas suicidas. En consecuencia, el objetivo fundamental de este trabajo es aportar conocimiento actualizado sobre el fenómeno del suicidio mediante el análisis de las variables demográficas, psicológicas, clínicas y asistenciales de las personas que murieron por suicidio en la Comunidad Autónoma de Extremadura durante el período 2019-2021. Para este propósito se diseñaron tres investigaciones que analizaron algunos aspectos específicos relacionados con las conductas suicidas. En el primer estudio se planteó si el alcance en el bienestar social y la salud mental de las personas ocasionados por la crisis de salud del COVID-19 pudo aumentar el riesgo de suicidio en la población. El objetivo de este estudio fue determinar dicho impacto en la región de Extremadura. Para este fin, se recopilaron los casos registrados en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLyCFs) de las provincias de Cáceres y Badajoz entre el mes de enero del año 2015 hasta el mes de diciembre del año 2020. Seguidamente, se realizaron comparaciones intra e interanuales de las tasas de suicidio en los períodos de confinamiento (marzo-junio) y posconfinamiento (julio-octubre) del año 2020 con las tasas registradas en los 5 años anteriores. Tras desestacionalizar los datos mediante un análisis de series temporales, se calcularon los Riesgos Relativos (RR) junto con sus intervalos de confianza (IC) del 95%. Los resultados no mostraron diferencias significativas entre las tasas de suicidio de 2020 y la media de los 5 años anteriores (RR = 0,94; IC: 0,56-1,55), y tampoco se observaron diferencias en el análisis intra-anual desde el período de confinamiento hasta el período de posconfinamiento (RR = 0,74; IC: 0,45-1,20), concluyendo que, en Extremadura, el período de confinamiento impuesto por

la crisis sanitaria del COVID-19 no produjo un aumento significativo suicidios.

En el segundo estudio de este compendio de artículos se analizan los factores de riesgo de suicidio asociados a la violencia de pareja. Este tipo de violencia, además de ser un importante problema de salud pública, es considerado, por sí sólo, un factor de riesgo para la conducta suicida (CS). El objetivo de este estudio fue explorar el riesgo de conducta suicida asociado a las diferentes formas de maltrato y las consecuencias derivadas del mismo. Este estudio exploratorio se realizó en una muestra de mujeres que experimentaron violencia de pareja (VP) (N = 70) en la Región de Extremadura. Se analizaron los factores demográficos, la experiencia de abuso, la ideación suicida (IS), la comunicación suicida y los antecedentes de intentos de suicidio (AS) en función del tipo de abuso. Los resultados mostraron una prevalencia muy alta de violencia psicológica (VPP) acompañada, en la mayoría de los casos, por algún otro tipo de maltrato (VPP+). Además, se encontró una relación significativa entre la violencia de pareja y las distintas conductas suicidas (ideación e intentos). La regresión logística reveló un mayor riesgo de ideación e intentos suicidas en el grupo de mujeres víctimas de violencia psicológica concurrente con otro tipo de violencia (VPP+).

Por último, el tercer estudio aborda la importancia de los servicios de salud en Atención Primaria del Sistema Sanitario Extremeño en la prevención e intervención del suicidio. En este sentido, el ámbito sanitario representa un entorno propicio para implementar estrategias específicas para la detección y el abordaje de las conductas suicidas. De hecho, una proporción significativa de las personas que mueren por suicidio acuden a los servicios de atención primaria y de salud mental durante el último año, mes o incluso días antes de suicidarse. El objetivo de este estudio descriptivo y transversal de todos los casos registrados de muerte por suicidio (N = 265) en Extremadura fue determinar qué personas entre las que murieron por suicidio entre los años 2019 y 2021

tenían problemas de salud mental (PSM) y qué tipo de asistencia sanitaria demandaron antes de cometer el acto suicida. Los diagnósticos, los intentos de suicidio previos, el tipo de servicio de salud y la última visita antes de la muerte se exploraron mediante análisis univariados y regresiones logísticas. Los resultados mostraron que la frecuencia de personas sin problemas de salud mental era alta, además, estas personas apenas habían visitado los servicios de salud en el último año. También se encontró que los sujetos con problemas de salud mental, de edades comprendidas entre los 40 y 69 años, y con intentos previos de suicidio, tenían más probabilidad de visitar el servicio de salud mental en los tres meses previos a su muerte.

Palabras clave: Suicidio, ideación suicida, intentos de suicidio, violencia de pareja, servicios sanitarios.

Abstract

The Doctoral Thesis that is presented responds to the need to control the epidemiological tendencies of suicide in the geographical areas of Extremadura with a view to the implementation of preventive programs that stop or reduce such suicidal behaviors. Consequently, the main objective of this work is to provide updated knowledge about the phenomenon of suicide through the analysis of the demographic, psychological, clinical and care variables of the people who died by suicide in the Autonomous Community of Extremadura during the period 2020-2021. . For this purpose, three investigations were designed that analyzed some specific aspects related to suicidal behaviors. In the first study, it was asked whether the impact on the social well-being and mental health of people caused by the COVID-19 health crisis could increase the risk of suicide in the population. The objective of this study was to determine this impact in the Extremadura region. For this purpose, the cases registered in the Institutes of Legal Medicine and Forensic Sciences (IMLyCFs) of the provinces of Cáceres and Badajoz between the month of January of the year 2015 and the month of December of the year 2020 were compiled. Subsequently, comparisons were made. intra and interannual suicide rates in the lockdown (March-June) and post-lockdown (July-October) periods of 2020 with the rates recorded in the previous 5 years. After seasonally adjusting the data using time series analysis, Relative Risks (RR) are calculated along with their 95% confidence intervals (CI). The results showed no significant difference between the 2020 suicide rates and the mean of the previous 5 years (RR = 0.94; CI: 0.56-1.55), and no differences were observed in the intra-year analysis since the confinement period to the post-confinement period (RR = 0.74; CI: 0.45-1.20), concluding that, in Extremadura, the period of confinement imposed by the COVID-19 health crisis did not produce a significant increase of suicides.

In the second study of this compendium of articles, the suicide risk factors associated with intimate partner violence are analyzed. This type of violence, in addition to being an important public health problem, is considered, by itself, a risk factor for suicidal behavior (SC). The objective of this study was to explore the risk of suicidal behavior associated with the different forms of abuse and the consequences derived from it. This exploratory study was carried out on a sample of women who experienced intimate partner violence (IPV) (N = 70) in the Extremadura Region. Demographic factors, experience of abuse, suicidal ideation (SI), suicidal communication, and history of suicide attempts (SA) were analyzed based on the type of abuse. The results showed a very high prevalence of psychological violence (VPp) accompanied, in most cases, by some other type of abuse (VPp+). In addition, a significant relationship was found between intimate partner violence and the different suicidal behaviors (ideation and attempts). Logistic regression reveals a higher risk of suicidal ideation and attempts in the group of women victims of concurrent psychological violence with another type of violence (VPp+).

Finally, the third study addressed the importance of health services in Primary Care of the Extremadura Health System in the prevention and intervention of suicide. In this sense, the health field represents a favorable environment to implement specific strategies for the detection and approach of suicidal behaviors. In fact, a significant proportion of people who die by suicide attend primary care and mental health services in the last year, month or even days before committing suicide. The objective of this descriptive and cross-sectional study of all registered cases of death by suicide (N = 265) in Extremadura was to determine which people among those who died by suicide between 2019 and 2021 had mental health problems (PSM) and which type of health care they demanded before committing the suicidal act. Diagnoses, previous suicide attempts, type

of health service, and last visit before death were explored using univariate analyzes and logistic regressions. The results showed that the frequency of people without mental health problems was high, in addition, these people had hardly visited health services in the last year. It was also found that subjects with mental health problems, aged between 40 and 69, and with previous suicide attempts, were more likely to visit the mental health service in the three months before their death.

Keywords: Suicide, suicidal ideation, suicide attempts, gender violence, health services.

INTRODUCCIÓN

1. Introducción

El término suicidio proviene del latín *suicidium*, y este del latín *sui* 'de sí mismo' y *-cidium* '-cidio' (Real Academia Española de la Lengua) que hace referencia al acto que realiza una persona para intencionalmente causar su propia muerte. Hoy en día, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986) lo define como un “acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (visto en, Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2020).

El suicidio es un grave problema de salud pública mundial que afecta a unas 800.000 personas cada año (OMS, 2014). Mientras que la tasa global ha disminuido ligeramente desde el año 2000 (OMS, 2019), en España, y concretamente en la región de Extremadura, la tasa se ha mantenido relativamente estable en los últimos diez años (INE, 2020; Puig-Amores, Cuadrado-Gordillo & Martín-Mora-Parra, 2021).

Se estima que por cada persona que fallece por suicidio, hay entre 10 y 20 intentos de suicidio, es decir, personas que no lo consiguen, pero que probablemente volverán a intentarlo (OMS, 2014). Así mismo, el impacto del suicidio es dramático en todo el entorno y la sociedad en general. Hay cifras que indican que cada suicidio tiene un serio impacto al menos sobre otras seis personas del entorno, y la Asociación Internacional de Prevención del suicidio (IASP; International Association for Suicide Prevention) calcula que “por cada suicidio, aproximadamente 135 personas sufren un dolor intenso o se ven afectadas de alguna manera”.

En Europa la tasa es mayor en países nórdicos y del este, siendo más baja en países mediterráneos, en lo cual influyen factores ambientales, sociales y culturales. En España, en 2020 el suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte externa, con 3,941

fallecimientos, aproximadamente 11 personas al día, un 7.4% más que en 2019 (Instituto Nacional de Estadística, 2023). Es ya la segunda causa de muerte en población juvenil (después de los tumores). Estos datos suponen más del doble de fallecimientos que por accidentes de tráfico, y ochenta veces más que por violencia de género. A pesar de la magnitud del problema, no existe un plan integral de prevención del suicidio a nivel nacional en España (Instituto Nacional de estadística, 2023). En consecuencia, es necesario aumentar la calidad del registro de suicidios, dado que los sistemas de notificación de muertes por suicidio e intentos de suicidio son inexactos y/o incompletos, e imposibilitan el desarrollo posterior de intervenciones oportunas y eficaces (Barbería et al., 2018; Giner & Guija, 2014; Tøllefsen, Hem & Ekeberg, 2012).

La OMS y las Naciones Unidas consideran el suicidio como un problema prioritario y prevenible. Una de las principales recomendaciones en el desarrollo de estrategias de prevención de la conducta suicida es la inclusión entre sus objetivos de la vigilancia epidemiológica e investigación sobre este fenómeno. En este sentido, la investigación de los intentos de suicidio y suicidios consumados con procedimientos estandarizados de recopilación de datos han mostrado su eficacia a la hora de ampliar la evidencia y conocimiento de la conducta suicida, que luego puede ser utilizada para evaluar la efectividad de una intervención en particular (De Leo, Milner & Wang, 2009). Así pues, la investigación epidemiológica es básica para proporcionar evidencia para una mejor comprensión del alcance del problema de la conducta suicida, para identificar grupos de alto riesgo y monitorizar la eficacia de los programas y planes de prevención del suicidio (Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention, 2012). No obstante, la Organización Mundial de la Salud indica que las tasas, los métodos y algunos de los factores de riesgo en el suicidio parecen depender de las diferencias geográficas y culturales, lo cual implica el desarrollo de estudios para

controlar las tendencias epidemiológicas del suicidio en zonas geográficas determinadas. Ésto se justifica porque algunos factores pueden ser universales, pero existen factores que para algunas personas puede ser un elemento de riesgo y para otras no. Además, los factores pueden tener un carácter generacional y de género afectando diferencialmente a hombres y mujeres durante la infancia, la adolescencia, la adultez o la vejez.

En España, la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (GPC, 2020) y, en Extremadura, el II Plan Integral de Prevención del Suicidio (2019) recomiendan el fomento de investigación futura en aspectos como la epidemiología del suicidio, lo cual incluye, también, mejorar la recogida de datos tanto de intentos de suicidio como de suicidios consumados (por sexo grupo de edad, presencia de situaciones comórbidas, y otras variables clínicas y sociodemográficas de interés). De hecho, la mejora del conocimiento sobre la epidemiología del suicidio y la conducta suicida se suele incorporar en la mayoría de planes y programas de prevención del suicidio como una de las líneas principales (OMS, 2014), dado que ese conocimiento supondrá la base para el diseño y desarrollo de planes de prevención atendiendo a las características específicas de la población, tanto a nivel universal (p.ej. la limitación del acceso a los medios letales para suicidarse, con especial hincapié en aquellos que sean más frecuentes en la población estudiada y más altamente letales), selectivo (medidas dirigidas a grupos de población que presentan mayor riesgo de presentar conducta suicida que el existente en la población general sobre la base de características como la edad, el sexo, la situación ocupacional o ciertos antecedentes personales o familiares, etc.), o indicado (medidas dirigidas a determinadas personas altamente vulnerables dentro de la población, por presentar signos sugerentes de riesgo suicida o una enfermedad que se haya encontrado en los estudios epidemiológicos como altamente asociada a dicho riesgo, por ejemplo, algunos trastornos mentales o enfermedades físicas) (OMS, 2010).

En consecuencia, este trabajo presenta tres investigaciones con los objetivos específicos de (i) determinar la tendencia de muertes por suicidio durante los años 2019-2021 con respecto a los 5 años anteriores, (ii) analizar la conducta suicida (ideación suicida e intentos de suicidio) como factor emergente de la conducta suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja y, (iii) realizar un análisis de los factores de riesgo asociados a las personas que murieron por suicidio y acudieron a los servicios sanitarios antes de consumir el acto.

Fundamentación Teórica

2. Fundamentación Teórica

2.1. Historia del suicidio

El fenómeno del suicidio es un tema complejo y delicado que ha sido objeto de estudio a lo largo de la historia (La Fontaine, 1975). Aunque es difícil rastrear sus orígenes exactos debido a la falta de registros, hay evidencias de que el suicidio ha existido desde tiempos antiguos (Farberow, 1975).

En muchas culturas pasadas, el suicidio se consideraba un acto honorable o una forma de escapar de la desgracia o la vergüenza. Por ejemplo, en la antigua Grecia y Roma, el suicidio se veía como una forma de preservar el honor o la dignidad personal (López, Hinojal & Bobes, 1993). Entre los antiguos griegos, la primera referencia al suicidio se encuentra en los poemas de Homero. En sus escritos no se expresa ninguna actitud de condena hacia el suicidio, y los suicidios mencionados son de una naturaleza heroica más que melancólica. Filósofos como Séneca defendieron la idea de que el suicidio era una elección racional y virtuosa. Sin embargo, hay diferentes opiniones y perspectivas sobre el suicidio en diferentes períodos y entre diferentes filósofos y escritores (Minois, 1999)

En la época clásica de la antigua Grecia, algunos filósofos como Sócrates, Platón y Aristóteles consideraban el suicidio como algo moralmente inaceptable. Sostenían que la vida humana era valiosa y que los individuos no tenían el derecho de poner fin a sus propias vidas. Estos filósofos enfatizaban la importancia de vivir una vida virtuosa y cumplir con los deberes y responsabilidades hacia la sociedad.

Por otro lado, algunos poetas trágicos como Sófocles y Eurípides exploraron el tema del suicidio en sus obras teatrales. En tragedias como "Edipo Rey" y "Medea", el

suicidio se presenta como una opción trágica y desesperada ante situaciones extremas de sufrimiento y desesperanza.

En cuanto a la legislación y el sistema legal, hay evidencia de que el suicidio era considerado un delito en algunas ciudades-estado griegas. Por ejemplo, en Atenas, el suicidio era castigado con la confiscación de los bienes del fallecido y la prohibición de llevar a cabo ritos funerarios públicos. En este sentido, a medida que las religiones establecieron sus normas y valores, el suicidio empezó a ser considerado como un pecado o un acto inmoral (Mesones, 2014). En el cristianismo, por ejemplo, el suicidio se consideraba un pecado grave y una violación del mandamiento "No matarás". La iglesia católica prohibía los ritos funerarios para las personas que se habían suicidado y sus cuerpos a menudo eran enterrados en lugares apartados (Marzen, O'Dowd, Crone & Balch, 1985; Murray, 1988). Igualmente, durante la Edad Media y la Edad Moderna, el suicidio fue ampliamente condenado y penalizado por las autoridades civiles y religiosas. Las personas que intentaban suicidarse o lo lograban podían ser castigadas y sus propiedades podían ser confiscadas. La perspectiva religiosa y moral influyó en gran medida en la forma en que el suicidio se percibió durante siglos (Murray, 1988).

El Renacimiento, que tuvo lugar en los siglos XV y XVI, fue un período de grandes cambios en diversos aspectos de la sociedad, incluyendo la mentalidad secular. Si bien la Iglesia Católica continuaba condenando fuertemente el suicidio desde una perspectiva moral, surgieron nuevos pensadores humanistas y filósofos que comenzaron a cuestionar abiertamente las posiciones teológicas sobre este tema (López et al., 1993). Uno de los primeros pensadores en abordar el tema del suicidio desde una perspectiva más secular fue Michel de Montaigne (Rudick & Battin, 1982). Montaigne consideraba que el suicidio no podía ser evaluado moralmente basándose en dictados divinos, sino que debía ser visto como una elección personal. En sus ensayos, exploró las

motivaciones y razones detrás del acto del suicidio, y defendió la idea de que las personas deberían tener cierta autonomía para decidir sobre su propia vida y muerte. Posteriormente, en 1608, el poeta y clérigo inglés John Donne escribió una obra titulada "Biathanatos", que se considera la primera defensa del suicidio en lengua inglesa (Rudick & Battin, 1982). En este ensayo, Donne aborda el tema de manera exhaustiva, explorando las implicaciones teológicas, filosóficas y éticas del suicidio. Aunque el ensayo fue polémico en su época y generó controversia, sentó las bases para un debate más amplio sobre el suicidio en la edad moderna.

A finales del siglo XVIII se produjo una secularización y descriminalización progresiva del suicidio, pero este acto aún se vinculaba principalmente a la enfermedad mental y a diversos trastornos psiquiátricos (Berrios, 2008; Huertas, 2009). Sin embargo, a pesar de estos avances, el suicidio todavía se asociaba principalmente con la enfermedad mental y la "locura" (Berrios, 2008). La psiquiatría alienista, representada por Jean-Étienne Esquirol, un destacado psiquiatra francés y alumno de Philippe Pinel, desempeñó un papel importante en esta asociación. Su perspectiva se basaba en la observación clínica y el estudio de pacientes con enfermedades mentales. Esquirol consideraba que los trastornos mentales eran enfermedades del cerebro y que tenían una predisposición hereditaria. Propuso una clasificación sistemática de los trastornos mentales, dividiéndolos en categorías como manía, melancolía y demencia. (Plumed, Javier, & Novella, 2015). Desde su punto de vista, la psicopatología se basaba en la comprensión de la anatomía y fisiología del cerebro, aunque también reconocía la influencia de factores ambientales y sociales en el desarrollo de las enfermedades mentales. Esquirol enfatizaba la importancia del tratamiento moral, abogando por un trato humano y compasivo hacia los pacientes y por la creación de entornos terapéuticos adecuados. Además, creía que la participación en actividades productivas y socialmente

significativas era parte integral del proceso de curación.

Esquirol postuló que el suicidio estaba relacionado con diversos estados clínicos patológicos, como el delirium agudo, los estados delirantes crónicos, las monomanías y las manías. Reconoció que el suicidio no era en sí mismo una enfermedad mental, pero lo consideraba como una manifestación de trastornos psiquiátricos subyacentes (Huertas, 2009). Reconocía que las circunstancias adversas en la vida de una persona, así como los factores sociales y ambientales, también podían contribuir al suicidio. Abogaba por la prevención del suicidio a través de intervenciones médicas y sociales, incluyendo la detección temprana de trastornos mentales y el brindar apoyo emocional y social a aquellos que experimentan circunstancias difíciles (Berrios, 1996).

Durante la Ilustración y el surgimiento de la Revolución Industrial, la actitud hacia el suicidio durante la Ilustración fue ambivalente. Consideraban que la vida humana era valiosa y que cada individuo tenía la responsabilidad de buscar la felicidad y el bienestar en lugar de rendirse ante el sufrimiento.

Immanuel Kant, en su obra "Metafísica de las costumbres" (trad. Cortina y Conil, 1989) y Lecciones de ética (trad. de Aramayo y Roldan, 2002), sostenía que el suicidio era una contradicción de la ley moral, ya que implicaba tratar a la propia vida como un simple medio para escapar del sufrimiento. Según Kant, el suicidio es moralmente inaceptable y se considera un acto contrario a la ley moral universal que él formuló conocida como el "imperativo categórico". Para Kant, la moralidad se basa en la razón y en la capacidad de los seres humanos para actuar de acuerdo con el deber moral. Según su visión, cada persona tiene una dignidad inherente y debe ser tratada como un fin en sí misma, no solo como un medio para alcanzar un objetivo. Desde esta perspectiva, el suicidio se considera una violación de esta dignidad y una negación de la obligación

moral de preservar la vida. Kant sostiene que el deber moral es universal y se aplica a todas las personas en todas las circunstancias. Según él, los seres humanos tienen una obligación inquebrantable de cumplir con el deber moral, incluso cuando la vida se vuelve difícil o dolorosa. El suicidio se considera una forma de escapar de los desafíos y las dificultades de la existencia, lo que va en contra de la responsabilidad moral de enfrentar y superar los obstáculos que se presentan.

Otro filósofo ilustrado que se interesó por el suicidio fue Jean-Jacques Rousseau (Schuster, 2017). Creía en la importancia de la razón y la reflexión crítica como herramientas para el progreso y la mejora de la sociedad. Sin embargo, también era consciente de los sufrimientos y las dificultades de la vida humana. En su obra, "El contrato social" (Rousseau, trad. en 1975) plantea que los individuos renuncian a su libertad natural en favor de un contrato social que establece la voluntad general como la base legítima del gobierno. En este contexto, Rousseau argumenta que el suicidio, al ser una acción que va en contra del bienestar y la preservación de la sociedad, no puede ser considerado un derecho legítimo. Según él, el individuo no tiene el derecho de quitarse la vida porque su existencia está ligada a la comunidad y su renuncia a la libertad natural implica un compromiso con el bienestar colectivo. Rousseau consideraba que la voluntad general, expresada a través de la legislación y las instituciones gubernamentales, debía regular y proteger a los individuos, incluso de sí mismos. Desde esta perspectiva, el suicidio se consideraría un acto contrario a los intereses de la comunidad y, por lo tanto, incompatible con el contrato social.

Otros pensadores ilustrados también discutieron el tema del suicidio desde diferentes perspectivas. El filósofo escocés David Hume, en su ensayo "Sobre el suicidio" (Schuster, 2017), argumentaba que el suicidio podía ser justificado en ciertos casos en los que la vida se volvía insufrible. Sin embargo, Hume también advertía que

consecuencias negativas para el individuo que decide acabar con su vida. Según su enfoque utilitario, la felicidad y el bienestar son fundamentales para evaluar una acción moralmente. Hume defendía la importancia de la libertad individual y el derecho a tomar decisiones autónomas. Consideraba que cada individuo tiene el poder de ejercer su libre albedrío y buscar su propia felicidad. En este sentido, podría argumentarse que Hume respaldaría la idea de que una persona tiene la libertad de elegir poner fin a su propia vida si así lo desea. No obstante, no apoyaría el suicidio como una acción moralmente justificada, ya que puede causar un daño emocional y social significativo a quienes nos rodean. Defendía que la moral se basa en los sentimientos y la empatía hacia los demás, y que debemos considerar las consecuencias de nuestras acciones en la sociedad en general. El suicidio puede tener un impacto emocional y psicológico significativo en los seres queridos y las personas cercanas al individuo fallecido. El dolor y la tristeza resultantes podrían propagarse y afectar la felicidad y el bienestar de aquellos que quedan atrás.

A finales del siglo XIX y principios del XX, se comenzó a considerar el suicidio como un problema de salud mental y las actitudes hacia este tema han evolucionado junto con los avances sociales, científicos y médicos. A principios del siglo XX, el suicidio era generalmente considerado un tabú y se seguía considerando un acto moralmente censurable. A medida que avanzaba el siglo XX, la perspectiva sobre el suicidio comenzó a cambiar. La psicología y la psiquiatría emergieron como disciplinas científicas y se desarrollaron nuevos enfoques para comprender y tratar los trastornos mentales, incluidos aquellos relacionados con el suicidio. El suicidio comenzó a ser visto cada vez más como un síntoma de sufrimiento psicológico y no solo como un acto de egoísmo o cobardía (Mesones, 2014). Durante este período, el suicidio captó la atención de los académicos y los intelectuales, quienes exploraron diversas perspectivas sobre sus

causas y consecuencias. Este análisis académico del suicidio en el siglo XIX se caracterizó por una mezcla de enfoques sociológicos, psicológicos y filosóficos.

En el ámbito sociológico, figuras como Émile Durkheim se destacaron por sus contribuciones a la comprensión del suicidio desde una perspectiva colectiva (Dohrenwend, 1959). En su libro "El suicidio: Un estudio sociológico" publicado en 1897, Durkheim busca analizar el suicidio desde una perspectiva sociológica, considerándolo como un fenómeno social y no solo como un acto individual. Durkheim argumenta que el suicidio no es simplemente el resultado de causas individuales, como la enfermedad mental o la debilidad personal, sino que está influenciado por factores sociales más amplios. Para estudiar el suicidio, Durkheim empleó un enfoque empírico y estadístico, utilizando datos recopilados de registros oficiales de suicidios en diferentes sociedades.

Por otro lado, el enfoque psicoanalítico, desarrollado por Sigmund Freud y sus seguidores, emergió como una forma de analizar y explicar el comportamiento humano desde una perspectiva psicológica profunda (Jones, 1976). En este contexto, el suicidio se convirtió en un tema de interés en la psicología, y los psicoanalistas buscaron comprender los motivos inconscientes que podrían subyacer a este acto extremo. Desde el enfoque psicoanalítico, el suicidio se considera una manifestación de conflictos y tensiones internas no resueltas, especialmente en relación con la agresión y la autodestrucción. Freud argumentaba que el ser humano tiene una "pulsión de muerte" inherentemente presente en su psique, una tendencia autodestructiva que puede manifestarse en forma de comportamientos suicidas (Mitchell & Black, 1995). Según Freud, esta pulsión de muerte entra en conflicto con la pulsión de vida, que busca la supervivencia y el placer.

Para entender el suicidio desde una perspectiva psicoanalítica, es necesario explorar la dinámica del inconsciente y los procesos psíquicos que pueden contribuir a la autodestrucción. Freud, postuló que los deseos y conflictos inconscientes pueden reprimirse y encontrar expresión a través de síntomas físicos o emocionales. En el caso del suicidio, el individuo puede verse impulsado a actuar sobre estos deseos inconscientes y poner fin a su vida. El psicoanálisis también destaca la importancia de la relación entre el individuo y su entorno social (Jones, 1976; Mitchell & Black, 1995), especialmente las relaciones tempranas con los padres y las experiencias traumáticas. Según esta perspectiva, las interacciones tempranas y las experiencias negativas pueden influir en el desarrollo del superyó, una instancia psíquica que internaliza las normas y valores de la sociedad. Cuando estas experiencias son especialmente perturbadoras o abusivas, el individuo puede desarrollar una relación conflictiva con su superyó, lo que puede generar sentimientos de culpa y autoagresión, predisponiéndolo al suicidio. Otro aspecto relevante en el enfoque psicoanalítico del suicidio es el concepto de duelos patológicos. Según Freud, cuando una persona experimenta una pérdida significativa, ya sea por la muerte de un ser querido o por la pérdida de un objeto de amor, puede desarrollar una relación anormal y patológica con el objeto perdido. Esta relación puede generar sentimientos intensos de tristeza, desesperación y anhelo, que pueden llevar al individuo a buscar la muerte como una forma de reunión con el objeto perdido.

A medida que la conciencia sobre la importancia de la salud mental ha ido creciendo, la sociedad ha intentado abordar el tema del suicidio de manera más comprensiva. Se han establecido líneas de ayuda y centros de prevención del suicidio en muchos países para brindar apoyo emocional, asesoramiento y recursos a las personas en riesgo. Además, los gobiernos y las organizaciones de salud mental trabajan para aumentar la conciencia sobre el suicidio, reducir el estigma asociado y promover la

búsqueda de ayuda profesional.

En los últimos años, también ha habido un aumento en la discusión pública sobre el suicidio, en parte debido a la influencia de las redes sociales y los medios de comunicación. Esto puede tener tanto aspectos positivos como negativos. Por un lado, la mayor apertura y visibilidad pueden ayudar a las personas a buscar apoyo y encontrar recursos disponibles. Por otro lado, puede existir el riesgo de un efecto contagio, donde la cobertura mediática detallada de los suicidios puede influir en otras personas vulnerables.

2.2. Aproximaciones explicativas de la conducta suicida

La teorías o aproximaciones explicativas de la conducta suicida se basan en la investigación y la comprensión de los patrones comunes observados en individuos que se autolesionan o intentan suicidarse, y tienen como objetivo proporcionar una base para la prevención e intervención temprana. Hasta hoy se han propuesto diversas explicaciones y modelos para comprender el fenómeno del suicidio desde diferentes perspectivas. A continuación se enumeran algunos de los más destacados y se desarrollan en el siguiente epígrafe.

1. La Teoría sociológica de Durkheim (1897, 1951) plantea que el suicidio está influenciado por factores sociales y de integración en la sociedad. Durkheim identificó cuatro tipos de suicidio: egoísta (falta de integración social), altruista (excesiva integración social), anómico (falta de regulación social) y fatalista (exceso de regulación social).
2. Sigmund Freud abordó el tema del suicidio en el contexto de su teoría psicodinámica, que se centra en los procesos mentales inconscientes y en la interacción entre los

impulsos y los conflictos internos.

3. La Teoría de Shneidman (1985, 1993) considera que el suicidio es una respuesta a un dolor psicológico abrumador. Según Shneidman, el suicidio ocurre cuando una persona no encuentra ninguna salida viable para aliviar su angustia emocional.
4. La Teoría cognitiva de Beck y Abramson (Aaron Beck ,1967; Lynn Abramson et al. (2000) relaciona la desesperanza y el suicidio. Su teoría postula que la desesperanza, es decir, la creencia de que las cosas no mejorarán y no hay esperanza para el futuro, es un factor de riesgo importante en el desarrollo del comportamiento suicida.
5. El Modelo Diátesis-Estrés de la conducta suicida (Mann, 1999) sostiene que el suicidio es el resultado de la interacción entre dos factores principales: los estresores o factores desencadenantes y la diátesis o predisposición a la ideación y comportamientos suicidas.
6. Los Modelos de ideación-acción (Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015; O'Connors, 2011) comparten la visión de que la ideación suicida y la capacidad de actuar en base a esa ideación suicida son procesos diferentes y ofrecen explicaciones separadas para ambos. El proceso subyacente a la ideación suicida es distinto al que subyace a la actuación suicida.

2.2.1. Aproximación explicativa de la conducta suicida desde la perspectiva sociológica

Emile Durkheim fue un sociólogo francés que estudió en profundidad el fenómeno del suicidio en su obra clásica "El suicidio" (1897). Durkheim consideraba al suicidio como un fenómeno social y argumentaba que debía ser analizado en términos de las estructuras y normas sociales que influyen en el comportamiento humano. A

través de su enfoque sociológico, Durkheim buscaba comprender las causas sociales que subyacen al suicidio y cómo se relacionan con la integración social de los individuos en una sociedad. Durkheim clasificó el suicidio en cuatro tipos, basados en la relación entre el individuo y la sociedad: suicidio egoísta, suicidio altruista, suicidio anómico y suicidio fatalista.

El suicidio egoísta se produce cuando los individuos se sienten desconectados o aislados de la sociedad. Durkheim argumentaba que en sociedades modernas y altamente individualistas, donde la integración social es débil, los lazos sociales pueden volverse frágiles y los individuos pueden experimentar una sensación de soledad y falta de apoyo. Estos sentimientos de desvinculación pueden aumentar la probabilidad de suicidio. Por otro lado, el suicidio altruista ocurre cuando los individuos tienen una integración social excesiva y una identidad subordinada al grupo. En algunas sociedades tradicionales, las normas y valores colectivos son tan fuertes que los individuos pueden sacrificarse por el bien del grupo, incluso hasta el punto de quitarse la vida. El suicidio anómico está relacionado con la falta de normas y regulaciones sociales claras. Durkheim argumentaba que en momentos de cambio social rápido, crisis o desintegración social, las normas sociales se debilitan o se vuelven confusas. Esto puede generar sentimientos de desorientación y desesperanza, lo que aumenta el riesgo de suicidio. Finalmente, el suicidio fatalista ocurre cuando los individuos experimentan una opresión o restricción extrema en su vida. En sociedades con fuertes regulaciones y control, los individuos pueden sentirse atrapados en una situación de desesperanza y no ver ninguna posibilidad de cambio. Esta sensación de falta de libertad puede llevar al suicidio.

Durkheim argumentaba que el suicidio no es simplemente el resultado de causas individuales, como la enfermedad mental o la debilidad personal. En cambio, sostenía que el suicidio es un fenómeno social arraigado en las estructuras y dinámicas de la

sociedad. La integración social y la cohesión son factores cruciales para prevenir el suicidio, ya que proporcionan apoyo social y un sentido de pertenencia que ayuda a los individuos a enfrentar las dificultades y los desafíos de la vida. Además, Durkheim destacaba que los patrones de suicidio varían entre diferentes grupos sociales y culturas. Esto sugiere que las tasas de suicidio están influenciadas por factores sociales, como la religión, la ocupación, el género y la edad.

2.2.2. Aproximación explicativa del suicidio desde la perspectiva psicológica

Podríamos destacar las siguientes:

- a) Desde la teoría psicodinámica desarrollada por Sigmund Freud y sus seguidores, se incide en la exploración de los procesos mentales inconscientes y las experiencias pasadas que pueden influir en el comportamiento actual (Menninger, 1938; Kaplan & Freedman, 1993). Según el modelo psicodinámico de Freud (1920-1922), el suicidio puede ser entendido como una manifestación de conflictos internos no resueltos y angustia psíquica intensa. Estos conflictos suelen ser de naturaleza inconsciente y están relacionados con temas como la agresión, la culpa, la pérdida, la identidad, la autoestima, entre otros. Los individuos que experimentan estos conflictos pueden tener dificultades para manejar sus emociones y recurren al suicidio como una forma extrema de escapar o aliviar su sufrimiento psíquico (Cramer, 2008). El modelo psicodinámico también destaca la importancia de los vínculos y relaciones significativas en la vida de una persona. Las experiencias tempranas de apego inseguro, traumas o abusos pueden influir en la formación de la identidad y la capacidad de regulación emocional de una persona (Bowlby, 1973). Cuando estas relaciones se caracterizan por la falta de apoyo, la negligencia o el abuso, se pueden generar patrones de relación disfuncionales y sentimientos de

aislamiento, lo que aumenta el riesgo de suicidio. Además, el modelo psicodinámico reconoce la existencia de impulsos autodestructivos que pueden ser dirigidos hacia uno mismo en lugar de ser proyectados hacia los demás (Freud, 1920). Estos impulsos pueden surgir como una forma de autodestrucción y pueden estar relacionados con sentimientos de culpa, autodesprecio o desesperanza.

- b) El psiquiatra y psicólogo Aaron Beck, se basa en la teoría cognitiva y propone que los patrones de pensamiento negativos y distorsionados son factores de riesgo para el suicidio (Beck, Kovacs & Weissman, 1975). Este modelo se enfoca en la importancia de los esquemas cognitivos disfuncionales y la desesperanza en la predisposición al comportamiento suicida. Según Beck, las personas que tienen un mayor riesgo de suicidio suelen tener esquemas cognitivos disfuncionales, que son estructuras mentales duraderas que influyen en la forma en que percibimos y procesamos la información. Estos esquemas suelen estar relacionados con creencias negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro, y pueden incluir pensamientos de inutilidad, desesperanza y desesperación. Beck identifica una triada cognitiva negativa que consiste en la tendencia de las personas con riesgo de suicidio a tener pensamientos negativos sobre sí mismos, el mundo y el futuro. Estos pensamientos pueden incluir una baja autoestima, una visión pesimista de la realidad y la creencia de que las cosas no mejorarán en el futuro. Para Beck la desesperanza es un elemento central en el modelo y se refiere a la creencia de que no hay esperanza de que las circunstancias cambien o mejoren. La desesperanza se relaciona con una pérdida de motivación y un aumento del riesgo suicida, resultando un factor crucial en la predisposición al suicidio.
- c) Edwin Shneidman (1993, 2001, 2007) ha realizado extensas investigaciones y ha desarrollado teorías que ayudan a comprender el suicidio desde una perspectiva

psicológica. Shneidman sostiene que el deseo de morir es un aspecto común en aquellos que experimentan pensamientos suicidas. Este deseo puede surgir como una respuesta a la angustia psicológica y a la percepción de que no hay otra solución a los problemas o al sufrimiento emocional experimentado. La angustia psicológica, según Shneidman, es un factor fundamental en el suicidio. Esta angustia puede estar relacionada con una variedad de circunstancias, como la pérdida de un ser querido, la desesperanza, la culpa, el aislamiento social, los conflictos interpersonales, entre otros. La angustia psicológica intensa puede llevar a una sensación de desesperación y desesperanza, lo que aumenta el riesgo de suicidio. Shneidman enfatiza la importancia de comprender la forma en que el individuo construye y atribuye significado a sus experiencias de vida. La percepción subjetiva de falta de sentido o propósito en la vida puede contribuir al deseo de morir y al comportamiento suicida. Este estado mental “suicida” lo describe como un estado psicológico específico en el que una persona está contemplando seriamente la posibilidad de suicidarse. Este estado puede caracterizarse por una ambivalencia entre el deseo de vivir y el deseo de morir, así como por una lucha interna entre la esperanza y la desesperación. Shneidman sostiene que el objetivo final del comportamiento suicida es buscar alivio a la angustia emocional y psicológica que se experimenta. La persona puede percibir el suicidio como la única opción para escapar del dolor y encontrar una solución a sus problemas.

2.2.3. Aproximaciones explicativas actuales de la conducta suicida

I. Modelo Diátesis-Estrés de la conducta suicida

El modelo diátesis-estrés es un enfoque teórico que sugiere que la conducta o la enfermedad resulta de la interacción entre una predisposición individual, conocida como

diátesis, y los factores estresantes del entorno (Meehl, 1962; Rosenthal, 1970; Zubin y Spring, 1977; Mann, Oquendo, Underwood y Arango, 1999)

El modelo de diátesis-estrés propone que la presencia de una predisposición o vulnerabilidad psicológica (diátesis) interactúa con eventos estresantes del entorno para determinar el riesgo de desarrollar un trastorno. Según este modelo, una diátesis puede ser heredada o adquirida a lo largo de la vida y puede incluir características genéticas, rasgos de personalidad, patrones de pensamiento o experiencias traumáticas previas. Sin embargo, no basta con tener una diátesis para que se desarrolle la conducta suicida. También se requiere la presencia de factores estresantes del entorno que activen o desencadenen la vulnerabilidad. Los eventos estresantes pueden ser de diferentes tipos, como eventos negativos de la vida (por ejemplo, pérdida de un ser querido, desempleo), situaciones ambientales adversas (por ejemplo, pobreza, violencia) o conflictos interpersonales significativos. La interacción entre la diátesis y el estrés puede llevar a respuestas adaptativas o desadaptativas, dependiendo de los recursos personales disponibles y la forma en que se afronten los eventos estresantes.

El modelo de diátesis-estrés ha sido ampliamente adoptado y adaptado en diferentes áreas de la psicología y la psiquiatría, y se ha aplicado a una variedad de trastornos mentales, incluyendo la depresión, la ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria y la conducta suicida (Franklin et al., 2017; Joiner, 2005; Klonsky, May, & Glenn, 2013; Rudd, Joiner & Rajab, 2001; O'Connor, 2011; Van Orden et al., 2010)

II. Modelos de ideación-acción

La teoría de la ideación-acción del suicidio es un enfoque que busca comprender los factores que contribuyen a la transición entre los pensamientos y el acto suicidas en sí mismo. Propone que la ideación y la acción suicidas son dos etapas distintas pero

interrelacionadas en el proceso suicida. Según esta teoría, la ideación suicida se refiere a los pensamientos y fantasías relacionados con el suicidio, como la contemplación de métodos, el deseo de morir y la sensación de desesperanza. Estos pensamientos pueden surgir debido a una combinación de factores individuales, como trastornos mentales (como la depresión o la ansiedad), eventos estresantes en la vida, la falta de apoyo social y la sensación de desconexión. (Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015; O'Connors, 2011).

Dentro de este enfoque destacan los siguientes autores:

a) Teoría interpersonal del suicidio (Thomas Joiner, 2005)

La teoría interpersonal del suicidio es un modelo conceptual propuesto por Thomas Joiner (2005) que busca comprender los factores subyacentes que contribuyen al riesgo de suicidio. Esta teoría sostiene que el deseo suicida y la capacidad para llevarlo a cabo son dos factores cruciales para que se produzca un acto suicida.

Según la teoría interpersonal del suicidio, el deseo suicida surge de la interacción de dos factores principales: la percepción de ser una carga para los demás y la sensación de no pertenecer o estar desconectado socialmente. Joiner sostiene que cuando una persona siente que es una carga para sus seres queridos y al mismo tiempo experimenta una profunda alienación social, el deseo de morir puede aumentar.

La capacidad para llevar a cabo un acto suicida también es un elemento importante en esta teoría. Joiner propone que la capacidad para hacer daño a uno mismo se desarrolla a través de la adquisición de tres componentes: la tolerancia al dolor físico, la capacidad de superar el miedo a la muerte y la inhibición de la respuesta natural de supervivencia. Según Joiner, aquellos individuos que han adquirido estas capacidades están en mayor riesgo de suicidarse cuando experimentan un deseo suicida intenso.

La teoría interpersonal del suicidio enfatiza la importancia de los factores sociales en el riesgo suicida. La percepción de ser una carga y la falta de conexión social pueden ser influenciadas por la calidad de las relaciones interpersonales y las experiencias de rechazo o abandono. Además, los factores culturales, como la estigmatización de la enfermedad mental o la falta de recursos de apoyo, también pueden contribuir al riesgo de suicidio.

b) Teoría de los tres pasos (Klonsky & May, 2015)

La teoría de los tres pasos del suicidio de Klonsky y May establece tres etapas en el proceso suicida, y también identifica tres categorías de variables que contribuyen a la capacidad de suicidio. (1) El individuo experimenta pensamientos o ideas relacionadas con el deseo de morir o causarse daño a sí mismo debido a la combinación del dolor psicológico y la desesperanza. (2) Si la conexión con los demás y la vida es menor que el dolor experimentado, la ideación suicida se fortalece. Esto implica que si la persona percibe que su sufrimiento es mayor que los vínculos afectivos y las razones para vivir, es más probable que considere el suicidio como una opción. (3) Para llegar a la acción de intentar suicidarse, es necesario adquirir la capacidad de hacerlo. Esta capacidad se refiere a la habilidad para superar el miedo a la muerte y causarse daño a sí mismo. No todas las personas que experimentan ideación suicida llegan a este punto.

Las variables que intervienen pueden ser disposicionales cuando la vulnerabilidad de una persona al suicidio es de carácter genético o biológico. Por ejemplo, la sensibilidad al dolor físico o emocional puede ser una variable disposicional relevante. También pueden ser adquiridas a través de experiencias y factores ambientales que contribuyen a la adquisición de la capacidad de intentar el suicidio. Estas pueden incluir la habituación a experiencias asociadas al dolor, como autolesiones

previas, así como el miedo a la muerte o experiencias traumáticas. Las variables prácticas son factores externos que hacen que el intento de suicidio sea más factible o accesible. Por ejemplo, el fácil acceso a la información y los métodos para llevar a cabo el suicidio puede aumentar la probabilidad de que una persona con ideación suicida pueda llevar a cabo la acción.

c) El Modelo Integrado Motivacional-Volitivo (Rory O'Connor, 2011)

Este modelo se desarrolló con el objetivo de explicar el proceso suicida y predecir los factores que llevan a las personas a pensar en el suicidio y actuar en consecuencia. Se basa en el modelo de diátesis-estrés, la teoría del comportamiento planificado, la teoría del suicidio de Williams y la hipótesis de activación diferencial. Estas perspectivas teóricas proporcionan una base para comprender las vulnerabilidades individuales, la intención y motivación, la experiencia de derrota, humillación y atrapamiento, y la asociación entre la angustia y la ideación suicida

La primera perspectiva teórica es el modelo de diátesis-estrés (Mann, 1999), el cual reconoce que las vulnerabilidades individuales aumentan el riesgo de desarrollar ideación suicida cuando se activan mediante factores estresantes. Estas vulnerabilidades pueden estar relacionadas con características de la personalidad o con factores socioambientales. Cuando se combinan con factores estresantes de la vida, estas vulnerabilidades aumentan la probabilidad de una reacción psicológica adversa al estrés, lo cual constituye la fase premotivacional del modelo. La segunda perspectiva teórica que ha influido en el desarrollo del modelo es la teoría del comportamiento planificado (Ajzen, 2011). Según esta teoría, la intención o motivación de un individuo es el predictor más fuerte de su comportamiento. En la fase motivacional del modelo, se enfoca en la relación entre la derrota, la humillación y el atrapamiento. Estos elementos

se derivan de la teoría del suicidio de Williams y describen la experiencia de sentirse derrotado y atrapado, lo cual lleva a la ideación suicida. Aunque la humillación también es relevante en esta teoría, ha recibido menos atención que la derrota y el atrapamiento.

La tercera perspectiva teórica en la que se basa el modelo es la hipótesis de activación diferencial (Teasdale & Dent, 1987; Williams, Barnhofer, Crane & Beck, 2005) Esta hipótesis postula que se establece una asociación entre la angustia y la ideación suicida. Con cada episodio subsiguiente de angustia, el camino hacia las ideas suicidas se vuelve más estable y se activa más fácilmente. Además, el estado de ánimo negativo potencia un sesgo hacia la información negativa, conocido como "reactividad cognitiva". Estas vías permanecen inactivas hasta que se desencadenan por un estado de ánimo negativo o estrés, incluso cuando la persona ya no está angustiada.

2.3. Factores de Riesgo de la conducta suicida

Para llevar a cabo esta última estrategia de prevención del suicidio, es fundamental conocer los factores de riesgo, entendidos éstos, como aquellas causas que predisponen a las personas a tener pensamientos y conductas suicidas o autolesivas. En este sentido, la literatura especializada menciona múltiples factores de riesgo que pueden orientar a los profesionales de la salud a detectar, evaluar y manejar situaciones de crisis, así como a diseñar estrategias de prevención eficaces. Ésto se debe a que algunos factores pueden ser universales, no obstante, las tasas, los métodos y algunos de los factores de riesgo en el suicidio parecen depender de las diferencias geográficas y culturales. Además, los factores de riesgo pueden tener un carácter generacional y de género afectando diferencialmente a hombres y mujeres durante la infancia, la adolescencia, la adultez o la vejez. En consecuencia, se hace necesario controlar las tendencias epidemiológicas del suicidio en zonas geográficas determinadas y en poblaciones específicas de riesgo. Así

pues, uno de los objetivos de la prevención del suicidio de cara a la implementación de programas preventivos que atajen o disminuyan dichas conductas suicidas es elaborar estudios que determinen qué grupos poblacionales corren mayor riesgo (OMS, 2003).

El suicidio rara vez es causado por una sola circunstancia o evento. En cambio, una variedad de factores, a nivel individual, de relación, comunitario y social, puede aumentar el riesgo (Carrasco-Barrios et al., 2020; Curtin & Hedegaard, 2021; Favril, Yu, Uyar, Sharpe & Fazel, 2022; Li, Page, Richardson, Robb, & O'Connor, 2021; Martin, & Taylor, 2011). Estos factores pueden ser cualquier comportamiento claramente definido o una característica constitucional (p. ej., genética), psicológica, ambiental o de otro tipo que se asocia con una mayor posibilidad o probabilidad de que una enfermedad o trastorno se desarrolle posteriormente en un individuo (Hawton & van Heeringen, 2009; American Psychological Association, 2023).

Los factores de riesgo pueden clasificarse en modificables e inmodificables (Bobes, Giner & Díaz, 2011). Los factores modificables están relacionados con aspectos sociales, psicológicos y psicopatológicos, y pueden ser abordados y modificados clínicamente. Estos factores pueden incluir problemas de salud mental, abuso de sustancias, situaciones de estrés crónico, falta de apoyo social, entre otros. Por otro lado, los factores inmodificables se refieren a características del individuo o del grupo social al que pertenece, y se caracterizan por ser persistentes en el tiempo y no estar bajo el control directo del profesional de la salud. Estos factores pueden incluir antecedentes familiares de suicidio, historial de intentos de suicidio previos, predisposición genética, entre otros.

Entre los factores de riesgo con mayor apoyo empírico destacan:

- a) La adolescencia y la edad avanzada son dos etapas de la vida en las que se observa un mayor riesgo de intentos de suicidio y suicidios consumados, si bien los ancianos presentan tasas de suicidio tres veces superiores a los adolescentes (OMS, 2014;

Nock, 2005). Sin embargo, es importante señalar que estos momentos no representan un patrón absoluto y que cada caso es único. Durante la adolescencia, los cambios hormonales, emocionales y sociales pueden generar un alto nivel de estrés y vulnerabilidad emocional, lo que aumenta el riesgo de ideación suicida y comportamientos autodestructivos. Los problemas relacionados con la identidad, la presión académica, las dificultades en las relaciones interpersonales y los trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad, son factores que pueden contribuir a esta situación (Kann et al., 2000). Por otro lado, en la edad avanzada, algunas personas pueden enfrentar desafíos asociados con la pérdida de seres queridos, el deterioro de la salud, la soledad, la disminución de la autonomía y los cambios en el sentido de la identidad y el propósito de vida (Beautrais, 2005; Kann et al., 2000; Nock et al., 2005). Estos factores pueden aumentar el riesgo de depresión y otros trastornos mentales, lo que a su vez puede incrementar las probabilidades de intentos y consumación del suicidio.

- b) El sexo también parece influir en el riesgo de suicidio. En muchos países, las estadísticas demuestran que los hombres presentan tasas más altas de suicidio consumado, mientras, que las mujeres presentan un mayor número de intentos de suicidio (Nock, 2008; Tsirigotis, Gruszczynski & Tsirigotis, 2011). Esto puede deberse a diferencias en los métodos utilizados y en la tendencia de los hombres a elegir métodos más letales, como el uso de armas de fuego las mujeres tienen más probabilidades de intentar el suicidio con métodos menos letales, como la intoxicación por sobredosis. Además, las mujeres tienden a buscar más ayuda y apoyo social después de un intento de suicidio, lo que puede influir en las tasas más altas de intentos. Además, se ha sugerido que las mujeres pueden tener una mayor propensión a expresar emociones y buscar alivio a través del comportamiento suicida, mientras

que los hombres pueden ser más reacios a hablar abiertamente sobre sus problemas emocionales o buscar ayuda. Por otro lado, las mujeres pueden enfrentar diferentes desafíos emocionales y sociales. Pueden tener una mayor carga de responsabilidades familiares y estar expuestas a la violencia de género, los intentos de suicidio y los suicidios consumados en mujeres pueden explicarse en relación con la violencia física y psicológica y el abuso sexual que han vivido históricamente, primero en la familia de origen y luego con la pareja, lo que también puede aumentar el riesgo de intento de suicidio (Clements-Nolle, Marx & Katz, 2006; Tsirigotis et al., 2011).

- c) Los factores genéticos del suicidio son importantes y se ha demostrado que existe una heredabilidad en el riesgo de suicidio, lo que significa que las diferencias genéticas entre las personas pueden contribuir a esa variación (Baca et al., 2010; Correa & Pérez, 2005; Crisafulli et al., 2010; Mann & Currier, 2019). Sin embargo, también se reconoce que hay influencias ambientales significativas en el suicidio. Los trastornos mentales, como la depresión, los trastornos de ansiedad, el trastorno bipolar y la esquizofrenia, están asociados con un mayor riesgo de suicidio, y se ha encontrado evidencia de que la vulnerabilidad genética a estos trastornos puede aumentar la probabilidad de pensamientos e intentos suicidas (Beautrais et al., 2005; McGuffin & Katz, 2019). Los estudios con gemelos han proporcionado pruebas de la influencia genética en el riesgo de suicidio, ya que los gemelos idénticos, que comparten todo su material genético, tienen una mayor concordancia en los comportamientos suicidas en comparación con los gemelos no idénticos, que comparten solo la mitad de su material genético. Se ha investigado el papel de los genes relacionados con la serotonina, un neurotransmisor importante en la regulación del estado de ánimo y el comportamiento, en el riesgo de suicidio. Las variaciones en los genes que codifican

los receptores de serotonina y las enzimas involucradas en su metabolismo se han asociado con un mayor riesgo de suicidio (Giner, 2011).

- d) Los antecedentes familiares de suicidio también pueden implicar la transmisión de factores ambientales que aumentan el riesgo de suicidio. Esto puede incluir la exposición a situaciones estresantes, abuso, negligencia, trastornos mentales no tratados en la familia, historias de violencia y otros factores adversos en el entorno familiar (Arsenault-Lapierre, Kim & Turecki, 2004; Kann et al., 1999). Estos factores pueden contribuir a la aparición de problemas de salud mental en los miembros de la familia y aumentar el riesgo de comportamiento suicida. Además, el comportamiento suicida también puede ser aprendido a través de la observación y la imitación dentro de la familia (Sakinofsky, 2007). Si una persona ha crecido en un entorno donde los miembros de la familia han cometido suicidio, puede haber una mayor tendencia a considerar el suicidio como una opción viable debido a la influencia de los modelos de comportamiento (APA, 2003). Tener antecedentes familiares de suicidio no significa que una persona esté destinada a suicidarse. Los antecedentes familiares pueden aumentar el riesgo, pero no son una sentencia definitiva (Sakinofsky, 2007).
- e) Los intentos previos de suicidio son considerados un factor de riesgo importante en la evaluación del riesgo de suicidio futuro (Beautrais et al., 2005; Nock et al., 2008). Los estudios han demostrado que las personas que han hecho intentos previos de suicidio tienen un mayor riesgo (hasta 30 veces mayor) de realizar intentos adicionales o de morir por suicidio en comparación con aquellos que no han tenido intentos previos (OMS, 2014). Los factores de riesgo adicionales, como la presencia de trastornos de salud mental, la falta de apoyo social, el abuso de sustancias y la historia familiar de suicidio, pueden aumentar aún más el riesgo de suicidio (APA, 2003; Hawton, 2009; Sakinofsky, 2007).

- f) Las situaciones estresantes como las pérdidas personales, las pérdidas financieras, los problemas legales y los acontecimientos negativos pueden desencadenar una conducta suicida, especialmente en personas que presentan otros factores de riesgo (Arsenault-Lapierre, Kim & Turecki, 2004; Kann et al., 1999). Estas situaciones pueden ejercer una presión adicional sobre la salud mental de una persona y aumentar su vulnerabilidad hacia el suicidio. El divorcio, la separación y la muerte de un ser querido son situaciones estresantes que implican la pérdida de una relación significativa (Yoshimasu, 2008). Estos eventos pueden generar un profundo dolor emocional, sentimientos de soledad, desesperanza y desamparo, lo que aumenta el riesgo de suicidio (Nock, 2008; Sullivan & Bongar, 2009).
- g) Existe una relación significativa entre algunos trastornos mentales y el suicidio (Hawton, 2009; Nock, 2008; OMS, 2003) . Aunque no todas las personas con trastornos mentales tienen pensamientos suicidas, es importante reconocer que estos trastornos pueden influir en la vulnerabilidad de una persona. La depresión es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio (Beautrais, Collings & Ehrhardt, 2005). Las personas con depresión pueden experimentar una profunda sensación de desesperanza, falta de interés en la vida y síntomas graves que pueden llevar a considerar el suicidio como una forma de escape (Beck, 1975). Igualmente, las personas con trastorno bipolar, durante los episodios depresivos o durante las transiciones entre la depresión y la manía, el riesgo de suicidio puede ser alto debido a la desesperanza y al dolor emocional intenso (APA, 2003). Algunos trastornos de ansiedad, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno de pánico o el trastorno de ansiedad generalizada, pueden aumentar el riesgo de pensamientos suicidas (Nock et al., 2005). Otros problemas de salud mental asociados a la conducta suicida son los trastornos de la personalidad y los trastornos psicóticos. Algunos

trastornos de la personalidad, como el trastorno límite de la personalidad, están asociados con un mayor riesgo de suicidio (APA, 2003; Beautrais et al., 2005; Nock et al., 2005). El trastorno límite de la personalidad (TLP), el trastorno narcisista de la personalidad y el trastorno esquizotípico de la personalidad son algunos de los trastornos de la personalidad más conocidos en relación con el suicidio (Chapman et al., 2015). Estos trastornos de la personalidad están caracterizados por patrones persistentes de comportamiento, pensamiento y emociones desadaptativos, lo que puede contribuir a la aparición de ideación suicida (APA, 2014). Las personas con TLP a menudo experimentan emociones intensas y fluctuantes, dificultades en las relaciones interpersonales, impulsividad y una autoimagen inestable. Estos síntomas pueden aumentar la vulnerabilidad de una persona a la ideación suicida y a los intentos de suicidio. Los trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, también pueden estar relacionados con un mayor riesgo de suicidio (Chapman et al., 2015). Las personas con trastornos psicóticos pueden experimentar síntomas como alucinaciones, delirios y cambios en el pensamiento, lo que puede causar un sufrimiento significativo. Este sufrimiento psicológico y la dificultad para funcionar en la vida cotidiana pueden aumentar el riesgo de ideación suicida y de comportamiento suicida en estas personas (APA, 2014).

Por último, el abuso de sustancias, incluido el alcohol, y el trastorno de la conducta alimentaria pueden desempeñar un papel significativo en el aumento del riesgo de suicidio (GPC, 2020). Las estadísticas muestran que aproximadamente uno de cada cuatro individuos que se suicidan presenta abuso de alcohol u otras sustancias. El abuso de sustancias no solo se considera un factor de riesgo para el suicidio, sino que también puede actuar como un factor precipitante, lo que significa que puede desencadenar o intensificar pensamientos y comportamientos suicidas en personas

vulnerables hasta seis veces más en comparación con la población general (Yoshimasu, Kiyohara, Miyashita, 2008). Por su parte, la anorexia nerviosa presenta el mayor riesgo de suicidio. Específicamente, se ha observado que este riesgo es más alto en mujeres durante la adolescencia tardía, hasta cuatro veces mayor que en la población general (Beautrais et al., 2005; Sakinofsky, 2007).

- h) Algunas variables psicológicas están estrechamente relacionadas con la conducta suicida y, además suelen estar relacionadas con los problemas de salud mental. La desesperanza y la rigidez cognitiva están estrechamente relacionadas entre sí (Aguilera, Paz, Compañ, Medina & Feixas, 2019), y con el riesgo suicida (Beautrais et al., 2005, Williams & Pollock, 2000). La desesperanza puede surgir de diversas situaciones, como problemas de salud mental, dificultades emocionales, pérdida de seres queridos, problemas financieros, relaciones conflictivas o traumas. Cuando una persona enfrenta circunstancias difíciles y no ve una solución o un cambio positivo en su futuro, puede perder la motivación para seguir adelante y comenzar a considerar el suicidio como una opción (Beck, 1967). Por su parte, la rigidez cognitiva a menudo está asociada con ciertos trastornos psicológicos, como el trastorno del espectro autista, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y algunos trastornos de ansiedad. Además, ciertos rasgos de personalidad como la agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad, que a menudo se presentan en conjunto con algunos trastornos mentales, y pueden tener un impacto en la predisposición de una persona a experimentar pensamientos o llevar a cabo acciones suicidas (O'Connor, 2007; Brezo, Paris & Turecki, 2006).

2.3.1. Suicidio y situaciones de crisis como factor de riesgo

La salud y la calidad de vida de las personas están fuertemente influenciadas por

los contextos sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales (OMS, 2021). En este sentido, la crisis sanitaria derivada del COVID-19 fue un evento vital que pudo impactar negativamente en la salud mental de las personas (Solomou y Constantinidou, 2020; Gualano, Lo Moro, Voglino, Bert y Sliquini, 2020; Bartoll, Palencia, Malmusi, Suhrcke y Borrel, 2014; Cairns, Graham y Bambra, 2017; 6. Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2013; Haw, Hawton, Gunnell y Platt, 2015; Milner, Page y La Montagne, 2015) y se temió que pudiera aumentar el riesgo de muertes por suicidio, como ha ocurrido en otras crisis (Bartoll et al., 2014; Cairns et al., 2017; Gili et al., 2013; Haw et al., 2015; Milner et al., 2014), debido a sus repercusiones destructivas directas o indirectas sobre el bienestar social, la salud mental, la vivienda, el trabajo y la seguridad financiera. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que las tasas de suicidio pueden disminuir durante o inmediatamente después de una crisis, y el riesgo varía de un grupo de personas a otro debido, entre otros aspectos, a factores culturales, religiosos, genéticos y socioeconómicos (Cairns et al, 2017). De hecho, en términos generales, no parece haber una tendencia clara de casos de suicidio después, por ejemplo, de un desastre natural (Kölves, Kölves, y De Leo, 2013).

Como ejemplo de las consecuencias derivadas de una crisis global, los datos de mortalidad de 27 países europeos en el período de recesión económica de 2008 (Chang, Stuckler, Yip y Gunnell, 2013) mostraron un aumento de muertes por suicidio en hombres durante el primer año poscrisis (2009) en comparación con los ocho años precrisis de 2000-2007 (Riesgo Relativo [RR] = 1,042; IC: 1,035-1,081), mientras que en mujeres se mantuvo estable (RR = 1,003; IC: 0,995-1,010).

En España durante la misma crisis, la comparación pre-post (2006-2007 vs. 2011-2012) mostró un aumento en la prevalencia de problemas de salud mental entre los hombres (RR = 1,15; IC: 1,04-1,26), mientras que en las mujeres, hubo una ligera

disminución (RR = 0,92, IC: 0,87-0,98) (Bartoll, Palència, Malmusi, Suhrcke, & Borrell, 2014). En el mismo contexto, la tasa de intentos de suicidio aumentó para ambos sexos durante los 5 años posteriores al inicio de la crisis (2008-2012) en comparación con el período anterior a la crisis (2003-2007) (Córdoba-Doña, San Sebastián, Escolar-Pujolar, Martínez-Faure y Gustafsson, 2014), y la tasa de suicidios consumados experimentó un aumento global del 8% durante el período 2005-2010, siendo mayor en hombres (RR = 1,10; IC: 1,026-1,179) que en mujeres (RR = 1,013; IC: 0,894-1,149) (López, Gasparini, Artundo y McKee, 2013).

Con respecto a las consecuencias esperadas para la salud durante una crisis sanitaria, el antecedente inmediato fue la epidemia del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) de 2003 en la que se presentaron algunos factores de riesgo biopsicosociales para el suicidio, como la soledad, la desconexión social, el acceso limitado a la atención médica y el estrés. El miedo de las personas a padecer dichas consecuencias, se asociaron con una tasa excepcionalmente alta de muertes por suicidio en mayores de 65 años, pasando de 28,44 por 100.000 habitantes en 2002 a valores en el rango de 37,46 a 40,35 según los diferentes estudios (Chan, Chiu, Lam, Leung y Conwell, 2006; Cheung, Chau y Yip, 2008, Yip et al., 2010). En concreto, la desconexión social y la soledad, especialmente en los ancianos, pudieron generar o potenciar síntomas depresivos (Honjo et al., 2018) y conductas suicidas (Beutle et al., 2017, Calati et al, 2019, Klonsky, May y Saffer, 2016, Rugo et al., 2020, Van Order et al., 2010; Bennardi et al., 2019).

La crisis sanitaria del COVID-19 ha tenido un impacto sin precedentes a nivel mundial, tanto en términos de salud pública como en aspectos sociales, económicos y políticos (OMS, 2020). El virus SARS-CoV-2, se propagó rápidamente por todo el mundo, convirtiéndose en una pandemia global. El 11 de marzo de 2020, la Organización

Mundial de la Salud (OMS) declaró el COVID-19 como una emergencia de salud pública de preocupación internacional, lo que llevó a la implementación de medidas sin precedentes en la mayoría de los países.

Tal situación ha planteado diversos desafíos a la comunidad científica. Se han realizado estudios para comprender mejor la epidemiología de la enfermedad, identificar factores de riesgo y desarrollar estrategias de control eficaces. Los científicos y expertos en salud se han centrado en entender la biología del virus, su transmisión y las medidas preventivas necesarias para frenar su propagación. La investigación también ha explorado los aspectos sociales de la crisis, analizado el impacto psicológico del confinamiento y el distanciamiento social en la salud mental de las personas.

En España, cuando la OMS declaró la situación de emergencia el gobierno del país inmediatamente adoptó las primeras medidas urgentes para hacer frente a la propagación de la enfermedad y su impacto económico (Gobierno de España, 2020). Unos días después, el 14 de marzo de 2020, declaró el estado de alarma para gestionar la situación de crisis sanitaria en todo el territorio nacional. El confinamiento fue la primera medida adoptada. Entre ellas, la “limitación de la libertad de circulación de las personas”, lo que supuso que toda la población española permaneciera confinada en sus domicilios durante el tiempo que estuvo en vigor el estado de alarma (Ministerio de la Presidencia, 2020). Estas medidas extraordinarias sufrieron seis prórrogas continuas hasta las 00:00 h del 21 de junio (Ministerio de la Presidencia, 2020b).

Estas restricciones en la vida cotidiana generaron una serie de estresores capaces de afectar directamente la salud de las personas (Solomou et al., 2020; Gualano et al., 2020); Balluerca, Gómez, Hidalgo et al., 2020; Orgilés, Morales, Delvecchio et al., 2020; Wang, Pan, Wan et al., 2020). La duración del confinamiento, la falta de información, el miedo a enfermar o contagiar a los demás, la frustración por no poder realizar actividades

cotidianas como salir de casa, la pérdida de libertad, la separación del entorno, y la incertidumbre fueron algunos de los estresores psicosociales asociados a la situación de crisis sanitaria que fueron potenciales generadores de efectos psicológicos negativos durante la pandemia (Brooks, Webster, Smith et al., 2020), efectos que podrían ser factores de riesgo para la conducta suicida (Bartoll et al., 2014; Cairns et al., 2017; 6. Gili et al., 2013; Haw et al., 2015; Milner et al., 2015)

Los primeros estudios durante los primeros meses de la pandemia no encontraron un aumento significativo de muertes por suicidio. De hecho, mientras algunos indicaron la ausencia de diferencias significativas en cualquier dirección (Faust, Shan, Du et al., 2021; Leske, Kõlves, Crompton, Arensman y De Leo, 2021; Radeloff, Papsdorf, Uhlig et al., 2021) otros encontraron una disminución de los suicidios durante el confinamiento en los primeros meses de la pandemia (Tanaka y Okamoto, 2021; Anzai Fukui, Ito, Ito y Takahashi, 2021; Quin y Mehlum, 2021; Kim, 2021; Deisenhammer y Kemmler, 2021; Calderon-Anyosa y Kaufman, 2021).

En Massachusetts (EE. UU.), no se observaron diferencias significativas en la tasa de incidencia de suicidios registrada desde marzo a mayo de 2020 en comparación con el mismo período del año 2019 (RR = 0,94; IC: 0,76-1,15) (Faust et al., 2021), tampoco se encontraron diferencias significativas en Australia al comparar las tasas para el período de febrero a agosto de 2020 con el mismo período de 2015 a 2019 (RR = 0,94; IC: 0,82-1,06) (Leske et al., 2021).

Sin embargo, en Austria se observó una disminución significativa de casos de suicidio en los primeros 6 meses de la respuesta a la pandemia (de abril a septiembre de 2020) en comparación con la media de los años 2006 a 2019 (chi-cuadrado = 4,553, df = 1, p = 0,033), aunque la comparación por trimestres solo mostró significación para el de julio a septiembre (chi-cuadrado = 4,21, gl = 1 p = 0,040) [39]. En Leipzig (Alemania),

se registró una reducción intra-anual de suicidios entre los meses de confinamiento y no confinamiento de 2020, aunque no se encontraron diferencias significativas cuando la comparación fue con los años 2015-2019 (RR = 1,084; IC: 0,665– 1.766) (Radeloff et al, 2021) En la misma línea, una investigación en Japón (Tanaka y Okamoto, 2021) encontró una disminución del 14% durante los meses de febrero a junio (RR = 0,86; IC: 0,82-0,90) y un aumento del 16% durante los meses de julio a octubre (RR = 1,16). ; IC: 1,11-1,21) con respecto a los 5 años anteriores, aunque otro estudio en Japón, que comparó el período de marzo a junio de 2020 con el mismo período de los 10 años anteriores (Anzai et al., 2021), no encontró diferencias significativas, pero encontró una disminución general en los casos. Noruega (Qin y Mehlum, 2021) y Corea (Kim, 2021) ha publicado estadísticas para los primeros meses de la pandemia. Ambos estudios indican una reducción en los casos de suicidio en comparación con años anteriores, aunque ninguna publicación incluyó análisis estadísticos.

2.3.2. Suicidio y Violencia de Pareja como factor de riesgo

La violencia física, sexual o psicológica por parte de la pareja o expareja (VP) es la forma más común de violencia contra las mujeres (OMS, 2017). La violencia física incluye cualquier acto que cause daño físico o lesiones a la mujer, como golpes, patadas, empujones, estrangulamientos, entre otros. La violencia sexual implica actos sexuales no consentidos o forzados, como violación, agresión o coerción sexual. Y la violencia psicológica abarca una amplia gama de comportamientos que buscan controlar y ejercer poder sobre la mujer, como amenazas, humillaciones, intimidaciones, insultos, manipulación emocional y aislamiento social.

El problema de la violencia de pareja es extremadamente grave y tiene consecuencias devastadoras para las personas afectadas y para la sociedad en su conjunto (Campbell et al., 2002; Blasco-Ros, Sánchez-Lorente & Martínez, 2010; Devries et al.,

2011; Dillon, Hussain, Loxton & Rahman, 2013; Krebs et al., 2011; Martín-Fernández, García & Lila, 2019; Pico-Alfonso, Garcia-Linares & Celda-Navarro, 2006; OMS, 2017). Tal es su impacto que se considera un grave problema de salud pública y derechos humanos a nivel mundial (Sardinha Maheu-Giroux, Stöckl, Meyer & García-Moreno, 2022).

Las estadísticas sobre violencia de género varían en cada país y región, y es importante tener en cuenta que muchos casos no se denuncian debido al miedo, la vergüenza, la falta de apoyo o la impunidad. Sin embargo, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente una de cada tres mujeres en el mundo ha experimentado violencia física o sexual en algún momento de su vida. Según el metaanálisis más reciente (OMS, 2017), entre los años 2000 y 2018 la prevalencia de este tipo de violencia fue del 27%, por lo que se estima que hasta 753 millones de mujeres casadas o con pareja mayores de 15 años edad se han sido víctimas de violencia de pareja al menos una vez en la vida. En España, la violencia de género sigue siendo una preocupación significativa. Según el Ministerio de Igualdad de España, en 2020 se presentaron más de 95,000 denuncias por violencia de género, y se produjeron 45 feminicidios (asesinatos de mujeres por razones de género). En la región de Extremadura el panorama es igualmente alarmante. Según la Macroencuesta de violencia contra las mujeres de 2019, la prevalencia de violencia psicológica concurrente con otro tipo de violencia (física y/o sexual) en la población general alcanzó el 24% (Ministerio de Igualdad, 2019).

La gravedad de este problema ha generado un interés continuo en los factores relacionados con la violencia de pareja con el fin de desarrollar modelos explicativos que ayuden a comprender este fenómeno y a abordarlos de manera efectiva a través de la investigación (Gracia-Leiva, Puente y Ubillos-Landa, 2019; Enríquez-Canto, Ortiz-

Montalvo, Ortiz-Romaní & Díaz-Gervasi, 2020; Puente-Martínez, Ubillos-Landa, Echeburúa & Páez, 2016). En los últimos años, se han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre los factores de riesgo asociados a la violencia contra las mujeres. Estos estudios (Abramsky et al., 2011; Devries et al., 2011; Guillén, Panadero, Rivas & Vázquez, 2015; Krebs, Breiding, Browne & Warner, 2011; Mannell et al., 2022; Tokuç, Ekuklu & Avcioğlu, 2010) han examinado diversas características demográficas, como la edad, el estado civil, el nivel educativo y la situación laboral. Además, se ha estudiado en profundidad algunos aspectos especialmente relevantes como son, el tiempo de relación y convivencia con la pareja agresora (Cafferky, Méndez, Anderson & Stith, 2017; Johnson et al., 2017; Makaroun, Brignone, Rosland & Dichter, 2020; Ogden, Dichter & Bazzi, 2022; Puente-Martínez et al., 2016), los diferentes tipos de maltrato que experimentan las mujeres (García-Moreno, Heise, Jansen, Ellsberg & Watts, 2005; Kim, 2017), y también la historia familiar de abuso (maltrato infantil, historial de abuso sexual, etc.) (Abramsky et al., 2011; García-Leiva et al., 2019; Mannell et al., 2022; Park & Kim, 2018).

Respecto a los tipos de abuso experimentado por parte de las mujeres víctimas de maltrato, ya se ha mencionado que éstos pueden ser muy diversos (García-Moreno et al., 2005). Algunos estudios (Blasco-Ros, Sánchez-Lorente & Martínez, 2010; Devries et al., 2011; Krebs et al., 2011; Martín-Fernández, García & Lila, 2019; Pico-Alfonso, García-Linares & Celda-Navarro, 2006) indican que la violencia psicológica, caracteriza por el uso de tácticas verbales o emocionales para controlar, dominar o manipular a la víctima, es el tipo de violencia que suele estar presente en la mayoría de los casos, ya sea de forma aislada o combinada con violencia física y/o sexual (VPP+). Es importante destacar que la combinación de las diferentes formas de violencia puede tener un impacto aún más perjudicial para la salud y el bienestar de las mujeres (Blasco-Ros et al., 2010; Devries et

al., 2011; Krebs et al., 2011; Martín-Fernández et al., 2019; Pico-Alfonso et al., 2006) .

La violencia de pareja puede tener consecuencias físicas para las víctimas (Dillon, Hussain, Loxton & Rahman, 2013; OMS, 2017), siendo mayor el número de problemas de salud cuando el abuso ha sido temporalmente cercano, experimentando problemas de salud a largo plazo, incluso una vez finalizada la experiencia de abuso, debido a las lesiones sufridas durante el abuso, el estrés crónico y los efectos acumulativos del trauma (Campbell et al., 2002). En este sentido, secuelas físicas como el dolor crónico pueden ser debilitantes y dificultar la capacidad de las mujeres para participar en actividades diarias, disfrutar de la vida y mantener relaciones saludables. Estos desafíos pueden dar lugar a síntomas depresivos y una sensación de desesperanza, dos factores asociados a un mayor riesgo de conducta suicida (Bacchus, Ranganathan, Watts & Devries, 2018; Cohen, Seff, Ssewamala, Opobo & Stark, 2020; Losa-Martínez & Canetti-Wasser, 2019; OMS, 2017; Vega-Hernández, Antón-Rubio & Pérez-Fernández, 2022; Wagner et al, 2021).

La violencia en las relaciones íntimas también puede causar problemas neuropsicológicos (Campbell et al., 2002; Vega-Hernández et al., 2022) o psicológicos (Bacchus et al., 2018; Cohen et al., 2020; Llosa-Martínez y Canetti-Wasser, 2019), incluyendo intentos de suicidio e ideación suicida (Castellví et al., 2017; Franklin et al., 2017; Makaroun et al., 2020). Según el estudio de Campbell et al. (2002) y Vega-Hernández et al. (2022), esta violencia puede incluir agresiones físicas, emocionales o sexuales, y puede tener un impacto significativo en la salud cerebral y el funcionamiento cognitivo de las víctimas. Algunas de las consecuencias neuropsicológicas comunes asociadas con la violencia de pareja incluyen dificultades de atención, problemas de memoria, trastornos del sueño, cambios en el estado de ánimo y trastorno de estrés postraumático.

Además, la violencia de pareja también está relacionada con problemas psicológicos. Los estudios de Bacchus et al. (2018), Cohen et al. (2020) y Llosa-Martínez y Canetti-Wasser (2019) han demostrado que las personas que experimentan violencia en sus relaciones íntimas son más propensas a desarrollar trastornos de ansiedad, depresión, baja autoestima, trastornos de la alimentación y adicciones.

La ideación suicida y los intentos de suicidio también son riesgos significativos asociados con la violencia de pareja. Los estudios de Castellví et al. (2017), Franklin et al. (2017) y Makaroun et al. (2020) han encontrado una fuerte asociación entre la violencia de pareja y un mayor riesgo de ideación y comportamientos suicidas. La violencia repetida, el control coercitivo y la victimización crónica pueden llevar a sentimientos de desesperanza, desesperación y aislamiento, lo que aumenta el riesgo de suicidio.

Los datos provenientes del Ministerio de Igualdad (2020) en relación a las consecuencias de la violencia de pareja en la Comunidad de Extremadura, destacan varias consecuencias significativas en las víctimas.

En primer lugar, se mencionan los daños físicos como lesiones y hematomas, que afectaron a un porcentaje considerable de las víctimas (20-40%). Esto resalta el impacto físico directo que la violencia de pareja puede tener en las víctimas. En cuanto a las consecuencias psicológicas, se observa una alta prevalencia de depresión (45,4%) y ansiedad (47,3%). Estos trastornos son comunes en personas que han experimentado violencia de pareja debido al estrés y trauma asociados con la situación abusiva. Además, se mencionan los problemas para dormir o comer, afectando al 48,6% de las víctimas. Estos cambios en los patrones de sueño y alimentación son comunes en situaciones de estrés y pueden tener un impacto negativo en la salud general de las personas afectadas. Por otro lado, la pérdida de autoestima es otra consecuencia significativa, afectando al

61% de las víctimas. La violencia de pareja puede erosionar la confianza y el sentido de valía personal de una persona, lo que lleva a una disminución de la autoestima, y la desesperanza también es un problema importante, afectando al 50% de las víctimas. Este sentimiento de desesperanza y falta de perspectiva de mejora en la situación puede ser muy perjudicial para el bienestar emocional. Por último, se mencionan los pensamientos suicidas o intentos de suicidio, con una prevalencia del 12,3%. Esto destaca el grave riesgo de suicidio al que se enfrentan algunas personas que sufren violencia de pareja (Franklin et al., 2017; Gerino, Caldarera, Curti, Brustia & Rollè, 2018; Makaroun et al., 2020).

El abuso psicológico es el tipo de violencia de pareja que ha recibido más atención en los estudios sobre el comportamiento suicida. En este sentido, la desesperanza es especialmente relevante en la aparición de la ideación suicida y los intentos previos de suicidio (Constanza et al., 2022; Klonsky & May, 2015; O'Connor & Kirtley, 2018; Ribeiro et al., 2016; Turecki & Brent, 2016). En este sentido, cabe señalar que los síntomas depresivos, incluida la desesperanza, tienen una alta incidencia entre las mujeres victimizadas (Campbell et al., 2002; Makaroun et al., 2020; Wolford-Clevenger & Smith, 2017) y que la desesperanza sí actúa como mediadora entre el abuso y la conducta suicida (CS) (Joiner, 2005; Klonsky, May & Saffer, 2016). Asimismo, se ha encontrado un mayor grado de asociación entre la desesperanza y los intentos de suicidio cuando de hecho hay antecedentes de tentativas (Constanza et al., 2022; Klonsky & May, 2015; O'Connor & Kirtley, 2018; Ribeiro et al., 2016; Turecki & Brent, 2016; Wolford-Clevenger & Smith, 2017). Los antecedentes de intentos de suicidio previos se consideran un factor de riesgo importante para futuros intentos. Los estudios han demostrado que el riesgo de intento de suicidio aumenta sustancialmente después de una primera tentativa, dado que la presencia de intentos de suicidio anteriores indica una mayor vulnerabilidad y un mayor grado de

desesperanza en una persona (Carballo et al., 2020; Defayette, Adams, Whitmyre, Williams & Esposito-Smythers, 2020; Tondo et al., 2020; Turecki & Brent, 2016).

Por lo tanto, la desesperanza, la ideación suicida y los intentos de suicidio son aspectos críticos que se asocian con un mayor riesgo de conductas suicidas. Numerosos estudios han respaldado esta conexión (Carballo et al., 2020; Constanza et al., 2022; Defayette, Adams, Whitmyre, Williams & Esposito-Smythers, 2020; Joiner, 2005; Klonsky et al., 2016; O'Connor & Kirtley, 2018; Ribero et al., 2016; Tondo et al., 2020).

Estos factores adquieren especial importancia al evaluar el riesgo de suicidio en mujeres que han experimentado violencia de pareja. La exposición a la violencia de pareja puede tener un impacto significativo en la salud mental y emocional de las mujeres, lo que aumenta la vulnerabilidad hacia las conductas suicidas.

La desesperanza, como una sensación de falta de esperanza o expectativas negativas sobre el futuro, puede intensificarse en mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja. Estas experiencias traumáticas pueden socavar su confianza en sí mismas y en su capacidad para construir una vida mejor.

La ideación suicida, que implica pensamientos recurrentes o persistentes sobre el deseo de morir, también puede verse afectada por la violencia de pareja. El estrés crónico, el miedo constante y la sensación de atrapamiento pueden generar una carga emocional abrumadora que contribuye a la aparición de pensamientos suicidas.

Además, los intentos de suicidio, que son actos concretos de autolesión con la intención de terminar con la vida, son una manifestación extrema de la desesperación y la ideación suicida. Las mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja pueden verse impulsadas a recurrir a esta medida desesperada como una forma de escape o para buscar alivio del sufrimiento emocional.

La diferencia entre ideación e intentos de suicidio es otro aspecto importante para

considerar en el análisis de las conductas suicidas. Estos comportamientos (ideación e intentos) actualmente se consideran estrechamente relacionados, aunque requieren diferentes explicaciones y tienen diferentes predictores (O'Connor & Kirtley, 2018). Este hecho se refleja, como ya se ha mencionado, en la “teoría de los tres pasos del suicidio” y “el modelo integrado motivacional-volitivo de la conducta suicida” Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015; Klonsky et al., 2016; O'Connor & Kirtley, 2018). Estos dos enfoques teóricos intentan explicar la aparición de las ideas de suicidio y su génesis hasta llegar a los intentos. En definitiva, ambos postulan que la percepción de la inmutabilidad de las circunstancias vitales (e.g., la desesperanza), jugaría un papel modulador clave en la evolución y severidad de los distintos tipos de conductas suicidas, habiéndose sugerido que el dolor emocional producido por cualquier acontecimiento vital o circunstancia personal podría ser el antecedente cercano de ideación suicida. Además, estos marcos explicativos sugieren, con mayor o menor énfasis, que la pérdida del miedo al dolor y a la muerte necesaria para poder llevar a cabo un acto suicida puede provenir de la vulnerabilidad genética, aunque también puede adquirirse por habituación a dolor físico y/o emocional después de una exposición prolongada o crónica a dichos factores estresantes.

En el contexto de la violencia de pareja, la percepción de inmutabilidad (desesperanza) del maltrato vivido por las mujeres se considera el hecho o circunstancia personal capaz de desencadenar la ideación suicida. Además, la duración de la relación, y el período de convivencia con el agresor, conduciría a una exposición prolongada a los abusos que, posteriormente, incrementaría la habituación al maltrato físico y/o emocional. Estos dos factores (desesperanza y habituación) son la clave para perder el miedo al dolor y a la muerte, lo que podría, en última instancia, llevar a las mujeres víctimas de abuso a realizar intentos de suicidio.

2.3.3. *Prevención y atención sanitaria a la conducta suicida*

La naturaleza multifactorial del suicidio lo convierte en un fenómeno complejo, y su prevención requiere estrategias integrales y multisectoriales (OMS, 2014). Uno de estos sectores, el sistema sanitario es especialmente relevante para la prevención e intervención del suicidio y representa un entorno propicio para implementar estrategias específicas para la detección y abordaje de las conductas suicidas. De hecho, una proporción importante de las personas que mueren por suicidio acuden a los diferentes centros de salud (centros de atención primaria y servicios de salud mental) durante el último año, meses o incluso días antes de suicidarse (Ahmedani et al., 2014; Ahmedani et al., 2019; Fradera et al., 2022; Luoma, Martín & Pearson, 2002). La mayoría de ellos sufre problemas de salud mental, que incluyen trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados con angustia significativa, deterioro en el funcionamiento o riesgo de autolesión (OMS, 2021). Además, los intentos de suicidio son más frecuentes entre las personas que sufren o han sufrido trastornos psicológicos y emocionales (Defayette et al., 2020; Fawcett et al., 1990; Fradera et al., 2022; Klonsky et al., 2016; Rahman, Al Zubayer, Al Mazid Bhuiyan, Jobe, Ahsan Khan, 2021). En este sentido, algunos estudios (Luoma et al., 2002) estiman que una gran proporción de estas muertes están asociadas a problemas de salud mental, aunque la cifra real reportada varía según los diferentes autores (Milner, Sveticic & De Leo, 2013). Sin embargo, la suicidalidad, entendida como la tendencia o propensión de una persona a tener pensamientos, sentimientos o comportamientos relacionados con el deseo de poner fin a su propia vida (ideas pasivas de muerte, ideación suicida, actos preparatorios para el suicidio, comportamiento auto-lesivo, intentos suicidas y suicidio), puede ocurrir en ausencia de cualquier factor de riesgo identificable (por ejemplo, antecedentes psiquiátricos o intento de suicidio previo) (Milner et al., 2013; Raue, Ghesquiere & Bruce,

2014; Ryan & Oquendo, 2020; Jordan & McNiel, 2020) por lo que estas predisposiciones pueden pasar desapercibidas en ocasiones en los servicios de salud ya que la persona involucrada se considera de bajo riesgo (Large, Ryan, Carter & Kapur, 2017). Por tanto, es crucial resaltar que un gran número de personas que sufren de problemas psicológicos no han tenido acceso a servicios especializados, lo que implica que su tratamiento y seguimiento se lleva a cabo dentro del ámbito de la atención primaria (Ahmedani et al., 2014; Luoma et al., 2002; Ministerio de Sanidad, 2022). En este sentido, es fundamental reconocer el papel vital que desempeña este servicio en la prevención del suicidio. De hecho, varios estudios (Ilgen et al., 2012) han indicado que las personas que terminan por suicidarse suelen recurrir con regularidad a este servicio. Además, el servicio de salud mental constituye un entorno preparado y propicio para la identificación y prevención de conductas suicidas, ya que es común que las personas con trastornos de salud mental y antecedentes de intentos de suicidio sean vigiladas y monitoreadas a través de este servicio (Turecki & Brent, 2016; Carballo et al., 2020).

2.4. Investigación sobre la conducta suicida

Émile Durkheim (1955) apuntaba que el problema básico de la investigación sobre el fenómeno suicida debía ser interrelacionar la historia vital de las personas que se suicidan o intentan suicidarse con las variables sociodemográficas, sobre la hipótesis de que determinados entornos sociales podrían inducir, perpetuar o agravar las conductas suicidas.

En epidemiología, es fundamental comprender los factores que influyen en la aparición de enfermedades y su propagación en una población. Como ya ha sido mencionado, los factores de riesgo son variables o características que se asocian con un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad, mientras que los factores de confusión son variables que pueden distorsionar la asociación entre un factor de riesgo y una

enfermedad. Los factores de riesgo, así como los factores de confusión y sus interacciones, se pueden analizar utilizando técnicas multivariantes (Álvarez, 1996). Las técnicas multivariantes son herramientas estadísticas que permiten analizar simultáneamente múltiples variables y sus relaciones en un conjunto de datos. Estas técnicas son especialmente útiles en epidemiología, donde hay múltiples factores que pueden influir en la ocurrencia de una enfermedad. Al aplicar técnicas multivariantes, como el análisis multivariado, se busca identificar la asociación estadística entre los factores de riesgo y la enfermedad de interés. El análisis multivariado permite controlar los efectos de los factores de confusión al considerarlos simultáneamente en el modelo estadístico. Al hacerlo, se intenta aislar la asociación específica entre el factor de riesgo y la enfermedad, eliminando o reduciendo la influencia de otros factores que podrían afectar la relación. Es importante tener en cuenta que la asociación estadística identificada mediante el análisis multivariado no implica necesariamente una relación causal (Sander, 1985). La causalidad es un concepto complejo y generalmente requiere de estudios más específicos, como ensayos clínicos aleatorizados o estudios longitudinales, para establecer relaciones de causa y efecto de manera más sólida. El análisis multivariado también puede proporcionar información sobre las interacciones entre los factores de riesgo y los factores de confusión. Las interacciones ocurren cuando los efectos de dos o más variables juntas son diferentes a la suma de sus efectos individuales. Identificar estas interacciones puede ser crucial para comprender cómo los factores de riesgo y los factores de confusión se influyen mutuamente en la ocurrencia de una enfermedad.

Con respecto al estado actual de la prevención del suicidio, existe una amplia literatura sobre la efectividad de su detección temprana (O'Connor, Gaynes, Burda, Soh & Whitlock, 2013; Spottswood, Lim, Davydow & Huang, 2022). Este interés surge de la necesidad de determinar las características específicas del riesgo de suicidio en personas

con o sin problemas psicológicos que reciben atención sanitaria (Sanderson et al., 2020; Simon et al., 2018; Ahmedani et al., 2022). Algunos estudios (Ahmedani et al., 2022, Franklin et al., 2017), muestran que la identificación del riesgo suicida necesita evolucionar hacia estrategias de detección más precisas que las basadas en los factores generales tradicionalmente asociados a la conducta suicida (problemas de salud mental, enfermedad crónica, soledad, desesperanza, etc.). Por este motivo, actualmente se está trabajando en la construcción de modelos predictivos mediante algoritmos basados en información clínica (Reger, McClure, Ruskin, Carter & Reger, 2018; Huang et al., 2022; Sanderson, Bulloch, Wang, Williamson & Patten, 2020).

Sin embargo, aunque los modelos de predicción del suicidio generan clasificaciones precisas, su efectividad para predecir un evento futuro sigue siendo baja (Belsher et al., 2019). Además, para que la implementación de este tipo de sistemas de detección de riesgo de suicidio sea efectiva, los datos que requiere el sistema para realizar las predicciones necesitan una actualización continua, y esta metodología requiere una capacidad informática muy sofisticada (Simon et al., 2019). En consecuencia, la práctica futura apunta hacia la evaluación del riesgo clínico realizada por profesionales de la salud con el apoyo de información estadística del sistema de salud (Ahmedani et al., 2014; Reger et al., 2018; Ryan et al., 2020; Simon et al., 2021). En este sentido, la investigación tradicional sobre los factores de riesgo de suicidio y el uso de herramientas para detectarlos, aunque con limitaciones, sigue siendo un componente esencial del conjunto de estrategias que pueden ayudar a identificar a las personas en riesgo (Chan et al., 2016; O'Connor et al., 2013; Runeson et al., 2017; Riblet et al., 2022; Zalsman et al., 2016).

2.5. Estado actual de la prevención del suicidio en España

Hoy en día no existe un plan específico de prevención del suicidio a nivel estatal en España. Si bien España cuenta con una Estrategia en Salud Mental (Ministerio de

Sanidad, 2021), evaluada y actualizada para 2022-2026, esta estrategia no tiene un objetivo específico para la prevención del suicidio.

Es cierto que se han impulsado diversas medidas e iniciativas legislativas para abordar esta carencia. En el Congreso de los Diputados se planteó la actualización de la Estrategia de salud mental, con una redefinición de los objetivos y acciones de prevención del suicidio. Sin embargo, en 2016, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2016) rechazó la actualización propuesta por el Ministerio de Sanidad debido a la falta de consenso entre algunas comunidades autónomas.

En 2017, se presentaron Propositiones No de Ley (PNL) relacionadas con la actualización de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Congreso de los Diputados, 2017). Estas proposiciones fueron planteadas por el Grupo Parlamentario Socialista y el Grupo Parlamentario Popular, respectivamente. Además, en ese mismo año, el Grupo Parlamentario Mixto, registró una proposición no de ley a la Mesa de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales, instando al Gobierno Central a desarrollar un Plan Nacional de Prevención contra el Suicidio con medidas, políticas y programas concretos actualmente inexistentes en España. Es cierto que las proposiciones no de ley no son vinculantes y no tienen carácter de ley, por lo que su impacto es limitado.

A nivel autonómico, existen diferentes planes y programas entre los que se encuentran el de Cataluña (Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, 2015), Valencia (Generalitat de Valencia, 2017), Extremadura (Martín-Morgado et al., 2017), Galicia (Conselleria de Sanidade, 2017), Asturias (Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, 2018), Castilla-La Mancha (Gobierno de Castilla La-Mancha, 2018), País

Vasco (Gobierno Vasco, 2019), Navarra (Servicio Navarro de Salud, 2020) y Castilla y León (Consejería de Sanidad de Castilla y León, 2022)

A continuación se resume el contenido de las distintas iniciativas en materia de prevención del suicidio a nivel autonómico:

1. En Cataluña El Programa Código Riesgo Suicidio (2015), también conocido como "Codi Risc Suicidi", es un protocolo creado en el ámbito sanitario de con el objetivo de detectar y manejar adecuadamente el riesgo de suicidio en todos los ámbitos, además de asegurar la coordinación entre los diferentes profesionales y entidades involucradas. El programa tiene como finalidad mejorar la detección temprana de las personas en riesgo de suicidio y proporcionarles una atención adecuada. Para lograrlo, se establecen pautas claras y protocolos de actuación para los profesionales de la salud, tanto en atención primaria como en servicios especializados de salud mental. Uno de los componentes clave del programa es el registro de casos, que permite recopilar información sobre las personas en riesgo de suicidio para poder priorizar su atención y seguimiento. Este registro ayuda a identificar patrones y tendencias, lo que a su vez puede contribuir a la mejora de las estrategias de prevención y atención en el futuro. Además, el programa busca fomentar la colaboración y coordinación entre los diferentes actores involucrados en la atención de personas en riesgo de suicidio, como profesionales de la salud, servicios sociales, educación y otros. Esto permite una intervención integral y multidisciplinaria, que aborda tanto los aspectos médicos como los psicosociales de manera coordinada.
2. En Valencia, en mayo de 2017 se presenta el primer Plan de prevención del

suicidio y manejo de la conducta suicida de la Comunidad Valenciana, contemplado en la Estrategia Autonómica De Salud Mental 2016-2020. Incluye 5 líneas estratégicas, orientadas a la promoción de la salud mental y prevención (mejora de la información en la población general y, lucha contra el estigma en salud mental), mejora en la detección precoz del riesgo y manejo, en diferentes grupos vulnerables como mujeres víctimas de violencia de género, infancia y adolescencia, personas mayores, sin hogar, en el ámbito penitenciario y con problemas de salud mental en general y conducta suicida en particular, formación de profesionales y apuesta por la investigación epidemiológica.

3. En Extremadura, el II Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas se presenta en septiembre de 2018, y deriva de las líneas estratégicas del III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020. Supone un plan de actuación multinivel. Han iniciado acciones de formación en el ámbito de la salud a atención primaria y salud mental, con idea de realizar formación avanzada en 2019 y formación online, especialmente para los residentes de salud mental.

El objetivo principal es abordar de manera integral y efectiva el riesgo suicida, mejorando la evaluación del riesgo y la atención a nivel de Atención Primaria y Salud Mental. Para lograr esto, se plantean una serie de acciones estratégicas. El Plan, propone mejorar la formación de los profesionales de la salud en la evaluación del riesgo suicida, a través de programas de capacitación específicos. Estos programas proporcionarán herramientas y guías actualizadas para abordar adecuadamente las situaciones de riesgo suicida en diferentes contextos de atención médica. En este sentido, se busca implementar un enfoque de atención prioritaria para los casos de suicidio, estableciendo un código suicidio. Este

código tiene como objetivo garantizar una evaluación temprana y una derivación oportuna a los servicios de Salud Mental en un plazo máximo de 72 horas. Además, se plantea desarrollar un Plan Protocolizado de Gestión del Riesgo Suicida, que establecerá los pasos a seguir para gestionar de manera efectiva estos casos. De este modo, se pretende mejorar la recopilación y análisis de la información epidemiológica relacionada con el suicidio. Esto implica actualizar y mejorar los sistemas de recopilación de datos, y utilizar esta información para identificar factores de riesgo, patrones y tendencias, con el fin de desarrollar estrategias de prevención más efectivas. También, se propone incluir la evaluación e intervención en casos de riesgo suicida en otros planes y programas de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Esto permitirá abordar de manera integral la prevención y el manejo del suicidio, integrando estos aspectos en diversas áreas de la salud y el bienestar. A nivel clínico, se plantea mejorar la formación especializada en salud mental, tanto para los profesionales en etapa de especialización como para las especialidades médicas y de enfermería en general. Esto asegurará que los futuros profesionales estén equipados con los conocimientos y habilidades necesarios para evaluar y abordar adecuadamente el riesgo suicida. En cuanto al tratamiento del fenómeno en los medios, se busca elaborar y difundir recomendaciones para los medios de comunicación, a fin de informar de manera responsable y segura sobre el suicidio. Estas pautas promoverán la difusión de información precisa, evitando el sensacionalismo y proporcionando recursos de ayuda a los espectadores o lectores que puedan necesitarlo. Otro aspecto importante de este Plan es la sensibilización a la población general a través de la web y las redes sociales de Salud Mental. Esto implica desarrollar y mantener una plataforma en línea dedicada a la salud

mental y al suicidio, que proporcione información confiable, recursos de apoyo y estrategias de prevención. Además, se utilizarán las redes sociales para difundir mensajes de sensibilización y educación sobre el suicidio, promoviendo la importancia de la salud mental y la búsqueda de ayuda cuando sea necesario. Por último, se busca mejorar la promoción de la salud mental y el abordaje del suicidio en el ámbito educativo. Esto implica la elaboración de guías y materiales educativos dirigidos a estudiantes, profesores y personal educativo, con el objetivo de promover la salud.

4. En Galicia, en septiembre de 2017 se presenta el Plan de prevención de Suicidio, elaborado por un grupo de trabajo intersectorial, y que cuenta con 7 líneas estratégicas y 37 medidas de actuación, incluyendo la creación de una Comisión interdepartamental de coordinación y seguimiento del plan. Las líneas estratégicas presentadas abordan la conducta suicida desde diferentes enfoques. La coordinación interinstitucional busca mejorar la colaboración entre organismos relevantes. La sensibilización busca concienciar y reducir el estigma social asociado al suicidio. La prevención se enfoca en identificar factores de riesgo y desarrollar intervenciones tempranas. La limitación a medios letales busca restringir el acceso a métodos suicidas. La formación de profesionales busca capacitar a quienes intervienen en la prevención. La postvención ofrece apoyo a sobrevivientes y familias afectadas. La investigación y alerta epidemiológica busca mejorar la comprensión y respuesta ante la conducta suicida.
5. En la región de Castilla-La Mancha, El Plan de Salud de Castilla-La Mancha horizonte 2025.- Estrategia para la Prevención del Suicidio en Castilla-La Mancha (2018) implanta cuatro líneas estratégicas relacionadas con la

prevención del suicidio y la intervención ante conductas autolíticas en diferentes grupos de población. Estas son: (1) Generación y gestión del conocimiento. Esta línea tiene como objetivo principal fomentar la investigación y el desarrollo de conocimiento en el campo de la prevención del suicidio. Se busca generar y difundir información actualizada sobre los factores de riesgo, las estrategias de intervención efectivas y los recursos disponibles. Además, se busca mejorar la gestión de la información y promover la colaboración entre diferentes instituciones y profesionales involucrados en la prevención del suicidio. (2) Prevención de suicidio e intervención ante conductas autolíticas en población adulta. Esta línea se centra en desarrollar programas y acciones dirigidos a la prevención del suicidio y la intervención temprana en la población adulta. Se busca sensibilizar a la comunidad sobre el tema, capacitar a los profesionales de la salud en la detección y manejo de conductas autolíticas, y establecer protocolos de atención adecuados. Además, se promueve la colaboración con otros sectores, como la educación y el empleo, para abordar los factores de riesgo relacionados con el suicidio en la población adulta. (3): Prevención de suicidio e intervención ante conductas autolíticas en población infanto-juvenil. Esta línea se enfoca en la prevención del suicidio y la intervención temprana en niños y adolescentes. Se busca promover la salud mental y el bienestar emocional en los entornos escolares y comunitarios, así como fortalecer las habilidades de los profesionales que trabajan con esta población para detectar y abordar conductas autolíticas. También se fomenta la participación de los jóvenes y la implicación de sus familias en las acciones de prevención. (4) Prevención de suicidio e intervención ante conductas autolíticas en población adulta mayor. Esta línea se centra en la prevención del suicidio en la población adulta mayor, un grupo que

presenta un mayor riesgo de suicidio. Se busca implementar programas de detección temprana, promover el envejecimiento activo y saludable, y mejorar la atención y el seguimiento de las personas mayores en situación de vulnerabilidad. Además, se promueve la sensibilización y formación de los profesionales de la salud y el apoyo a los cuidadores de las personas mayores.

6. En Asturias, en marzo de 2018 se presentó Protocolo de Detección y Manejo Personas con riesgo de suicidio. Se trata de un protocolo de actuación para personas con riesgo de suicidio, centrado en la definición de procesos para mejorar la detección y un abordaje intensivo especialmente durante el primer año, definiéndose acciones en diferentes niveles (AP, Urgencias, SM), y registrando todos los casos en la historia clínica. Incluye un proceso de difusión y formación a profesionales implicados.
7. En el País Vasco, presentó en 2019, una Estrategia de Prevención del Suicidio con el objetivo de abordar este problema y reducir su incidencia en la región. La estrategia contempla un total de 57 medidas que se desarrollarán en 9 áreas diferentes. Algunas de las acciones más destacadas incluyen la creación de un Registro de suicidios y de tentativas, con el fin de recopilar datos precisos y analizar la situación. También se llevan a cabo campañas de sensibilización ciudadana para combatir el estigma asociado al suicidio, identificar factores de riesgo y fomentar valores que contribuyan a la prevención. En relación a los medios de comunicación, se ha editado y divulgado una guía de orientación dirigida a los profesionales de los medios, con el objetivo de garantizar una cobertura responsable y ética del suicidio. Para reducir el acceso a medios potencialmente letales, se implementan medidas de control sobre fármacos, armas de fuego, pesticidas y otros tóxicos legales. Asimismo, se busca reducir el

consumo de alcohol, dado que su abuso puede aumentar el riesgo de suicidio. La estrategia también busca mejorar la respuesta ante crisis suicidas mediante la instauración de un protocolo de actuación integrado para profesionales de primera intervención en distintos ámbitos. Además, se promueve la formación y el abordaje del riesgo de suicidio en el ámbito de la educación, los servicios sociales, el ámbito laboral y el familiar. En el ámbito de la salud, se contempla la creación de un Código de Riesgo Suicida integrado en la historia clínica electrónica, lo que permitirá una mejor identificación y seguimiento de las personas en riesgo. También se establece un protocolo para una primera respuesta rápida a las personas supervivientes, incluyendo a los profesionales, y se derivan los casos que requieran ayuda adicional a otros recursos disponibles.

8. En Navarra, el Protocolo de Prevención y Actuación ante Conductas Suicidas (2020) tiene como objetivo principal prevenir la conducta suicida en la población a través de la sensibilización y formación tanto de la población en general como de los profesionales. Además, busca intervenir de manera eficaz desde diferentes ámbitos y agentes en casos de personas en riesgo y en su entorno cercano, estableciendo protocolos en todos los ámbitos pertinentes. Otro objetivo es garantizar un seguimiento adecuado de los casos, tanto de los pacientes como de los supervivientes y profesionales involucrados. Por último, el protocolo busca coordinar los recursos institucionales y de la sociedad en general para la prevención, intervención y seguimiento de conductas suicidas.
9. En Castilla y León, la Estrategia De Prevención De La Conducta Suicida 2021 – 2025 (Consejería de Sanidad de Castilla y León, 2022) se ha diseñado con el objetivo de mejorar la prevención y atención de la conducta suicida en diferentes niveles de atención sanitaria. Conscientes de la importancia de abordar esta

problemática, se han establecido una serie de procesos asistenciales que buscan optimizar la detección temprana, la coordinación entre niveles y la continuidad asistencial para las personas en riesgo. Se destaca la importancia de la Atención Primaria en la detección y atención de la conducta suicida. Se implementarán mecanismos para que el personal médico y de enfermería esté capacitado para identificar señales de alarma y realizar evaluaciones de riesgo adecuadas. Esto permitirá brindar una atención inicial oportuna y efectiva, además de sensibilizar y educar a la población sobre la prevención del suicidio. Asimismo, se reconoce la relevancia de los Servicios de Urgencias en la atención inmediata de personas en situación de riesgo suicida. Se establecerán protocolos de actuación para que el personal de urgencias pueda identificar rápidamente las señales de alarma, evaluar el riesgo de suicidio y ofrecer una atención especializada y urgente. Se promoverá la coordinación con otros niveles asistenciales para garantizar la continuidad de la atención y el seguimiento adecuado de cada caso. Por último, se subraya la importancia de fortalecer los Servicios de Salud Mental en la detección y atención de la conducta suicida. Se implementarán protocolos de evaluación de riesgo y se promoverá una atención integral que incluya tratamiento psicológico, psiquiátrico y social. También se fomentará la coordinación con otros niveles de atención sanitaria, involucrando a los familiares y otros agentes implicados.

10. La Comunidad de Madrid ha mostrado un compromiso con la prevención en el ámbito de la salud mental a través de diversas medidas implementadas desde 2010 hasta 2016, incluso antes de la creación del Plan de Salud Mental 2018-2020. Entre estas medidas, se llevó a cabo un estudio para comprender la situación de la salud mental en la comunidad. Además, se implementaron

procedimientos clínicos dirigidos a la prevención en el ámbito sanitario, lo que implicaría la incorporación de protocolos y prácticas para identificar y abordar los problemas de salud mental en la atención médica. La formación de profesionales también fue una prioridad, con programas formativos destinados a mejorar la capacitación en prevención de trastornos mentales. Además, se asignaron recursos a campañas de información y sensibilización dirigidas a la población en general. Esto incluyó la publicación de guías y la difusión de un spot publicitario, lo que demuestra el compromiso de la Comunidad de Madrid en difundir información relevante sobre la salud mental y fomentar la conciencia pública sobre este tema. Estas acciones muestran que la Comunidad de Madrid ha estado trabajando activamente en la prevención de problemas de salud mental, incluso antes de la implementación del Plan de Salud Mental 2018-2020.

En resumen, los distintos planes de prevención del suicidio abordan una serie de objetivos y actividades relacionadas con la prevención y el manejo de la conducta suicida en la población cuya población diana son las personas que acuden a los servicios sanitarios y presentan ideas, gestos o tentativas suicidas. A continuación, se resumen los puntos comunes principales:

Objetivos:

- I. Prevenir la conducta suicida en la población a través de la sensibilización y formación a la población y profesionales.
- II. Intervenir de manera efectiva en personas en riesgo y su entorno, estableciendo protocolos en todos los ámbitos.
- III. Establecer un seguimiento adecuado para casos de conducta suicida, incluyendo pacientes, supervivientes y profesionales.
- IV. Coordinar los recursos institucionales y de la sociedad para la

prevención, intervención y seguimiento.

Actividades:

- I. Detección y atención a la conducta suicida en atención primaria.
- II. Detección y atención a la conducta suicida en servicios de urgencias.
- III. Detección y atención a la conducta suicida en servicios de salud mental.

Otras medidas propuestas incluyen la creación de un registro de suicidios y tentativas, campañas de sensibilización ciudadana, guías para los medios de comunicación, control de medios potencialmente letales, protocolos de actuación integrados para profesionales de primera intervención, inclusión de formación y abordaje del riesgo de suicidio en ámbitos educativos, sociales, laborales y familiares, creación de un código de riesgo suicida integrado en la historia clínica electrónica, y un protocolo para una respuesta rápida a personas supervivientes y derivación a recursos de ayuda.

Objetivos e Hipótesis del trabajo

3. Objetivos e Hipótesis de investigación

3.1. Objetivos generales

El objetivo de este trabajo es profundizar en el fenómeno del suicidio mediante el análisis de todos los casos de muerte por suicidios registrados en Extremadura durante los años 2019-2021.

3.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos de esta Tesis son

- (i) El primer objetivo de las investigaciones fue determinar la tendencia de las muertes por suicidio en los años 2019-2021 en comparación con los cinco años anteriores. Este objetivo permitiría analizar si hubo cambios significativos en las tasas de suicidio y brindaría información relevante para comprender la evolución del problema.
- (ii) El segundo objetivo se centró en analizar la conducta suicida, la ideación suicida y los intentos de suicidio, como un factor emergente en mujeres que son víctimas de violencia de pareja. Este objetivo pretendía determinar la relación entre la violencia de pareja y la conducta suicida en este grupo específico de mujeres, lo que podría tener implicaciones importantes para la prevención y el apoyo a las víctimas.
- (iii) El tercer objetivo se enfoca en analizar los factores de riesgo asociados a las personas que fallecieron por suicidio y que tipo de ayuda solicitaron en los servicios sanitarios antes de cometer el acto. Este objetivo implicaba investigar las circunstancias individuales y los antecedentes clínicos de las personas que buscaron atención médica antes del suicidio,

lo cual podría ayudar a identificar señales de advertencia y mejorar la detección temprana y la intervención.

3.3. Hipótesis de investigación

- (1) Durante el año 2020 se registraría una incidencia de muertes por suicidio mayor que en los años 2019 y 2021.
- (2) La violencia psicológica estaría presente en la mayoría de los casos de violencia de pareja y se daría en mayor medida combinada con violencia física y/o sexual (VPP+) que sola (VPP).
- (3) La violencia psicológica en la pareja combinada con otro tipo de violencia (física y/o sexual) estaría significativamente relacionada tanto con la ideación suicida como con los intentos de suicidio, presentando además un mayor riesgo de desarrollar alguna de esas conductas suicidas tras sufrir abuso combinado que con la violencia psicológica de forma aislada.
- (4) La variable desesperanza estaría significativamente relacionada con la violencia de pareja y las conductas suicidas, implicando la desesperanza un mayor riesgo de ideación e intentos de suicidio.
- (5) Las personas que murieron por suicidio durante el año 2020 hicieron igual uso de los servicios de salud que las personas que murieron por suicidio durante los años 2019 y 2020.

Estudios de investigación

4. Estudios

4.1. Estudio 1. Suicidio y Crisis Sanitaria en Extremadura: Impacto del Confinamiento durante la COVID-19.

4.1.1 Objetivos e hipótesis

El objetivo de este estudio fue determinar en qué medida y en qué sentido el período de confinamiento decretado durante el estado de alarma pudo afectar a la incidencia de MPS en la región de Extremadura.

4.1.2 Método

4.1.2.1 Adquisición de datos

Los datos han sido extraídos de los ficheros muertes por suicidio (MPS) de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLyCFs) provinciales de Cáceres y Badajoz (Extremadura), con el visto bueno de la Comisión de Docencia de estos centros y la autorización del Ministerio de Justicia de España, ambos sujetos a Orgánica Ley 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Se revisaron los registros de 2015-2020 y se recopilaron las muertes por suicidio (MPS) que ocurrieron de enero a diciembre de cada año. Para el cálculo de las tasas de incidencia se utilizaron los recuentos poblacionales publicados el 1 de enero de cada año, excepto el 2020 que aún no había sido publicado a la fecha del estudio. Esta última población se estimó aplicando al 2019 el flujo de crecimiento vegetativo y el saldo migratorio durante ese año (Instituto Nacional de Estadística, 2019; Instituto de Estadística de Extremadura, 2019). La tasa media de suicidios para 2015-2019 se calculó a partir de la población media de esos años. En todas las poblaciones se excluyó al grupo de menores de 15 años por no ser considerado población en riesgo de suicidio dada su mínima o nula incidencia registrada.

4.1.2.2 Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional y retrospectivo en el que los grupos expuestos y no expuestos al SARS-CoV-2 se definen de forma diferente según se trate de un análisis interanual o intra-anual, como se detallará a continuación.

Se utilizó el paquete de software estadístico para las ciencias sociales (SPSS.21; IBM Corp. Armonk, NY, EE. UU.). Antes de realizar el análisis de tasas, se llevó a cabo un proceso de desestacionalización de las series de datos brutos utilizando un análisis de series temporales sin predicción. La desestacionalización es un método utilizado para eliminar los efectos estacionales o cíclicos de los datos, lo que permite aislar las tendencias subyacentes y hacer comparaciones más significativas. Una vez realizada la descomposición estacional, se seleccionaron para el análisis los casos registrados desde marzo a octubre de cada año. Finalmente, las tasas desestacionalizadas se calcularon dividiendo el número de casos que quedaron después de eliminar el componente estacional por la población total de cada año. Esto permite obtener tasas ajustadas a la estacionalidad y comparables entre diferentes años.

El enfoque utilizado en el presente estudio se basa en el cálculo de la razón de tasas (RR) para determinar la variación porcentual entre dos tasas de incidencia. El RR se calcula dividiendo la tasa de incidencia en el grupo expuesto (personas expuestas al confinamiento en el año 2020) entre la tasa de incidencia en el grupo no expuesto (personas no expuestas en los años 2015-2019). El valor resultante de la razón de tasas en el presente estudio indica cuánto más probable es el evento de interés (en este caso, MPS) en el grupo expuesto al confinamiento en comparación con el grupo no expuesto. El intervalo de confianza (I.C.) del 95% proporciona una estimación de la precisión de la medida de RR. Indica que si se repitiera el estudio muchas veces, se espera que el verdadero valor de RR esté dentro del intervalo de confianza en el 95% de las

repeticiones.

La elección de utilizar el mismo software estadístico para todas las comparaciones garantiza la consistencia en el análisis de los datos. Esto evita posibles diferencias causadas por diferentes programas o métodos de cálculo. Además, al utilizar el mismo método de cálculo que los estudios de referencia, se facilita la comparación de resultados y se permite evaluar si existen diferencias significativas en los índices de variación entre diferentes estudios.

Los cálculos se realizaron a partir de una tabla de contingencia, aplicando la siguiente ecuación:

$$RR = \frac{\frac{\text{expuestos}}{\text{población expuesta}}}{\frac{\text{no expuestos}}{\text{población no expuesta}}} = \frac{\text{ratio de expuestos}}{\text{ratio de no expuestos}}$$

Con este método, un valor de $RR > 1$ indicaría que las muertes por suicidio habrían aumentado, y este aumento sería significativo si el límite inferior del I.C. estuviera por encima de 1. Un valor de $RR < 1$ indicaría que la DBS habría disminuido, resultando significativo si el límite superior del I.C. estuviese por debajo de 1.

4.1.2.3 Procedimiento

Después de la descomposición estacional, el primer análisis fue comparar los casos ocurridos el año 2020 con la media de los 5 años anteriores en cada uno de los meses estudiados para verificar las variaciones entre los dos períodos. A continuación, se realizó una comparación interanual para analizar la variación de la incidencia de suicidios observada en el período total de internamiento (marzo-junio de 2020) frente a la incidencia en el mismo período de cada uno de los 5 años anteriores (2015-2019) y la media de esos años, considerando para los grupos expuestos y no expuestos la población total de Extremadura para el año 2020 y 2015-2019, respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1. El análisis interanual (confinamiento).

Expuestos (marzo-junio de 2020)	No expuestos (marzo-junio de 2015-2019)
Suicidios (casos)	Suicidios (casos)
Población Total	Población Total

Se siguió el mismo procedimiento para analizar los primeros cuatro meses del posconfinamiento (julio-octubre) (tabla 2).

Tabla 2. El análisis interanual (posconfinamiento)

Expuestos (julio-octubre 2020)	No expuestos (julio-octubre de 2015-2019)
Suicidios (casos)	Suicidios (casos)
Población Total	Población Total

Finalmente, para comprobar si hubo un aumento intra-anual de las MPS durante el posconfinamiento, se comparó para cada año los casos observados desde marzo hasta junio (casos expuestos) con los casos observados desde julio hasta octubre (casos no expuestos) (tabla 3).

Tabla 3. El análisis intra-anual (confinamiento vs posconfinamiento)

Expuestos (marzo-junio de 2015-2020)	No expuestos (marzo-junio de 2015-2020)
Suicidios (casos)	Suicidios (casos)
Población Total	Población Total

4.1.3 Resultados

4.1.3.1 Análisis de muertes por suicidio en el Periodo Total

La Tabla 4 enumera los casos de suicidios y las razones de riesgo registradas en los meses y años del estudio. La última columna da los resultados del contraste entre cada mes del año 2020 (expuestos) y la media correspondiente de los 5 años anteriores (no expuestos).

Tabla 4. Casos de suicidio y riesgo relativo en Extremadura en el periodo marzo-octubre 2015-2020 (serie original y serie desestacionalizada).

Mes	Año							RR (I.C. = 95%)
	2015	2016	2017	2018	2019	2015–2019	2020	
	Población							
	939,582	936,220	930,789	925,626	923,065	931,056	919,761	
Casos y Riesgo relativo de la serie original								
Mar	4 (0.43)	13 (1.39)	6 (0.64)	11 (1.19)	6 (0.65)	8 (0.86)	7 (0.76)	0.89 (0.32–2.44)
Apr	8 (0.85)	11 (1.17)	6 (0.64)	7 (0.76)	12 (1.30)	8.8 (0.95)	10 (1.09)	1.12 (0.46–2.77)
May	10 (1.06)	11 (1.17)	9 (0.97)	7 (0.76)	10 (1.08)	9.4 (1.01)	9 (0.98)	1.01 (0.40–2.55)
Jun	7 (0.75)	7 (0.75)	11 (1.18)	5 (0.54)	5 (0.54)	7 (0.75)	5 (0.54)	0.72 (0.23–2.28)
Jul	8 (0.85)	9 (0.96)	7 (0.75)	9 (0.97)	16 (1.73)	9.8 (1.05)	11 (1.2)	1.11 (0.47–6.62)
Aug	3 (0.32)	9 (0.96)	11 (1.18)	5 (0.54)	9 (0.98)	7.4 (0.79)	13 (1.41)	1.88 (0.75–4.71)
Sep	5 (0.53)	10 (1.07)	9 (0.97)	6 (0.65)	7 (0.76)	7.4 (0.79)	8 (0.87)	1.16 (0.42–3.19)
Oct	2 (0.21)	3 (0.32)	10 (1.07)	8 (0.86)	4 (0.43)	5.4 (0.58)	7 (0.76)	1.42 (0.45–4.47)
Casos y Riesgo Relativo de la serie ajustada desestacionalizada								
Mar	3 (0.32)	12 (1.28)	5 (0.54)	10 (1.08)	5 (0.54)	7 (0.75)	6 (0.65)	0.87 (0.29–2.58)
Apr	6 (0.68)	9 (1.01)	4 (0.48)	5 (0.59)	10 (1.13)	7 (0.75)	8 (0.92)	1.16 (0.42–3.19)
May	8 (0.90)	9 (1.01)	7 (0.80)	5 (0.59)	8 (0.92)	8 (0.86)	7 (0.81)	0.89 (0.32–2.44)
Jun	8 (0.86)	8 (0.86)	12 (1.29)	6 (0.65)	6 (0.65)	8 (0.86)	6 (0.66)	0.76 (0.26–2.19)
Jul	5 (0.59)	6 (0.70)	4 (0.49)	6 (0.71)	13 (1.47)	7 (0.75)	8 (0.93)	1.16 (0.42–3.19)
Aug	3 (0.31)	9 (0.95)	11 (1.17)	5 (0.53)	9 (0.96)	7 (0.75)	13 (1.40)	1.88 (0.75–7.71)
Sep	5 (0.53)	10 (1.06)	9 (0.96)	6 (0.64)	7 (0.75)	7 (0.75)	8 (0.86)	1.16 (0.42–3.19)
Oct	4 (0.42)	5 (0.53)	12 (1.29)	10 (1.08)	6 (0.65)	7 (0.75)	9 (0.98)	1.30 (0.48–3.49)

Nota: RR es la relación de riesgo que compara la MPS del año 2020 con la MPS media correspondiente de los 5 años anteriores.

Este primer análisis no proporciona ninguna evidencia sólida de cambio en la probabilidad de actos suicidas en la población expuesta, ya sea durante el encierro o en los meses posteriores al encierro. Esto es así tanto con la serie desestacionalizada como con la serie original sin ajustar.

Como se observa en ambas partes de la tabla, no hubo diferencias significativas en la incidencia de MPS en ninguno de los meses de 2020 analizados en comparación con la media correspondiente de los 5 años anteriores. Asimismo, comparando las tasas mensuales de 2020 con las de años anteriores, se observa que todos los intervalos de confianza incluyen el valor 1.

4.1.3.2. Análisis de muertes por suicidio en el período de confinamiento

Este segundo análisis no proporcionó resultados significativos que sugirieran una mayor probabilidad de cometer un acto suicida en la población expuesta al confinamiento

que en la población no expuesta.

La comparación del total de suicidios que se produjo durante el período de confinamiento de 2020 con cada uno de los 5 años anteriores no reveló diferencias significativas, encontrando que las tasas registradas y los RR calculados se mantuvieron bastante estables a lo largo de la serie (Tabla 5). La comparación de 2020 con la media de 2015-2019 no mostró ninguna diferencia estadísticamente significativa (RR = 0,94; IC: 0,56-1,58).

Tabla 5. Total MPS (ajustada estacionalmente) en el período de confinamiento (marzo-junio).

Year	2015	2016	2017	2018	2019	2015-2019	2020
Seasonally adjusted cases	26	39	29	27	30	30	28
Seasonally adjusted rates	2.76	4.16	3.11	2.91	3.25	3.24	3.04
RR	1.1	0.73	0.98	1.04	0.94	0.94	1
CI (95%)	(0.65-1.88)	(0.45-1.19)	(0.58-1.64)	(0.62-1.77)	(0.56-1.57)	(0.56-1.58)	

Nota: RR es la razón de riesgo que compara la DBS de los cuatro meses del año 2020 con las de cada uno de los 5 años anteriores y con la media de esos años.

4.1.3.3. Análisis de muertes por suicidio en el periodo posconfinamiento

Los resultados de este tercer análisis (tabla 6) mostraron que la tasa de MPS más alta corresponde al año 2020, aunque la variación con respecto a la media de los 5 años anteriores no fue significativa. No obstante, en las comparaciones con cada uno de esos 5 años por separado, se encontró una diferencia significativa con el año 2015 (RR = 2,28; IC: 1,29-4,05). Como se puede observar en el cuadro, la tasa de 2015 fue la más baja de la serie, con 17 casos frente a los 38 de 2020.

Tabla 6. MPS total (desestacionalizada) en los meses del posconfinamiento (julio-octubre).

Year	2015	2016	2017	2018	2019	2015-2019	2020
Seasonally adjusted cases	17	30	36	27	35	29	38
Seasonally adjusted rates	1.85	3.25	3.91	2.96	3.83	3.16	4.17
RR	2.28	1.29	1.07	1.42	1.09	1.33	1
CI (95%)	(1.29-4.05) *	(0.8-2.08)	(0.68-1.69)	(0.86-2.32)	(0.69-1.72)	(0.82-2.15)	

Nota: RR es la razón de riesgo que compara la DBS de los cuatro meses del año 2020 con las de cada uno de los 5 años anteriores y con la media de esos años. (*) diferencia significativa.

4.1.3.4. Análisis Intra-Anual de muertes por suicidio comparando los periodos de confinamiento y posconfinamiento

Finalmente, la Tabla 7 enumera los resultados del análisis intra-anual del total de suicidios ocurridos durante los períodos marzo-junio y julio-octubre. Este último análisis no permitió afirmar que hubiese un cambio significativo de las tasas de MPS entre el período de confinamiento y el posconfinamiento en el año 2020. La variación observada en este año de la pandemia es bastante similar a las variaciones encontradas al comparar los periodos marzo-junio con julio-octubre de 2017 y 2019 cuando no hubo confinamiento, por lo que la variación registrada en 2020 bien podría deberse al azar.

Tabla 7. Comparación intra-anual de los meses de confinamiento (marzo-junio) con los meses de posconfinamiento (julio-octubre) de cada año (datos desestacionalizados).

Year	2015	2016	2017	2018	2019	2015-2019	2020
Rates March-June	2.76	4.16	3.11	2.91	3.25	3.24	3.04
Rates July-October	1.85	3.25	3.91	2.96	3.83	3.16	4.17
RR	1.53	1.3	0.81	1	0.86	1.03	0.74
CI (95%)	(0.83-2.82)	(0.81-2.09)	(0.49-1.31)	(0.59-1.70)	(0.53-1.40)	(0.62-1.72)	(0.45-1.20)

Nota: RR es la razón de riesgo que compara en cada año las muertes por suicidio de los meses de parto con la de los meses de posparto.

4.1.4 Discusión

Este estudio tuvo como objetivo explorar el posible impacto de las medidas de confinamiento impuestas durante la COVID-19 en la incidencia de muertes por suicidio en la región de Extremadura. Dados los antecedentes de observaciones en crisis anteriores sobre sus consecuencias para la salud mental de las personas y el aumento de suicidios (Bartoll et al., 2014; Cairns et al., 2017; Gili et al., 2013; Haw et al., 2015; Milner et al., 2015, Chang et al., 2013; Córdoba et al., 2014; López et al., 2013), se podría esperar un impacto similar durante el transcurso de la pandemia de COVID-19. Algunos estudios ya han demostrado las consecuencias negativas de esta crisis en la salud mental (Solomou et al., 2020; Gualano et al., 2020; Balluerca et al., 2020; Orgilés et al., 2020; Wang et al., 2020), pero todavía no parece haber evidencia de ningún aumento de suicidios durante el

período de confinamiento, sino que parece haber estabilidad (Faust et al., 2021; Leske et al., 2021; Radeloff et al., 2021) o una disminución (Tanaka y Okamoto, 2021; Anzai et al., 2021; Qin y Mehlum, 2021; Kim, 2021; Deisenhammer et al., 2021; Calderón-Anyosa y Kaufman, 2021) y todavía no hay datos suficientes para indicar lo contrario. No obstante, queda por explorar con mayor profundidad el posible impacto inmediato en los meses posteriores al confinamiento y los impactos generales a medio y largo plazo. De momento, algunos datos ya indican que el temido aumento de suicidios bien podría producirse (Tanaka y Okamoto, 2021).

En base a este trabajo no se puede afirmar que se haya producido un cambio significativo en la tendencia de suicidios en la región de Extremadura ni durante el confinamiento de 2020 ni en los meses posteriores al confinamiento. Puede haber algún factor no identificado, aparte de la situación excepcional de confinamiento, que subyace a las variaciones observadas en las tasas de incidencia al no poder realizar un análisis exhaustivo de las posibles variables diferenciadoras presentes en el año 2020 respecto al resto de años que podrían haber proporcionado alguna explicación tentativa. En concreto, para muchos casos de suicidio en el periodo 2015-2018 no se disponía de información sociodemográfica (edad, estado civil, etc.), socioeconómica (situación laboral) y personal (estado de salud física o mental, tasas de divorcio, etc.) variables. Por lo tanto, la diferencia significativa en muertes por suicidio para los meses de julio a octubre entre los años 2020 y 2015 no puede atribuirse al azar ni explicarse sobre la base de los datos disponibles.

La incidencia durante todo el período de marzo a junio se mantuvo bastante estable en relación con los años anteriores a la crisis (RR = 0,94; IC: 0,56-1,58). Tal hallazgo es coherente con los resultados de otros estudios sobre la incidencia de suicidios durante los primeros meses de la pandemia (Faust et al., 2021; Leske et al., 2021; Radeloff et al.,

2021) especialmente con el de Massachusetts (RR = 0,94; IC: 0,76–1,15) (Faust et al., 2021) y el de Queensland (RR = 0,94; IC: 0,82-1,06) (Leske et al., 2021).

En cuanto a las tasas de muertes observadas en los meses de julio a octubre, estas diferencias no son coherentes con los resultados reportados para Japón (RR = 1,16; IC: 1,11-1,21) [35], en el que hubo un aumento significativo del 16%. En nuestro análisis para la región de Extremadura, las ratios de riesgo de los años 2017 y 2019 fueron similares a los registrados en 2020 para estos mismos meses, por lo que no se puede descartar que la variación observada se debiera al azar.

Hay varios posibles factores mediadores que subyacen a estos resultados. El gobierno de España aprobó medidas económicas excepcionales para mitigar el impacto del COVID-19. Estas incluyeron acciones destinadas a fortalecer el sector de la salud, proteger el bienestar de las familias, ayudar a los empleados y autónomos cuyos ingresos habían disminuido y apoyar a las empresas en términos de liquidez y flexibilidad para minimizar el desempleo. A nivel psicoemocional, la cohesión social a escala individual, familiar y comunitaria generada por la situación de encierro podría haber actuado como un factor protector de la salud mental (Honjo et al., 2018), especialmente frente a la conducta suicida (Klonsky, May y Saffer, 2016), al aportar una sensación de seguridad y conexión. Además, la medida de confinamiento pudo haber llevado a una situación que limitó el acceso a medios letales a las personas con ideación o intenciones suicidas. Dados los datos publicados sobre ideación suicida al inicio de la pandemia (Mortier, Vilagut, Ferrer et al., 2020), este período podría haber sido uno de incubación de ideas suicidas activas, que finalmente se consumirían tras el confinamiento.

Ante el posible escenario futuro en el que los aumentos de suicidios ocurridos en periodos posteriores al estresor inmediato pudieran replicarse en otras crisis, las intervenciones psicosociales para la población en riesgo podrían prevenir las

complicaciones poscrisis, reducir los trastornos mentales, mejorar la salud mental, y aumentar la resiliencia ante desastres de estas personas (Jafari, Heidari, Heidari y Sayfour, 2020). En este sentido, es importante reconocer la necesidad de mecanismos con los que detectar a las personas en riesgo de suicidio durante los periodos de posconfinamiento y postcrisis.

Finalmente, siguiendo las recomendaciones de la OMS (2003), para implementar programas preventivos que frenen o reduzcan dichas conductas suicidas, como por ejemplo, los planes de prevención existentes en las distintas Comunidades Autónomas de España (Gobierno Vasco, 2019; Generalidad Valenciana, 2018; Gobierno de Castilla La-Mancha, 2018), sería necesario monitorear las tendencias epidemiológicas del suicidio en áreas geográficas específicas a través de estudios que ayuden a determinar qué grupos de población están en mayor riesgo, ya que algunos grupos afectados (como mujeres, adolescentes, adultos mayores o personas con depresión y trastorno de estrés postraumático) sufren más y son más vulnerables a los desastres (Jafari et al, 2020). Los estudios de referencia mencionados (Faust et al., 2021; Leske et al., 2021; Radeloff et al, 2021; Tanaka y Okamoto, 2021; Anzai et al., 2021; Quin y Mehlum, 2021; Kim, 2021; Deisenhammer y Kemmler, 2021; Calderon-Anyosa y Kaufman, 2021) responden implícitamente a la necesidad de este tipo de investigación a nivel local, y sus hallazgos serán de relevancia para el diseño de estrategias de prevención del suicidio en sus zonas específicas de estudio. En este sentido, un análisis comparativo de los MPS registrados por los IMLyCFs de las distintas Comunidades Autónomas de España mostraría si los resultados del presente estudio realizado a nivel local son generalizables a nivel nacional. Un análisis exhaustivo de los casos ocurridos durante el confinamiento mediante autopsias psicológicas (Jiménez, Arrufa, Carrer et al., 2012; Martín-Fumadó y Gómez-Durán, 2017) complementarían y enriquecerían la investigación en este ámbito. Ayudaría a

comprender las circunstancias personales que rodean a las personas que se han suicidado y así permitir identificar posibles factores de riesgo comunes, por ejemplo, los problemas de salud mental, la situación de aislamiento social, el sentimiento o percepción de soledad, y la reducción del acceso a la atención médica en personas en tratamiento médico o psicológico (Córdoba-Doña et al., 2014; López et al., 2013; Chan et al., 2006).

4.2. Estudio 2. La conducta suicida como factor emergente en mujeres víctimas de violencia de género en la relación de pareja: un estudio exploratorio

4.2.1 Objetivos e hipótesis

El primer objetivo fue explorar la prevalencia del abuso experimentado y las consecuencias del abuso. El segundo objetivo fue investigar si existe alguna asociación entre los factores demográficos, el abuso experimentado y las consecuencias del abuso con alguna forma de violencia de pareja, ya sea violencia psicológica de forma aislada (VPp) o violencia psicológica concurrente con otro tipo de violencia de pareja (física y/o sexual; VPP+). Finalmente, el tercer objetivo fue determinar si existe una asociación que conecte la ideación suicida (IS) y los intentos de suicidio previos (AS) con factores demográficos, el abuso experimentado y, especialmente, las consecuencias del abuso.

En base a estos objetivos, se plantearon las siguientes hipótesis de trabajo:

(1) La violencia psicológica estará presente en la mayoría de los casos y ocurrirá en mayor medida combinada con violencia física y/o sexual (VPP+) que sola (VPp).

(2) VPP+ estará significativamente relacionado tanto con ideación suicida como con intentos de suicidio, presentando además un mayor riesgo de desarrollar alguna de estas conductas suicidas cuando se sufre VPP+

(3) La variable desesperanza estará significativamente relacionada con la VP, implicando la desesperanza un mayor riesgo de ideación suicida e intentos de suicidio.

4.2.2 Método

4.2.2.1. Participantes

La muestra (N = 70) estuvo formada por un grupo de mujeres en proceso terapéutico psicológico en 6 Puntos de Atención Psicológica (PAP) de la Red de Atención a Víctimas de Violencia de Género de Extremadura (España). El único criterio de exclusión fue ser menor de 18 años. La edad de los participantes osciló entre 19 y 62 años (M = 40,14; DE = 10,71).

4.2.2.2. Procedimiento

Previamente al inicio del estudio se obtuvo la autorización de la directora general del Instituto Extremeño de la Mujer, así como de la Consejería de Igualdad y Cooperación para el Desarrollo de la Junta de Extremadura. Posteriormente, se solicitó autorización para las entrevistas a la dirección de cada uno de los PAP. Después de que se obtuvieron los permisos, se contactó a los PAP por teléfono. En este primer contacto se explicaron los objetivos del estudio, el contenido de las entrevistas y su duración aproximada. También se garantizó el anonimato de todos los participantes. Las entrevistas comenzaron en 2020 y continuaron hasta marzo de 2021. Las entrevistas fueron realizadas por los investigadores involucrados en este estudio. Los participantes completaron los cuestionarios en un ambiente tranquilo y relajado, con tiempo suficiente para discutir y comentar las preguntas. Antes de completar los cuestionarios, se solicitó el consentimiento informado explícito de los participantes y se incluyó información sobre el uso de los datos, el objetivo del estudio, la participación voluntaria y la garantía de confidencialidad y anonimato. La adquisición y el tratamiento de los datos se ha realizado conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

4.2.2.3. *Cuestionarios y Variables*

Se realizaron entrevistas semiestructuradas con víctimas de abuso doméstico (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta & Sauca, 1998). Este cuestionario consta de 21 ítems, agrupados en dos bloques. La primera de estas secciones (ítems 1 a 10) contiene una escala politómica para recopilar información demográfica como la edad, el estado civil y la profesión. El segundo bloque contenía una escala dicotómica. Este segundo apartado se subdividió en tres: el primero (ítems 11-14) fue diseñado para medir las características de la relación abusiva, el segundo (ítem 20), los antecedentes y consecuencias del maltrato psicológico, y el último (ítem 21) para explorar la historia del tratamiento psicológico. En concreto, mediante este instrumento se midieron los factores demográficos de las víctimas (edad, convivencia, nivel educativo, situación laboral), el tipo de maltrato (VPP o VPP+), y la experiencia de maltrato (años de convivencia y relación con la pareja agresora, antecedente familiares de maltrato, peligro por la vida, huida del hogar, demandas interpuestas y tratamiento psicológico antes y después del maltrato).

Para medir las variables relacionadas con la conducta suicida se utilizó la validación española de la Escala de Riesgo de Suicidio de Plutchik (Rubio et al., 1998). Este cuestionario consta de 15 ítems con una escala dicotómica (sí/no). Cada respuesta afirmativa se puntuó con 1 punto, y las respuestas negativas con 0 puntos. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. Mediante esta escala se obtuvo el riesgo de suicidio presente en las participantes (punto de corte = 6). Por otro lado, al analizar las respuestas dadas a los ítems 13, 14, 15 y 11 se obtuvo la presencia de ideación suicida, comunicación suicida, intentos de suicidio y los antecedentes familiares de suicidio. Adicionalmente, el análisis de esta escala permitió determinar la presencia de desesperanza, sintomatología depresiva (sentirse deprimido, pesimista de futuro,

sentimientos de fracaso, poco interés por relacionarse con las personas, sentimientos de ira hacia los demás), problemas de sueño y uso de medicación para dormir. Este instrumento muestra una sensibilidad y especificidad del 88% para detectar personas en riesgo de cometer suicidio, y un alfa de Cronbach de 0,90 para la población española.

4.2.2.4. Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS v.26; IBM Corp. Armonk, NY, EE. UU.). El análisis se inició con estadísticas descriptivas sobre las variables demográficas. En segundo lugar, para analizar las relaciones entre las variables de estudio se realizaron varios análisis intergrupales (ideación suicida vs sin ideación suicida; intentos de suicidio vs. sin intentos de suicidio; y VP psicológica (VPp) vs VP psicológica en combinación con otros tipos de violencia (VPp+). Los análisis de las variables dicotómicas se realizaron mediante la prueba de Bernoulli, la prueba de X^2 de Pearson y la prueba exacta de Fisher. Por su parte, las variables edad, años de relación con la pareja, años de convivencia con la pareja y riesgo de suicidio se analizaron mediante la prueba estadística U de Mann-Whitney. Finalmente, se realizaron regresiones logísticas utilizando el método de pasos hacia atrás sucesivos (condicionales) con el conjunto de variables que resultaron estadísticamente significativas en los análisis intergrupales. Se informaron las razones de probabilidad (Odds Ratio [OR]) para esta prueba estadística.

4.2.3 Resultados

4.2.3.1. Descripción de la muestra

Los resultados revelaron que el 64,3% de las mujeres victimizadas tenían entre 30 y 49 años, el 41,4% eran solteras y el 47,1% separadas. La mayoría de las mujeres (70%)

vivía con su propia familia (con sus hijos), en situación laboral activa en unos casos y desempleada en otros. Se observó que el 51,4% tenía estudios secundarios (Tabla 1). Por otro lado, cabe señalar que los demás grupos de edad se dieron en proporciones inferiores al 20%, tanto mujeres menores de 29 años como mujeres mayores de 50 años. En el mismo sentido, sólo el 11,4% de las mujeres estaban casadas y muy pocas vivían solas (10%) o con su familia de origen (20%).

Tabla 1. Descripción de la muestra según conducta suicida y tipo de maltrato

Variables	Análisis ¹		Análisis ²		Análisis ³			Análisis ⁴			
	Total (N = 70) %	X ² (p) IC 95%	SIS (N = 26) %	IS (N = 44) %	X ² (p) IC 95%	SAS (N = 24) %	AS (N = 16) %	X ² (p) IC 95%	VPP (N = 22) %	VPP+ (N = 48) %	X ² (p) IC 95%
Edad		X ² = 30.2 (**)			(n.s.)			(n.s.)			(n.s.)
<29 años	17.1		15.4	18.2		17.4	16.7		9.1	20.8	
30-49 años	64.3		73.1	59.1		65.2	62.5		77.3	58.3	
>50 años	18.6		11.5	22.7		17.4	20.8		13.6	20.8	
Estado civil		X ² = 30.686 (**)			(n.s.)			(n.s.)			(n.s.)
Soltero/a	41.4		53.8	34.1		45.7	33.3		50	37.6	
Casado/a	11.4		7.7	13.6		15.2	4.2		22.7	6.3	
Separado/a/Divorciado/a	47.1		34.6	52.3		39.1	62.5	X ² = 4.301 (*)	27.3	56.2	
Años de relación		X ² = 23.771 (**)			(n.s.)			(n.s.)			(n.s.)
1-5 años	25.7		26.9	25		23.9	29.2		31.8	22.9	
6-10 años	14.3		11.5	15.9		13.0	16.7		4.5	18.8	
>10 años	60		61.5	59.1		63.0	54.2		63.6	58.3	
Años de convivencia		X ² = 35.943 (**)			(n.s.)			(n.s.)			(n.s.)
<1 años	11.4		23.1	4.5	X ² = 5.544 (*)	13.0	8.3		13.6	10.4	
1-5 años	18.6		7.7	25		15.2	25		13.82	18.8	
6-10 años	14.3		11.5	15.9		15.2	12.5		9.1	16.7	
>10 años	55.7		57.7	54.5		56.5	54.2		59.1	54.2	
Convivencia		X ² = 51.714 (**)			(n.s.)			(n.s.)			(n.s.)
Solo/a	10		7.7	11.4		10.9	8.3		0	14.6	
Familia propia	70		61.5	61.4		54.3	16.7		77.3	64.7	
Familia de origen	20		23.1	18.2		21.7			22.7	18.8	
Educación		X ² = 10.314 (*)			(n.s.)			(n.s.)			(n.s.)
Primaria	24.3		26.9	22.7		19.6	33.3		13.6	29.2	
Secundaria	51.4		50	52.3		52.2	50		59.1	47.9	
Universitarios	24.3		23.1	25		28.3	16.7		27.3	22.9	
Situación laboral		X ² = 25.4 (**)			(n.s.)			(n.s.)			(n.s.)
Desempleados	52.9		38.5	61.4		52.2	54.2		59.1	50	
Empleados	41.4		57.7	31.8	X ² = 4.509 (*)	41.3	41.7		36.4	43.8	
Estudiantes	5.7		3.8	6.8		6.5	4.2		4.5	6.3	

Notas: (1) Análisis descriptivo de la muestra (distribución binomial de Bernoulli). (2) Análisis intergrupar: Sin ideación suicida vs Ideación suicida (SIS vs IS). (3) Análisis intergrupar: Sin atentado suicida vs atentado suicida (SAS vs AS). (4) Análisis intergrupo: violencia psicológica (VPP) vs. violencia psicológica + otro tipo de violencia (VPP+). (*) Significación $p < 0,005$. (**). Significación $p < 0,001$. (n.s.) = no significativo. (a) Prueba exacta de Fisher.

4.2.3.2. La asociación entre conductas suicidas y factores demográficos

El primer análisis mostró una relación estadísticamente significativa entre la variable situación laboral y la variable ideación suicida ($X^2 = 4,509$; $p < 0,005$). Los datos mostraron que, en el grupo de mujeres con ideación suicida (IS), estar desempleada era más frecuente que estar empleada (31,8%), mientras que en el grupo de mujeres sin IS, esta proporción se invierte, siendo más frecuente que estén en un estado de empleo activo (57,7%) que desempleada (38,5%). Asimismo, la variable “años de convivencia con la pareja” presentó una relación estadísticamente significativa con la IS ($X^2 = 5,544$; $p < 0,005$). Los resultados mostraron una menor frecuencia de IS entre las mujeres que habían convivido con el agresor por menos de un año, mientras que la mayoría de las mujeres que tenían IS habían convivido con su agresor por más de 10 años.

Además, el análisis intergrupar mostró que el estado civil tenía una relación estadísticamente significativa con los intentos de suicidio (AS) ($X^2 = 4,301$; $p < 0,005$). Este hecho parece indicar una mayor tendencia de AS entre las mujeres separadas o divorciadas. En este sentido, se observa que, en el grupo de mujeres que habían intentado suicidarse, el 62,5% estaban separadas o divorciadas, mientras que en el grupo de mujeres que no tenían AS, la frecuencia de mujeres separadas o divorciadas era del 39,1% (Cuadro 1).

4.2.3.3. Antecedentes, abuso sufrido, tipos de violencia sufrida y consecuencias de la victimización

El segundo análisis indicó una relación estadísticamente significativa entre la existencia de antecedentes de maltrato en el seno familiar y la violencia en las relaciones íntimas, siendo esta asociación más frecuente cuando las mujeres habían sufrido violencia psicológica concurrente con otros tipos de violencia ($X^2 = 4,624$; $p < 0,005$). Paralelamente, se constató que un tercio de las mujeres victimizadas había recibido

tratamiento psicológico previo a sufrir maltrato en su relación ($p < 0,005$). En estos casos, se reveló una relación estadísticamente significativa entre haber recibido tratamiento psicológico antes del maltrato sufrido y sufrir ideación suicida ($p < 0,005$). También se detectó que el abuso de sustancias es raro en este grupo de mujeres victimizadas (2,9%; $p < 0,001$) (Tabla 2).

En cuanto al maltrato experimentado, el análisis mostró que la violencia psicológica fue experimentada en el 100% de los casos, ya sea sola (31,4%), o combinada con violencia física o sexual (68,6%), siendo esta última la más frecuente ($p < 0,005$). . Por otro lado, contrariamente a lo esperado, se encontró que solo un tercio de las mujeres padecía algún problema de salud importante ($p < 0,005$). Adicionalmente, se observó que, durante el tiempo que duró el maltrato, el 85,7% de las mujeres sintieron que su vida corría peligro, lo que provocó que el 64,3% de las mujeres se vieran obligadas a huir de su hogar para proteger su vida, y posteriormente presentar denuncias. respecto a su maltratador en el 72,9% de los casos (tabla 2). Asimismo, se encontró que el grupo de mujeres que sufrió violencia psicológica concurrente con otros tipos de violencia (VPP+) sintió peligro para su propia vida en mayor medida que el resto de las mujeres victimizadas (93,8%; $X^2 = 8,054$; $p < 0,005$).

Finalmente, centrándose en las consecuencias de maltrato sufrido, el análisis indicó, además, que el 85.7% de las mujeres necesitaron tratamiento psicológico tras el maltrato y que 80% tenía problemas para dormir, aunque casi la mitad reveló que no necesitaba medicación para dormir. La mayoría de las mujeres victimizadas experimentó emociones negativas relacionadas con sentimientos de inutilidad (91%) y querer abandonarlo todo (90%). Sin embargo, sólo el 47,1% informó sentirse deprimido. Asimismo, contrariamente a lo esperado, la desesperanza resultó ser una consecuencia poco frecuente del maltrato en la muestra (25,7%) (tabla 3).

Tabla 2. Análisis cualitativo de la experiencia de violencia de pareja según conducta suicida y tipo de abuso.

Variables	Análisis ¹		Análisis ²			Análisis ³			Análisis ⁴		
	Total (N = 70) %	B (p) IC 95%	SIS (N = 26) %	IS (N = 44) %	X ² (p) IC 95%	SAS (N = 24) %	AS (N = 16)	X ² (p) IC 95%	VPp (N =22) %	VPp+ (N = 48) %	X ² (p) IC 95%
Tipo de abuso		(*)			X ² = 4.16 (*)			X ² = 6.07 (*)			-
Abuso psicológico	31.4		46.2	22.7		41.3	12.5		100	0	-
Abuso psicológico más otros tipos de abuso	68.6		53.8	77.3		58.7	87.5		0	100	-
Antecedente familiar de violencia de pareja	41.4	(n.s.)	30.8	47.7	(n.s.)	34.8	54.2	(n.s.)	22.7	50	X ² = 4.62 (*)
Tratamiento psicológico previo	30	(*)	30.8	38.6	X ² = 4.21 (*)	26.1	37.5	(n.s.)	18.2	35.4	(n.s.)
Miedo por la vida	85.7	(**)	84.6	86.4	(n.s.)	80.4	95.8	(n.s.)	68.2	93.8	X ² = 8.05 ^a (*)
Denuncias	72.9	(**)	73.1	72.7	(n.s.)	67.4	83.3	(n.s.)	59.1	79.2	(n.s.)
Huida del hogar	64.3	(*)	65.4	63.6	(n.s.)	60.9	70.8	(n.s.)	50	70.8	(n.s.)
Problemas de salud	30	(*)	34.6	27.3	(n.s.)	39.1	12.5	X ² = 5.326 (*)	31.8	29.2	(n.s.)
Abuso de alcohol/drogas	2,9	(**)	0	4.5	(n.s.)	2.2	4.2	(n.s.)	4.5	2.1	(n.s.)

Notas: (1) Análisis descriptivo de la muestra (distribución binomial de Bernoulli). (2) Análisis intergrupar: Sin ideación suicida vs Ideación suicida (SIS vs IS). (3) Análisis intergrupar: Sin intento suicida vs intento suicida (SAS vs AS). (4) Análisis intergrupo: violencia psicológica (VPp) vs. Violencia psicológica + otro tipo de violencia (VPp+). (*) Significación $p < 0,005$. (**). Significación $p < 0,001$. (n.s.) = no significativo. (a) Prueba exacta de Fisher.

Tabla 3. Consecuencias del maltrato de género según conducta suicida y tipos de maltrato.

Variables	Análisis ¹		Análisis ²			Análisis ³			Análisis ⁴		
	Total (N = 70) %	X ² (p) IC 95%	SIS (N = 26) %	IS (N = 44) %	X ² (p) IC 95%	SAS (N = 24) %	AS (N = 16)	X ² (p) IC 95%	VPp (N = 22) %	VPp+ (N = 48) %	X ² (p) IC 95%
Tratamiento psicológico	85.7	(**)	88.5	84.1	(n.s.)	84.4	87.5	(n.s.)	81.8	87.5	(n.s.)
Medicación para dormir	44.3	(n.s.)	34.6	50	(n.s.)	41.3	50	(n.s.)	31.8	50	(n.s.)
Problemas de sueño	80	(**)	80.8	79.5	(n.s.)	84.8	70.8	(n.s.)	90.9	75	(n.s.)
Problemas de salud	30	(*)	34.6	27.3	(n.s.)	39.1	12.5	X ² = 5.326 (*)	31.8	29.2	(n.s.)
Pérdida del control	54.3	(n.s.)	42.3	61.4	(n.s.)	50	62.5	(n.s.)	45.5	58.3	(n.s.)
Poco interés por relacionarse con la gente	48.6	(n.s.)	26.9	61.4	X ² = 7.760 (*)	39.1	66.7	X ² = 6.072 (*)	45.5	50	(n.s.)
Actitud pesimista	51.4	(n.s.)	46.2	54.5	(n.s.)	43.5	66.7	(n.s.)	50	52.1	(n.s.)
Sentimientos de inutilidad	91.4	(**)	84.6	95.5	(n.s.)	91.3	91.7	(n.s.)	90.9	91.7	(n.s.)
Desesperanza	25.7	(**)	11.5	34.1	X ² = 4.351 (*)	17.4	41.7	X ² = 4.865 (*)	22.7	27.1	(n.s.)
Sentimientos de fracaso	90	(**)	80.8	95.5	(n.s.)	84.8	100	(n.s.)	81.8	93.8	(n.s.)
Sentirse deprimida	47.1	(n.s.)	42.3	50	(n.s.)	50	41.7	(n.s.)	40.9	50	(n.s.)
Antecedentes familiares de suicidio	25.7	(**)	23.1	27.3	(n.s.)	21.7	33.3	(n.s.)	18.2	29.2	(n.s.)
Agresividad	15.7	(**)	0	25	X ² = 7.712 ^a (*)	8.7	29.2	X ² = 4.990 ^a (*)	4.5	20.8	(n.s.)
Ideación suicida	62.9	(*)	0	100	-	43.5	100	X ² = 21.581 (**)	45.5	70.8	X ² = 4.162 (*)
Comunicación suicida	32.9	(*)	0	52.3	X ² = 20.242 (**)	19.6	58.3	X ² = 10.745 (*)	18.2	39.6	(n.s.)
Atentado suicida	34.3	(*)	0	54.5	X ² = 21.581 (**)	0	100	-	13.6	43.8	X ² = 6.072 (*)
Punto de corte (6)	72.9	(**)	50	95.5	X ² = 19.521 (**)	67.4	100	X ² = 9.749 (*)	63.6	85.4	(n.s.)

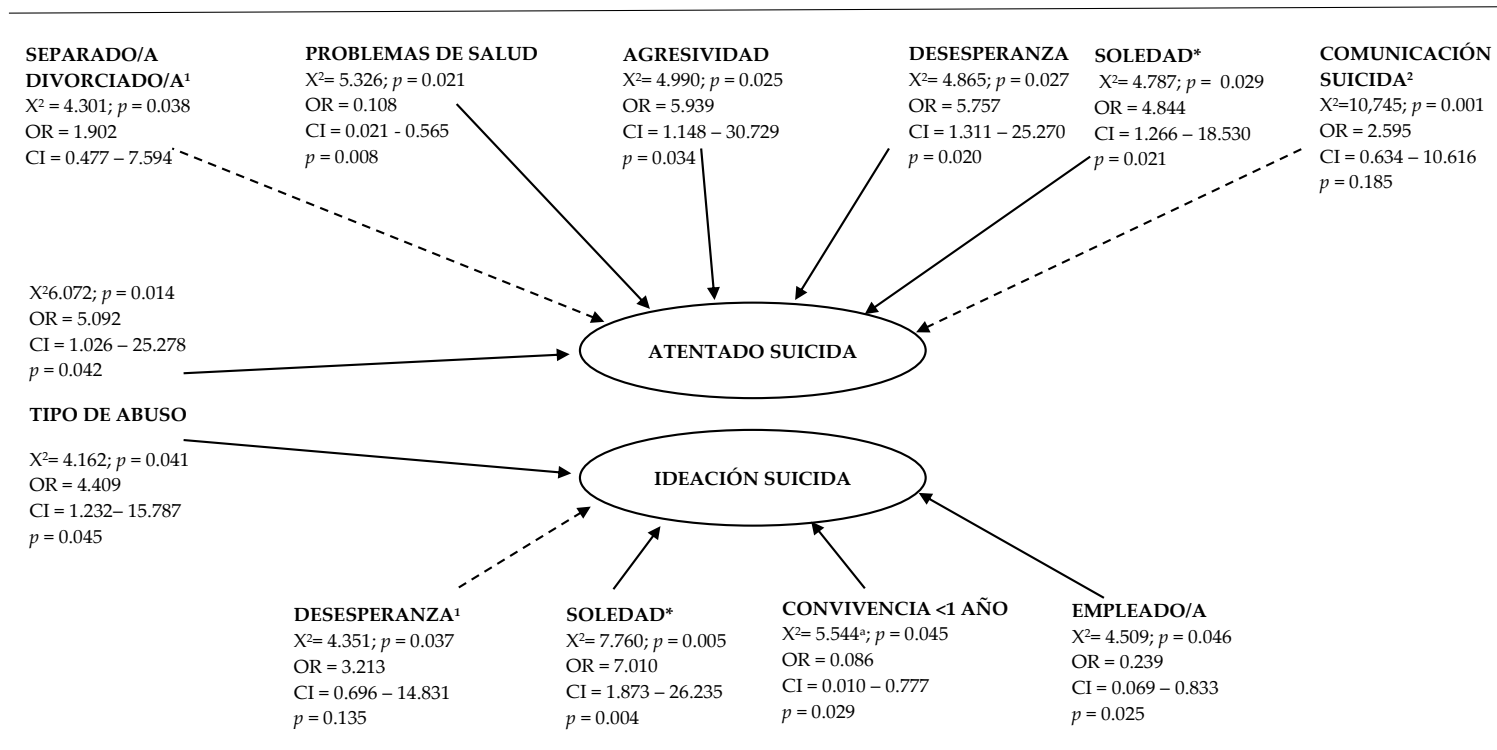
Notas: (1) Análisis descriptivo de la muestra (distribución binomial de Bernoulli). (2) Análisis intergrupar: Sin ideación suicida vs Ideación suicida (SIS vs IS). (3) Análisis intergrupar: Sin intento suicida vs intento suicida (SAS vs AS). (4) Análisis intergrupo: violencia psicológica (VPp) vs. Violencia psicológica + otro tipo de violencia (VPp+).

(*) Significación $p < 0,005$. (**). Significación $p < 0,001$. (n.s.) = no significativo. (a) Prueba exacta de Fisher.

Los análisis intergrupales mostraron asociaciones estadísticamente significativas entre los intentos de suicidio y los principales problemas de salud, sentimientos de ira hacia los demás y poco interés en relacionarse con las personas ($p < 0,005$). Asimismo, se encontró una relación estadísticamente significativa entre ideación suicida y tener poco interés en relacionarse con las personas ($p < 0,005$). Además, se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre la desesperanza y las dos conductas suicidas (IS y ASs), pero no con el tipo de violencia. Otro hallazgo relevante mostró una asociación significativa entre comunicación suicida e intentos de suicidio ($p < 0,005$). De manera similar, hubo una asociación aún más fuerte entre comunicación suicida e ideación suicida ($p < 0.001$) (Tabla 3).

Finalmente, el análisis mostró que el tipo de violencia experimentada se relacionó de manera estadísticamente significativa con la ideación suicida e intentos de suicidio ($p < 0,005$) (Tabla 3). Además de lo anterior, el análisis de diferencias entre las medias realizado mediante el estadístico U de Mann-Whitney mostró que las mujeres que indicaron haber experimentado ideación suicida e intentos de suicidio tenían puntuaciones más altas en la escala de riesgo suicida de Plutchick ($p < 0,001$). En este sentido, el grupo VPP+ también obtuvo puntuaciones más altas que el grupo VPP en dicha escala de riesgo ($p < 0,005$) (tabla 4). Los modelos de regresión basados en los datos obtenidos en esta muestra indican las mujeres que sufren violencia psicológica más otro tipo de violencia tienen mayor riesgo de generar ideación suicida y realizar intentos de suicidio que las mujeres que sufren solamente violencia psicológica (OR = 3,302; IC = 1,027-10,619; $p < 0,005$), (OR = 5,092; 1,026-25,278, $p < 0,005$) respectivamente (Figura 1).

Figure 1. Análisis de regresión logística de intentos de suicidio e ideación suicida en un grupo de mujeres victimizadas.



(1) Variable eliminada en el primer paso. (2) Variable eliminada en el segundo paso. Líneas sólidas = relaciones significativas ($p < 0,005$). Líneas punteadas = relaciones no significativas.
 *Variable “poco interés por relacionarse con las personas”.

Tabla 4. Análisis cuantitativo de la experiencia de violencia de pareja según conducta suicida y tipo de maltrato.

Variables	Análisis ¹		Análisis ²		Análisis ³		Análisis ⁴			
	\bar{x} (dt)	\bar{x} (dt)	\bar{x} (dt)	U (p - value)	\bar{x} (dt)	U (p - value)	\bar{x} (dt)	U (p - value)		
Años de relación con el agresor	14.2 (10.01)	14.2 (10.01)	13.8 (9.81)	14.4(10.24)	(n.s.)	14.8 (10.9)	12.8 (9.1)	(n.s.)	14.6 (10.3)	14 (10)
Años de convivencia con el agresor	11.5 (9.69)	11.5 (9.69)	10.9 (10.26)	11.8 (9.45)	(n.s.)	12.3 (10.2)	9.9 (8.6)	(n.s.)	12 (10.3)	11.3 (9.5)
Riesgo suicida (Plutchick)	7.77 (2.66)	7.77 (2.66)	5.5 (1.70)	9.1 (2.2)	1034 (**)	6.7 (2.2)	9.9 (2.2)	1231 (**)	6.5 (2.1)	8.3 (2.7)

Notas: (1) Análisis descriptivo de la muestra (distribución binomial de Bernoulli). (2) Análisis intergrupar: Sin ideación suicida vs Ideación suicida (SIS vs IS). (3) Análisis intergrupar: Sin Intento suicida vs intento suicida (SAS vs AS). (4) Análisis intergrupo: violencia psicológica (VPP) vs. Violencia psicológica + otro tipo de violencia (VPP+). (*) Significación $p < 0,005$. (**). Significación $p < 0,001$. (n.s.) = no significativo. (dt) = desviación estándar. U = Prueba de Mann de Whitney.

4.2.3.4. Regresión logística que examina los intentos de suicidio entre las mujeres víctimas de violencia de pareja.

Este primer análisis muestra las relaciones entre cada factor de estudio y los intentos de suicidio (Figura 1). En este sentido, los coeficientes encontrados permitieron construir un modelo de regresión válido ($p < 0,001$) para los intentos de suicidio (R^2 Nagelkerke = 0,472) que, además, presenta una bondad de ajuste óptima medida a través de la prueba de Hosmer y Lemeshow (0,944). Así, la tabla de clasificación mejoró en cada paso del análisis, clasificando el 70,8% de los positivos. De esta forma, el análisis de regresión final puede predecir los intentos de suicidio en función de la presencia de las variables relacionadas. Por otro lado, la Odds Ratio (OR) y el p -valor mejoraron luego de eliminar del análisis la variable demográfica “estado civil” (separado y/o divorciado) en el primer paso, así como la variable “comunicación suicida” en el segundo paso. Finalmente, el ajuste final de este modelo de regresión reveló que las personas expuestas a IPVp+ tienen mayor riesgo de realizar intentos de suicidio que las que padecen VPp (OR = 5,092; IC = 1,026-25,278; $p = 0,042$). Asimismo, se encontró que el sentimiento de ira hacia los demás (OR = 5.939; IC = 1.148-30.729; $p = 0.034$), desesperanza (OR = 5.757; IC = 1.311-25.270; $p = 0.020$), y el poco interés por relacionarse con otras personas (OR = 4,844; IC = 1,266-18,530; $p = 0,021$) parece aumentar el riesgo de intentos de suicidio. Por el contrario, tener problemas de salud significativos parece reducir el riesgo (OR = 0,108; IC = 0,021-0,565; $p = 0,008$).

4.2.3.5. Regresión logística que examina la ideación suicida entre mujeres víctimas

También se realizó una regresión logística para identificar las variables asociadas a la ideación suicida. Este análisis implicó varios pasos en los que se fueron incluyendo

y excluyendo progresivamente distintas variables. Después de algunos intentos, se encontró un modelo de regresión final válido ($p < 0,001$) que presenta un Nagelkerke R² de 0,396 que clasifica correctamente el 81,8% de los casos. La prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow reveló $X^2 = 5,947$ ($p = 0,429$) (Figura 1).

Este segundo modelo de regresión indica que la VPP+ se relacionó significativamente con la ideación suicida (OR = 4,409; IC = 1,232-15,787; $p < 0,005$) e intentos de suicidio (OR = 5,092, IC = 1,026-25,278, $p < 0,005$). De esta forma, el aislamiento vivido por las mujeres victimizadas fue consecuencia de los abusos perpetrados por sus agresores. Este hecho aumentaría el riesgo de experimentar ideación (OR = 7,010; IC = 1,873-26,235; $p=0,004$). Además, la desesperanza no muestra una relación estadísticamente significativa con las ideas de suicidio (OR = 3,213; IC = 0,696-14,831; $p = 0,135$), por lo que se eliminó en el primer paso del ajuste. Finalmente, este análisis de regresión revela que la convivencia con una pareja agresiva durante menos de un año (OR = 0,086; IC = 0,010-0,777; $p = 0,029$) reduciría el riesgo de ideación suicida. Asimismo, según los datos de esta muestra, las mujeres victimizadas en situación laboral activa presentan un menor riesgo de desarrollar este tipo de ideas (OR = 0,239; IC = 0,069-0,883; $p = 0,025$).

4.2.4 Discusión

La idea principal de este estudio era que la violencia de pareja podía generar una serie de consecuencias, especialmente la desesperanza asociada a un mayor riesgo de Conductas suicidas. En este sentido, nuestra primera hipótesis quedó confirmada. Existe una alta prevalencia de violencia psicológica entre las mujeres víctimas de maltrato, yendo en la misma dirección que estudios realizados previamente algunos autores (Devries et al., 2011; Martín-Fernández et al., 2019; Puente-Martínez et al., 2016; Tokuç

et al, 2010.

Por otro lado, se consideró que la violencia de pareja estaba íntimamente relacionada con la ideación suicida y los intentos de suicidio, y previsiblemente la violencia psicológica más otro tipo de violencia (VPp+) estaría asociada a un mayor riesgo de sufrir este tipo de conductas. En este sentido, se puede afirmar que esta muestra de mujeres víctimas de VP presenta una alta prevalencia de ideación suicida, comunicación suicida e intentos de suicidio. Asimismo, los resultados apoyaron la segunda hipótesis y confirmaron la relación entre violencia de pareja e ideación suicida, y también con los intentos de suicidio. Por lo tanto, estos hallazgos apuntan en la misma dirección que investigaciones anteriores (Amor, Echeburúa, Gargallo, Sarasua & Zubizarreta, 2001; Bacchus et al., 2018; Devries et al., 2011; Ely, Dulmus & Wodarski, 2002; Llosa-Martínez & Canetti-Wasser, 2019; Makaroun et al., 2020; [8,15,27,28,46,47]. Como tal, la violencia de género no parece limitarse a la presencia de un solo tipo de maltrato, sino que implica la combinación de varios, hecho que convierte a las víctimas en polivíctimas que sufren maltrato en varias modalidades al mismo tiempo (Cuadrado-Gordillo, Martín-Mora-Parra & Fernández-Antelo, 2021; Coker, Weston, Creson, Justice & Blakeney, 2005). Además, los datos confirman que las mujeres que experimentan VPp+ tienen un mayor riesgo de experimentar conductas suicidas, especialmente a la hora de realizar AS (Blasco-Ros et al., 2010; Pico-Alfonso et al., 2006). Al parecer, se destaca que la combinación de varios tipos de maltrato entre mujeres polivictimizadas podría ser la razón que explique el incremento de la conducta suicida en sus diferentes formas, pues la violencia combinada parece ser la que provoca mayores problemas de salud (Blasco-Ros et al., 2010; Devries et al., 2011; Krebs et al., 2011; Pico-Alfonso et al., 2006).

En cuanto a la desesperanza, y contrariamente a lo esperado, esta característica

fue un factor relativamente poco frecuente en esta muestra de mujeres victimizadas. Asimismo, la sintomatología depresiva y la desesperanza no se asociaron con ningún tipo de violencia (VPP o VPP+). Ambos hallazgos sugieren que (la baja frecuencia de desesperanza y la falta de relación con el tipo de VP) podría explicarse por la necesidad satisfecha de apoyo que experimentan las mujeres victimizadas una vez que llegan a los Puntos de Atención Psicológica (PAPs). En este sentido, varios estudios han demostrado que las víctimas de maltrato que buscan asesoramiento legal o ayuda psicológica tienen una mejor salud mental y menores niveles de sintomatología depresiva, incluida la desesperanza (Akers & Kaukinen, 2009; Beeble, Bybee, Sullivan, Adams & Main, 2009; Canady & Babcock, 2009; Coker et al, 2005). No obstante, como era de esperar en la tercera hipótesis, los resultados mostraron que la desesperanza está relacionada con la conducta suicida. Con ello, la sensación de desesperanza parece aumentar el riesgo de intentos de suicidio (AS), aunque por el contrario no parece aumentar el riesgo de padecer ideación suicida (IS). Esta confirmación parcial de la tercera hipótesis difiere de los estudios que han relacionado la desesperanza con un mayor riesgo de AS e IS (Bacchus et al., 2018; Constanza et al., 2022; Devries et al, 2011; Llosa-Martínez & Canetti-Wasser, 2019; Makaroun et al., 2020; Ribeiro et al., 2016; Turecki & Brent, 2016). Esta diferencia podría atribuirse al tamaño de la muestra, ya que, a medida que se amplió la muestra de estudio durante la recolección de datos, los análisis preliminares mostraron que las asociaciones entre la desesperanza y ambas conductas suicidas se hicieron más fuertes. Finalmente, no se encontró evidencia que sustente la relación entre los años de relación o convivencia con la desesperanza o con alguna otra consecuencia del maltrato. Así, es posible que las consecuencias del abuso aparezcan en las víctimas en una etapa temprana. Un hallazgo similar fue señalado por Cuadrado, Martín-Mora, y Fernández (2021), quienes señalaron que las víctimas se convierten en polivíctimas,

independientemente de la frecuencia con que se perpetraron los abusos. Por el contrario, el tiempo de convivencia parece ser relevante respecto a la probabilidad de sufrir violencia de pareja. En este sentido, se encontró que la mayor proporción de mujeres de este estudio mantuvo una relación con sus agresores durante más de 10 años. Este resultado es consistente con varios estudios que apuntan a un mayor riesgo de VP a medida que aumentan los años de relación con el agresor (Puente-Martínez et al., 2016). Además, la convivencia durante menos de un año reduce el riesgo de padecer ideación suicida. Este hallazgo revela la importancia de una detección temprana de las víctimas, factor clave que puede marcar la diferencia en cuanto al potencial de las conductas suicidas en las mujeres victimizadas.

Siguiendo con las consecuencias del abuso, no se encontró evidencia de que ninguno de los dos tipos de violencia (VPP o VPP+) esté relacionado con síntomas depresivos o problemas de salud mayores. Sin embargo, tener poco interés en relacionarse con las personas parece estar directamente relacionado con ambas conductas suicidas y aumenta el riesgo de ideación e intentos de suicidio, lo que es consistente con la proposición inicial. Además, el sentimiento de ira hacia los demás, aunque se ha relacionado con ambas conductas suicidas, aumenta el riesgo de intentos, pero no de generar ideación. Este hecho es consistente con investigaciones que han indicado que la presencia de emociones negativas (ira, tristeza, ansiedad, etc.) aumenta la probabilidad de que las víctimas incurran en conductas de riesgo (Archimi & Kuntsche, 2014). Del mismo modo, y en las condiciones adecuadas, es posible que estas emociones aversivas se conviertan en el desencadenante de conductas de riesgo aún más graves como la conducta suicida.

Otro factor consistentemente asociado con la violencia de pareja y el riesgo de suicidio es tener problemas de salud significativos (Brown, Lowe, Gibbs, Smith &

Mannell, 2022; Nock et al., 2008; OMS, 2017). En este estudio, alrededor de un tercio de las mujeres informaron tener problemas de salud significativos, sin que se observaran diferencias entre VPP y VPP+ o entre mujeres con o sin ideación suicida. No obstante, contrariamente a lo esperado, tener problemas de salud importantes reduce el riesgo de intentos de suicidio. Este resultado puede explicarse considerando la baja frecuencia de problemas de salud que presentan las mujeres de esta muestra, particularmente entre las mujeres que intentaron suicidarse en algún momento de su relación (solo el 12% de ellas había padecido algún problema de salud importante). Por otro lado, parece que no todos los problemas de salud conllevan un mayor riesgo de suicidio, por lo que sería interesante profundizar en este aspecto en futuras investigaciones (Kim, 2016). En este sentido, es posible que en esta población específica de mujeres victimizadas, la mayor percepción de apoyo social percibida por quienes visitan regularmente a su médico modifique el efecto que los problemas de salud tienen sobre la conducta suicida. Es posible que los médicos adopten el papel de una figura significativa que brinda ayuda e información a estas víctimas, contribuyendo en última instancia a que se sientan más cuidadas y valoradas (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988).

Asimismo, otra consecuencia consistentemente ligada al abuso sufrido y a la conducta suicida son los problemas de sueño (Cohen, 1988; Dillon et al., 2013; Kim, 2016). Este factor se manifestó en más de las tres cuartas partes de los casos, independientemente del tipo de violencia o la presencia de los IS o las conductas suicidas. Además, la gran mayoría de la muestra informó experimentar sentimientos de inutilidad y fracaso. Este hecho sugiere que este tipo de sentimientos podrían estar relacionados con los reiterados intentos de salir de la situación de maltrato en que se encontraban las mujeres antes de llegar a los PAPs. En ese sentido, al momento de las entrevistas, las mujeres continuaban en un momento vulnerable y en proceso de recuperación.

Finalmente, los factores demográficos que algunos estudios han relacionado con la violencia de pareja (edad, estado civil, etc.) (Devries et al., 2011; Krebs et al., 2011; Puente-Martínez et al., 2016) no se asociaron con la conducta suicida en el presente estudio. En este sentido, estar separado o divorciado no parece estar asociado a un mayor riesgo de conducta suicida. El alivio que sienten las mujeres victimizadas cuando dejan de convivir con su agresor podría ser, desde este punto de vista, el hecho de que detenga la escalada de gravedad y minimice las posibilidades de que la ideación suicida termine en intentos de suicidio.

Por otro lado, como sugieren varios autores, el desempleo puede ser un factor de riesgo para la conducta suicida (Tokuç et al., 2010). En este sentido, los resultados mostraron que la situación laboral activa reduce el riesgo de sufrir ideas de suicidio. Este hallazgo encaja bien con los resultados de un metaanálisis (Nock et al., 2008) que indicó un mayor riesgo de conductas suicidas entre las personas desempleadas. Las mujeres ocupadas posiblemente cuentan con un mayor apoyo social que les permite hacer frente a la situación estresante (Cohen, 1988) derivada, en este caso, del maltrato.

En cuanto a la experiencia del maltrato (fuga de casa, miedo por la propia vida, etc.), la importancia de los antecedentes familiares ha sido destacada en varios estudios, sugiriendo un mayor riesgo de sufrir VG al haber presenciado violencia de pareja en la familia (García-Leiva et al., 2019; Enríquez-Canto et al., 2020; Mannell et al., 2022; Park & Kim, 2018). Los resultados mostraron que las mujeres que sufrieron violencia psicológica junto a otros tipos de violencia (VPp+) presenciaron violencia de pareja en la familia con más frecuencia que las víctimas que experimentaron solamente violencia psicológica. Otro hallazgo significativo relacionado con el maltrato experimentado fue que la mayoría de las mujeres temieron por su vida en algún momento de la relación con su pareja, hecho muy frecuente entre las víctimas de VP (Puente-Martínez et al., 2016).

Específicamente, en este estudio, el miedo es más frecuente entre las mujeres que experimentaron VPP+ que entre las que sufrieron otro tipo de violencia de forma aislada (psicológica, física o sexual). Quizás esta emoción, al estar más relacionada con la intimidación física por parte de la pareja, justifica que en esta muestra se dé en menor medida entre las mujeres que sólo sufrieron violencia psicológica (Ministerio de Igualdad, 2020). Finalmente, cabe destacar un factor polivalente, el consumo de alcohol entre las mujeres victimizadas. Es un factor que se considera predictor y, al mismo tiempo, consecuencia de la VP, además de ser un factor de riesgo de suicidio. Los resultados indicaron una mínima incidencia frente a estudios que relacionan la VP con mayores niveles de consumo, coincidiendo así con la opinión de profesionales médicos de atención primaria que, desde su posición en la detección de la victimización, han señalado que el consumo de alcohol puede ser un factor que agrave la situación de abuso, pero que no precipita el fenómeno (Cuadrado-Gordillo & Parra, 2021).

4.3. Estudio 3. Health Service Protection vis-à-vis the Detection of Psychosocial Risks of Suicide during the Years 2019–2021

4.2.1 Objetivos e hipótesis

Los objetivos del estudio fueron determinar (i) qué personas tenían problemas de salud mental entre los fallecidos por suicidio en la región de Extremadura durante los años 2019-2021 y (ii) qué tipo de asistencia sanitaria demandaron.

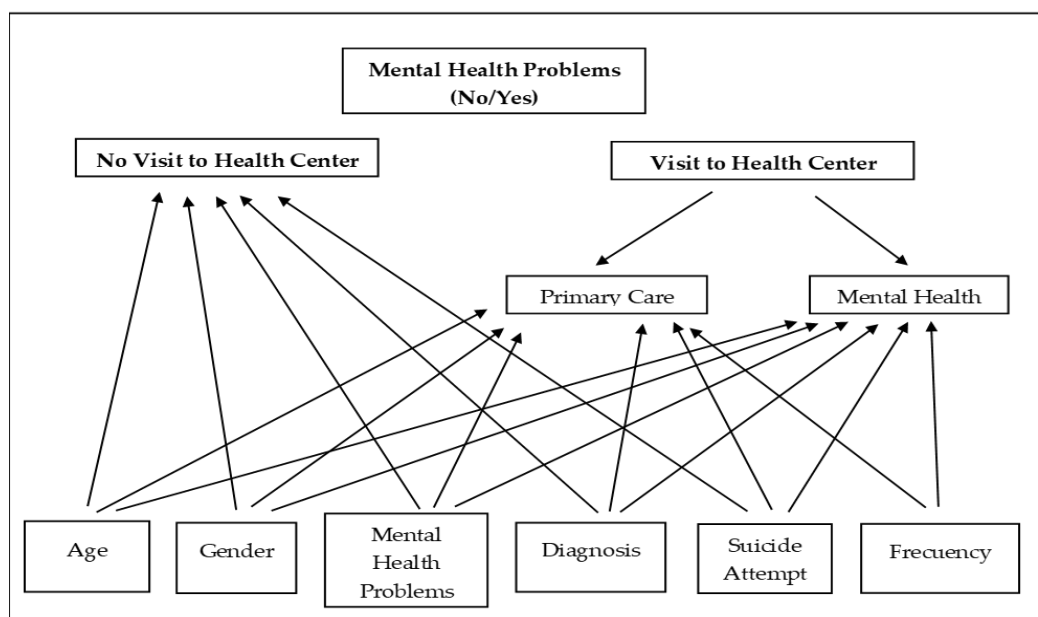
4.3.2. Método

4.3.2.1. Diseño del estudio

Este estudio fue descriptivo y transversal. La muestra se dividió en dos grupos (problemas de salud mental sí/no). A su vez, estos dos grupos se subdividieron en cuatro: visita a los servicios de salud (sí/no) y tipo de servicio de salud (Salud Mental/Atención

Primaria). Las variables demográficas y clínicas del estudio fueron: año del caso, sexo, edad, diagnóstico, intentos de suicidio y visitas a los centros de salud (tipo de servicio y última visita). El diseño compara los cuatro grupos para explorar las características diferenciales entre las personas que presentan problemas de salud mental y las que no, y luego explorar si existen características diferenciales entre las personas que acuden a Atención Primaria o Salud Mental. Específicamente, el interés de la investigación fue analizar las variables de estudio en el grupo de personas con problemas de salud mental que acuden a los servicios de salud ya que son el grupo con mayor posibilidad de ser detectado por los profesionales de la salud. La Figura 1 muestra el diseño final del estudio.

Figura 1. Diseño del estudio



4.3.2.2. Participantes

La población de estudio (N = 265; hombres = 83%; mujeres = 17%) estuvo formada por todos los casos registrados de muerte por suicidio en Extremadura (España) desde el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2021. Las edades de los participantes tenían de 19 a 94 años (M= 56,52; DT=17,963).

4.3.2.3. Adquisición de datos y procedimiento

Los datos han sido extraídos de los registros de muertes por suicidio (MPS) de los Institutos Provinciales de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLyCFs) de Cáceres y Badajoz (Extremadura), con la aprobación del Comisión de Docencia de estos centros y la autorización del Ministerio de Justicia de España, ambos sujetos a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Se incorpora información complementaria adicional facilitada por la Comandancia de la Guardia Civil de Extremadura. La información complementaria que se recoge son los datos demográficos (sexo y edad) que faltan en los expedientes del IMLyCFs.

Se revisaron los registros de los años 2019-2021 y se recogieron las MPS ocurridas en ese período, incorporando las variables de estudio (Figura 1). Todas las variables se codificaron de forma dicotómica (sí/no) excepto el año y la edad, que se clasificaron en tres grupos cada una (2019; 2020; 2021) y (<40; 40-69; >69) respectivamente.

4.3.2.4. Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS v.26; IBM Corp. Armonk, NY, EE. UU.). En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo para determinar la distribución de las variables independientes (demográficas y clínicas) en la población de estudio. A continuación, la población se dividió en dos grupos: “personas con problemas de salud mental” y “personas sin problemas de salud mental”. Posteriormente, se realizaron análisis exploratorios en ambos grupos buscando posibles asociaciones entre las variables independientes y la variable dependiente "Visitas a Centros de Salud" (Sí/No). En segundo lugar, se exploraron las relaciones entre la variable dependiente “tipo de servicio” (Centro de Salud

Mental o Centro de Atención Primaria) y las variables independientes mediante análisis univariados. Como control, se comprobaron las posibles interacciones entre todas estas variables. Estos análisis se realizaron mediante la prueba univariada de Chi-cuadrado de Pearson por capas y la prueba exacta de Fisher para variables dicotómicas y politómicas.

Finalmente, se exploraron las posibles relaciones entre las variables demográficas y clínicas y el tipo de servicio de salud utilizado aplicando una regresión logística binaria hacia atrás por pasos (condicional). Estos análisis de regresión incluyeron el conjunto de variables que fueron estadísticamente significativas en los análisis univariados, así como las interacciones significativas entre ellas. Las razones de probabilidad (OR) resultantes de estas pruebas indican una mayor probabilidad de que ocurra un evento cuando $OR > 1$ y el límite inferior del intervalo de confianza (IC) es mayor que 1, y una menor probabilidad de ocurrencia cuando $OR < 1$ y significación estadística cuando el límite superior del IC no excede de 1.

4.3.3 Resultados

4.3.3.1. Análisis de las características demográficas y clínicas

La Tabla 1 presenta los resultados del análisis descriptivo de los 265 casos incluidos en este estudio. Se observa en la tabla que las muertes por suicidio se distribuyeron uniformemente con respecto al año del caso. Por sexo, la mayoría de los casos eran hombres ($X^2 = 115.566; p < .001$), de los cuales un gran porcentaje (55,5%) se encontraban en el grupo de edad de 40 a 69 años ($X^2 = 63.530; p < .001$). Algo más de la mitad padecía problemas de salud mental (55,1%; n.s.). Los intentos de suicidio previos fueron un fenómeno relativamente infrecuente (17,4%; $p < 0,001$).

En cuanto a los problemas de salud mental, el trastorno del estado de ánimo estuvo presente en el 38,9% de los casos, siendo el más frecuente de los diagnósticos ($X^2 = 218,226; p < ,001$). El abuso de sustancias y otros trastornos (psicóticos y de personalidad)

fueron menos frecuentes. Sólo el 6,1% de las personas tenía una enfermedad crónica. En cuanto a las visitas a los servicios de salud, solo algo más de la mitad de las personas (57,36%; $p < 0,001$) habían realizado una o más durante el último año (35,8%; $p < 0,001$) o los últimos tres meses (21,8 %; $p < .001$) antes de suicidarse.

Tabla 1. Análisis de las variables demográficas y clínicas de las personas que murieron por suicidio.

Muertes por suicidio (N 265)		
	N (%)	X² (p-Value)
Visitas a Centros de Salud		
No	113 (42.64)	(n.s.)
Sí	152 (57.36)	
Año del caso		
2019	90 (34)	(n.s.)
2020	93 (35)	
2021	82 (31)	
Sexo		
Hombres	220 (83)	115.566 (*)
Mujer	45 (16)	
Edad		
<40 años	44 (16.6)	63.540 (*)
40 - 69 años	147 (55.5)	
>70 años	74 (27.9)	
Problemas de Salud mental		
No	119 (44.9)	(n.s.)
Sí	146 (55.1)	
Diagnóstico		
Estado de ánimo	103 (70.55)	218.226 (*)
Abuso de sustancias	10 (6.84)	
Otros (psicosis, demencia, personalidad)	17 (11.64)	
Enfermedad crónica		
No	249 (93.9)	204.864 (*)
Sí	16 (6.1)	
Atentado suicida		
No	219 (82.6)	112.940 (*)
Sí	46 (17.4)	
Visita últimos tres meses		
No	207 (78.2)	83.777 (*)
Sí	58 (21.8)	
Visita último año		
No	171 (64.2)	22.374 (*)

(*) $p < .001$. (n.s.) = no significativo.

4.3.3.2. Análisis descriptivo del grupo de personas sin problemas de salud mental

Esta sección presenta los resultados del análisis descriptivo del grupo personas sin antecedentes psiquiátricos conocidos (Tabla 2). Este grupo representa el 44,9% de los

casos de muertes por suicidio, y se distribuye uniformemente con respecto al año del caso. Como se puede observar, sólo el 8,1% de las personas sin problemas de salud mental fueron atendidas en un centro de salud ($X^2 = 134,247$; $p < ,001$).

En cuanto a las variables demográficas, los hombres se suicidaron en mayor medida que las mujeres ($X^2 = 52,445$; $p < ,001$), siendo significativamente más numeroso el grupo de edad de 40 a 69 años ($X^2 = 30.672$; $p < .001$). Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre haber visitado los servicios de salud y ninguna de las variables demográficas o clínicas analizadas, registrándose solo un caso de muerte por suicidio en este grupo de personas (tabla 2).

Tabla 2. Análisis descriptivo del grupo de personas sin problemas de salud mental.

Muertes por suicidio de personas sin problemas de salud mental				
N (%)				
119 (44.9)				
	Visitas a centros de salud			Chi Cuadrado (<i>p</i> -Value)
	No	Sí	Total	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Visitas a centros de salud	110 (91.9)	9(8.1)	119	134.274 (*)
Año del caso				
2019	35 (89.7)	4 (10.3)	39 (43.3)	
2020	40 (9.3)	3 (90.7)	43 (46.2)	n.s.
2021	35 (94.6)	2 (5.4)	37 (45.1)	
Sexo				
Hombre	91 (75)	8 (25)	99 (37.4)*	n.s.
Mujer	19 (95)	1 (5)	20 (44.4)	
Edad				
<40 años	18 (78.3)	5 (21.7)	23 (52.3)	
40 - 69 años	64 (94.1)	4 (5.9)	68 (46.3)*	n.s.
>70 años	28 (100)	-	28 (51.1)	
Enfermedad crónica				
	-	-	-	-
Atentado suicida				
	1 (100)	-	1 (2.2)	-
Visitas tres últimos meses				
	-	3 (100)	3 (4.8)	-
Visitas último año				
	-	6 (100)	6 (6.3)	-

(*) $p < .001$. (n.s.) = no significativo.

4.3.3.3. Análisis descriptivo del grupo de personas con problemas de salud mental

Esta sección presenta los resultados del análisis descriptivo del grupo de personas con problemas de salud mental. La distribución para las variables año del caso, edad y sexo es similar a la del grupo de personas sin antecedentes de psicopatología (Tablas 2-

3). Casi 5 veces más hombres se suicidaron que mujeres durante el período estudiado ($X^2 = 63.123$; $p < .001$), hubo más casos en el grupo de edad de 40 a 69 años ($X^2 = 34.78$; $p < .001$), y hubo sin diferencias por año del caso.

Respecto a las visitas a los centros de salud, el 97,9% de las personas con antecedentes psiquiátricos acudieron a alguno de los servicios de salud (Atención Primaria o Salud Mental) ($X^2 = 218,972$; $p < ,001$), de los cuales el 30,1% había realizado un intento de suicidio previo .

Se encontraron problemas de salud mental comórbidos entre quienes padecían una enfermedad crónica ($X^2 = 12.659$ ($< .001$); $p < .001$). Además, todos estos casos habían consultado a un servicio de salud en los últimos tres meses ($X^2 = 55.200$ $p < .001$) o en el último año antes de suicidarse ($X^2 = 108.296$; $p < .001$).

Tabla 3. Análisis descriptivo del grupo de personas con problemas de salud mental.

Muertes por suicidios con problemas de salud mental				
	N (%)			
	146 (55.01)			
	Visitas a centros de salud			Chi Cuadrado (<i>p</i>-Value)
	No	Yes	Total	
Visitas a centros de salud	N (%)	N (%)	N (%)	
Visitas a centros de salud	3 (2.1)	143 (97.9)	146	218.972 (< .001) (*)
Año del caso				
2019	1 (2)	50 (98)	51 (56.7)	
2020	-	50 (100)	50 (53.8)	(n.s.)
2021	2 (4.4)	43 (95.6)	45 (54.9)	
Sexo				
Hombre	2 (.99)	119 (99.1)	121 (62.6)*	(n.s.)
Mujer	1 (4)	24 (96)	25 (55.6)	
Edad				
<40 años	-	21 (100)	21 (47.7)	(n.s.)
40 - 69 años	2 (2.5)	77 (97.5)	79 (53.7)*	(n.s.)
>70 años	1 (2.2)	45 (97.8)	46 (48.9)	(n.s.)
Enfermedad crónica	-	16 (100)	16	12.659 (< .001) (*)
Atentado suicida	1 (2.2)	44 (97.8)	45 (97.8)	33.372 (< .001) (*)
Visitas los tres últimos meses	-	55 (100)	58 (95.2)	55.200 (< .001) (*)
Visitas en el último año	-	88 (100)	88 (93.7)	108.296 (< .001) (*)

(*) $p < .001$. (n.s.) = no significativo.

Los resultados presentados hasta el momento muestran que las personas sin antecedentes psicopatológicos conocidos acuden escasamente a los servicios de salud. Esto nos llevó a considerar que un análisis comparativo basado en las posibles diferencias entre los grupos (con o sin problemas de salud mental) no aportaría información adicional. Para ello, en el siguiente subapartado se presenta un análisis más exhaustivo considerando únicamente el colectivo de personas con problemas de salud mental y su relación con los diferentes servicios sanitarios (Atención Primaria y Salud Mental).

4.3.3.4. Análisis univariante del grupo de personas con problemas de salud mental

En la tabla 4 se recogen los resultados del análisis univariado del colectivo de personas con problemas de salud mental y su relación con los diferentes servicios de salud. La prueba X^2 de Pearson mostró que en este grupo de personas las variables año del caso, sexo, edad, diagnóstico, intentos de suicidio previos y última visita se correlacionaron significativamente con el tipo de servicio. Así, sólo 3 (2,1%) personas no habían asistido a los servicios de salud en el año anterior. De los 143 casos que sí mantuvieron contacto con los servicios de salud, el 67,3% lo hizo con Atención Primaria y el resto (32,7%) con Salud Mental. Este resultado indica que las personas con problemas de salud mental acuden en mayor medida al servicio de Atención Primaria que al de Salud Mental ($X^2 = 10.636; p = .001$).

En cuanto a las variables demográficas, se encontró una relación significativa entre el año del caso y las visitas a los centros de salud. Este hallazgo indicó un mayor número de visitas durante el año 2020 en comparación con los años 2019 y 2021 ($p < .05$). Asimismo, se encontró una relación estadísticamente significativa entre la variable sexo y el tipo de servicio al que asistían hombres y mujeres ($p < .05$). De las mujeres, el 54,2% acudió al servicio de atención especializada en Salud Mental frente al 32,8% de

los hombres, siendo estos últimos también los casos que acudieron en mayor medida a los servicios de Atención Primaria ($p < 0,001$). Por edades, las personas entre 40 y 69 años acuden con más frecuencia al servicio de atención especializada en Salud Mental que el resto de los grupos de edad ($p < .005$), mientras que las personas mayores de 70 años acuden con mayor frecuencia al servicio de Atención Primaria ($p < 0,05$) (OR=0,450; IC=0,204 – 0,991).

Respecto a la valoración de la salud mental, los problemas relacionados con el estado de ánimo se presentan en mayor proporción que el resto ($p < .001$). Sin embargo, solo el abuso de sustancias y diagnósticos como psicosis, demencia y trastorno de la personalidad se relacionaron significativamente con el tipo de servicio de salud ($p < 0,01$; $p < 0,001$). Además, se encontró que ninguna de las personas diagnosticadas de abuso de sustancias acudió a servicios especializados de Salud Mental, pero sí a Atención Primaria ($p < 0,01$). Por el contrario, las personas con psicosis, demencia y trastornos de personalidad acuden mayoritariamente al servicio de Salud Mental ($p < 0,001$).

Los intentos previos de suicidio también se correlacionaron significativamente con el tipo de servicio de salud ($p < 0,005$). Llama la atención que casi la mitad de las personas con intentos previos fueron atendidas en Atención Primaria (OR=1,578; IC=1,116 – 2,231) y que casi la mitad de las personas que acudieron al servicio especializado habían intentado suicidarse al menos una vez antes de fallecer por suicidio (OR=3,043; IC=1,456 – 6,360).

Finalmente, el análisis mostró que la última visita se correlacionó significativamente con el tipo de servicio atendido ($p < .001$). Así, aproximadamente el 60% de las personas que acudieron al servicio de Salud Mental lo hicieron en los últimos meses antes de morir por suicidio. Esto indica que las visitas en los últimos 3 meses están vinculadas al servicio de Salud Mental, mientras que la mayoría de las personas que

acudieron a Atención Primaria lo hicieron en el transcurso del último año ($p < .001$).

Tabla 4. Análisis univariante del grupo de personas con problemas de salud mental según tipo de servicio de salud.

Variable		Health Center (type)		Chi Square (p -Value) Odd Ratio (C.I.:95%)	
		Primary Care	Mental Health		
		N (%)	N (%)		
Health Care		91	52	10.636; $p=.001^*$	
Year of case					
2019	No	57 (61.3)	36 (38.7)	-	
	Yes	34 (68)	16 (32)	-	
2020	No	66 (71)*	27 (29)	6.178 (.013)*	
	Yes	25 (50)	25 (50)	2.444 (1.199 - 4.985)*	
2021	No	59 (59)	41 (41)	-	
	Yes	32 (74.4)	11 (25.6)	-	
Sex					
Male		80 (67.2)*	39 (43.3)*	3.950 (.047)*	
Female		11 (45.8)	13 (54.2)	2.424 (.996 - 5.900)	
Age					
<40 years	No	74 (60.7)	48 (39.3)	-	
	Yes	17 (81)*	4 (19)	-	
40 - 69 years	No	51 (77.3)	15 (22,7)	9.849 (.002)*	
	Yes	40 (51.9)	37 (48.1)*	3.145 (1.517 - 6.519)*	
>70 years	No	57 (58.2)	41 (41.8)	4.031 (.045)*	
	Yes	34 (75.6)	11 (24.4)	.450 (.204 - .991)*	
Mental Health Problems		91 (63.7)	52 (36.3)	20.664 (.000)*	
Diagnosis					
Mood Disorders	No	28 (63.6)	16 (36.4)	-	
	Yes	63 (63.6)*	36 (36.4)*	19.973 (< .001)*	
Substances abuse	No	81	52	6.144a (.009)*	
	Yes	10	-	-	
Others (psychotics, dementia, personality)	No	88 (68.8)	40 (31.3)	13.789 (.000)*	
	Yes	3 (9.5)	12 (23.1)	8.800 (2.353 - 32.916)*	
Chronic Illness	No	79 (62.2)	48 (37.8)	-	
	Yes	12 (75)	4 (25)	-	
Suicidal attempts					
No		71 (71.7)*	28 (28.3)	9.079 (.003)*	
Yes		20 (45.5)	24 (54.5)	3.043 (1.456 - 6.360)*	
Health center					
Visit three months prior		Yes	25 (45.5)	30 (54.5)*	12.768 (.000)*
Visit last year prior		Yes	66 (75)*	22 (25)	3.600 (1.757 - 7.376)*

(*) $p < .001$. (n.s.) = no significativo.

4.3.3.5. Análisis de regresión logística

Se realizaron dos regresiones logísticas binarias para explorar la forma en que las

variables independientes (año del caso, sexo, edad, intento de suicidio, diagnóstico y última visita) se relacionaban con cada uno de los servicios de salud visitados. Las tablas 5 y 6 muestran los resultados de estos análisis.

En el primero, se aplicó una regresión logística multivariante para probar el sexo, la edad, los intentos de suicidio previos y el diagnóstico. Como medida de control se incluyeron las interacciones significativas entre estas variables. La prueba de ajuste del modelo de regresión fue válida ($p < .001$), y el R^2 de Nagelkerke fue moderado (.362). Como se observa en la Tabla 5, hubo asociaciones significativas del grupo de edad de 40 a 69 años ($p=.016$), intentos de suicidio previos ($p=.027$), diagnóstico de psicosis ($p=.001$) y visita al centro de salud. servicios en los tres meses anteriores ($p<.001$) con la utilización del servicio especializado de Salud Mental. Estos resultados muestran que las personas entre 40 y 69 años y aquellas que habían intentado suicidarse tenían casi tres veces más probabilidades de acudir al servicio de salud mental. En el mismo sentido, las personas diagnosticadas con psicosis tenían casi 14 veces más probabilidades de utilizar este servicio de salud.

Table 5. Resultados del análisis multivariado (1).

	B	p-Value	O.R.	I.C.= 95%	
40 a 69 años	1.022	.016	2.750	1.212	6.376
Atentados suicidas	.989	.027	2.689	1.121	6.451
Visitas últimos tres meses	1.749	.000	5.752	2.440	13.556
Psicosis	2.626	.001	13.816	3.044	62.701

Incluimos en una segunda regresión logística la variable año de la caso así como todas las interacciones entre las variables que resultaron significativas en el análisis univariado (Tabla 6). La ecuación del modelo de regresión fue válida ($p < .001$), y el R^2 de Nagelkerke fue .395. Una prueba de Hosmer-Lemeshow mostró que el ajuste del

modelo era bueno ($p = .499$). El modelo de regresión final mostró que el año del caso (año 2020; $p = .022$), visitas en los últimos 3 meses ($p < .001$), intentos de suicidio en personas de 40 a 69 años ($p < .001$,) y el diagnóstico de psicosis ($p = .001$) se asociaron al servicio de Salud Mental.

Tabla 6. Resultados del análisis multivariado (2).

Variables	B	<i>p</i> -Value	O.R.	I.C. = 95%	
Año 2020	.992	.022	2.696	1.151	6.321
Visita tres últimos meses	1.928	.000	6.878	2.795	16.928
Atentado suicida * 40 a 60 años	2.490	.000	6.692	2.256	1,848
Psicosis	1.901	.001	12.071	2.600	56.041

4.3.4 *Discusión*

Este estudio replica algunos resultados universales sobre las características demográficas asociadas a los suicidios, como la edad más prevalente (40-60 años) (OMS, 2014) y la gran diferencia en cuanto al sexo, encontrando hasta tres veces más muertes entre hombres que mujeres (OMS, 2014). La diferencia en términos de sexo se ha explicado tradicionalmente por el uso de métodos más letales por parte de los hombres (OMS, 2014). Por otro lado, en cuanto a la variable “año del caso”, en línea con varios estudios (Puig-Amores et al., 2021), durante 2020 (año de la pandemia de COVID-19), no hubo una gran diferencia de suicidios consumados en comparación con el año anterior y el año siguiente. Sin embargo, nuestros resultados indican que durante 2020 las personas que se suicidaron hicieron un mayor uso de los Servicios de Salud Mental en comparación con los años anteriores. Este resultado podría estar relacionado con el aumento de los problemas de salud mental observados tras el período de confinamiento. La duración del encierro, el miedo a enfermar, la frustración por no poder realizar las actividades

cotidianas como salir de casa, la pérdida de libertad, la separación del entorno y la incertidumbre fueron algunos de los síntomas psicosociales. estresores sociales asociados a la situación de salud que fueron potenciales generadores de efectos psicológicos negativos durante la pandemia (Brooks et al., 2020).

De acuerdo con investigaciones recientes (Ryan & Oquendo, 2020), la mayoría de las personas de nuestra población de estudio que fallecieron por suicidio tenían una enfermedad mental, aunque muchas de ellas no fueron diagnosticadas ni tratadas en servicios especializados (Ahmedani et al., 2014; Luoma et al., 2002). Teniendo en cuenta que padecer problemas psicológicos no implica necesariamente una conducta suicida, muchas veces se subestima el riesgo y más aún cuando no ha habido intentos de suicidio previos (Large et al., 2017). Algo similar podría haber ocurrido en esta población de estudio. De hecho, el antecedente de intento de suicidio fue relativamente poco frecuente (17,4%), cifra cercana a la obtenida en otro estudio reciente (Jordan & McNiel, 2020) que examinó las muertes por suicidio ocurridas entre 2005 y 2013, y que mostró que el 79% de estas personas consumaron el acto en el primer intento.

En el mismo estudio (Jordan & McNiel, 2020), encontraron que aproximadamente la mitad de las personas fallecidas por suicidio no tenían antecedentes psiquiátricos conocidos. Por tanto, estas personas apenas habían mantenido relación con los servicios de salud durante el último año antes de fallecer, como es bastante frecuente en esta población (Fradera et al., 2022). Sin embargo, parece más que probable que aquellos sin diagnóstico que fallecieron por suicidio sufrieran algunas características de salud mental subclínica, hecho sugerido por investigaciones previas como la realizada por Joiner, Buchman-Schmitt & Chu (2017). Esta realidad implica la existencia de un grupo de personas en riesgo de suicidio que son difíciles de identificar y, en consecuencia, bastante difíciles de prevenir desde el ámbito sanitario. Asimismo, en línea con algunos estudios

previos (Ahmedani et al., 2014; Luoma et al., 2002), nuestros resultados indican que la mayoría de los casos habían acudido en mayor medida al servicio de Atención Primaria en los meses previos a fallecer.

La falta de atención especializada en Salud Mental entre las personas que padecían problemas psíquicos asociados a algún tipo de enfermedad crónica sugiere que en algunos casos, como se observa en esta muestra, el médico de Atención Primaria asume la supervisión de muchos de sus pacientes en materia de salud mental (63,7% en este estudio). Este hecho apunta a la necesidad de revisar los protocolos de Atención Primaria en cuanto al abordaje de los pacientes con enfermedades crónicas y problemas de salud mental comórbidos. En este sentido, el Plan de Prevención del Suicidio de la región de estudio (Martín-Morgado et al., 2017) insiste en formar a los profesionales sanitarios en la detección e intervención de las conductas suicidas como estrategia preventiva eficaz. Este mismo hecho ha sido corroborado por diversos autores en diversos estudios (Isaac et al., 2009; Hawgood, Woodward, Quinnett & De Leo, 2021; Mann, Michel & Auerbach, 2021; Okolie, Dennis, Simon Thomas & John 2017; Van der Feltz-Cornelis et al., 2011). No obstante, estas medidas preventivas no serían suficientes, siendo necesaria una revisión adicional de pautas del tiempo de consulta. Estudios previos (Cuadrado-Gordillo & Parra, 2021) han demostrado que los médicos de Atención Primaria apenas disponen de 6 minutos por paciente, tiempo claramente insuficiente para realizar un buen diagnóstico en casos como estos. Las mejores prácticas basadas en la evidencia abordan la naturaleza fluctuante del riesgo de suicidio, señalando que se requiere una evaluación continua del riesgo, una intervención directa y un seguimiento a largo plazo (Brodsky, Spruch-Feiner & Stanley, 2018).

En este sentido, nuestro estudio aporta información de interés para el trabajo de prevención del suicidio en los Servicios de Salud, señalando algunas características

clínicas presentes en las personas fallecidas por suicidio en los últimos tres años, y abre una vía de observación para mejorar la estimación del riesgo de suicidio en aquellas personas que acuden a los Servicios de Salud en busca de ayuda. Además, la fuerza del estudio radica en advertir sobre la necesidad de incrementar los recursos para mejorar la eficacia de los profesionales en la práctica clínica, siendo esto especialmente relevante en Atención Primaria ya que gran parte de las personas que se suicidan cada año fallecen hacen uso de este servicio en el último año y en los tres meses previos al suicidio (Mann et al., 2021).

Teniendo en cuenta lo anterior, si bien ha habido avances y un esfuerzo en relación a las políticas públicas dirigidas a enfrentar y prevenir el suicidio (Martín-Morgado et al., 2017), sigue siendo un gran desafío para los profesionales de la salud caracterizar e identificar a las personas con mayor riesgo de intentar y consumir el suicidio. Ante este hecho, se vuelve importante conocer cuáles son las características de los individuos que intentan o cometen suicidio para que se puedan generar nuevas estrategias que eviten esa consumación y coadyuven en el tratamiento de quienes intentaron suicidarse. Por tanto, una importante implicación práctica del presente estudio para la práctica clínica y para el desarrollo de políticas de prevención del suicidio es precisamente la incorporación de los resultados, obtenidos del análisis de datos clínicos, a los protocolos de prevención de los servicios de Atención Primaria. Con ello, se puede esperar que las exploraciones rutinarias en Atención Primaria sean más efectivas en la detección de riesgo. En tanto, cabe señalar que la evaluación del paciente suicida debe seguir siendo responsabilidad de un profesional experto en salud mental, quien debe combinar el juicio clínico con el conocimiento de los factores de riesgo y protectores empíricamente validados y sopesar estos factores de la mejor manera posible (Honjo et al., 2018). Sin embargo, como se ha puesto de manifiesto en la presente investigación y en estudios previos (Cuadrado-

Gordillo & Parra, 2021; Karlsson, Marmstål Hammar & Kerstis, 2021) la labor de este experto no se limita necesariamente al servicio especializado de Salud Mental, ya que el papel de Atención Primaria es fundamental en el cribado y seguimiento de los pacientes. En consecuencia, una mayor atención a la formación especializada para la detección del suicidio sería otro factor clave para una prevención eficaz, incluyendo a todos los profesionales en contacto con la población de riesgo.

5. Discusión General

El objetivo principal de este trabajo fue profundizar en el fenómeno del suicidio en Extremadura durante los años 2015-2021. A través de tres objetivos específicos, se buscaba analizar la evolución de las tasas de suicidio, la relación entre la violencia de pareja y la conducta suicida en mujeres, y los factores de riesgo asociados a las personas que fallecieron por suicidio y buscaron ayuda médica. Los resultados de esta investigación podrían contribuir a la prevención y la intervención temprana en casos de suicidio. A continuación se integra las discusiones de los tres estudios presentados.

Algunos estudios previos examinaron las consecuencias negativas de la crisis generada por el COVID-19 en la salud mental de las personas, pero no existe suficiente evidencia que respalde un aumento de muertes por suicidio durante el confinamiento. Algunas investigaciones han informado estabilidad o disminución en las tasas de suicidio. Aunque no se puede afirmar un cambio significativo en la tendencia de suicidios en Extremadura durante la pandemia, se reconoce la importancia de explorar el impacto a corto y largo plazo. Los posibles factores mediadores, como medidas económicas y cohesión social, podrían haber actuado como protectores de la salud mental. En consecuencia, se sugiere la necesidad de intervenciones psicosociales para prevenir complicaciones poscrisis y detectar a personas en riesgo de suicidio durante el período

posterior a la pandemia. Además, se destaca la importancia de monitorear las tendencias epidemiológicas del suicidio y llevar a cabo investigaciones a nivel local para diseñar estrategias de prevención efectivas. En este sentido, en este estudio se replican algunos resultados universales sobre las características demográficas asociadas a los suicidios. Se encontró que la edad más prevalente para los suicidios es entre los 40 y 60 años, y que hay una gran diferencia de género, con hasta tres veces más muertes por suicidio entre hombres que mujeres. Esta diferencia de género puede explicarse por el uso de métodos más letales por parte de los hombres.

Aunque durante el año 2020, en medio de la pandemia de COVID-19, no se observó una gran diferencia en el número de suicidios consumados en comparación con los años anteriores, las personas que se suicidaron ese año hicieron un mayor uso de los servicios de salud mental, posiblemente debido al aumento de los problemas de salud mental durante el período de confinamiento. La mayoría de las personas que fallecieron por suicidio tenían una enfermedad mental, aunque muchas de ellas no fueron diagnosticadas ni tratadas en servicios especializados. A menudo, el riesgo de suicidio se subestima cuando no ha habido intentos de suicidio previos. Además, aproximadamente la mitad de las personas que fallecieron por suicidio no tenían antecedentes psiquiátricos conocidos y apenas habían tenido contacto con los servicios de salud en el último año antes de su muerte. Esto sugiere la existencia de un grupo de personas en riesgo de suicidio que son difíciles de identificar y prevenir desde el ámbito sanitario.

En este estudio, se observó que muchos de los casos de suicidio habían acudido al servicio de Atención Primaria en los meses previos a su fallecimiento, lo cual sugiere la necesidad de revisar los protocolos de Atención Primaria para abordar adecuadamente a los pacientes con enfermedades crónicas y problemas de salud mental comórbidos. Además, se destaca la importancia de formar a los profesionales sanitarios en la detección

e intervención de las conductas suicidas y, por ello, resalta la necesidad de incrementar los recursos y mejorar la eficacia de los profesionales de la salud en la práctica clínica, especialmente en Atención Primaria, ya que muchas personas que se suicidan hacen uso de este servicio en el último año y en los meses previos al suicidio. En consecuencia, se sugiere la incorporación de los resultados de este trabajo obtenido del análisis de datos clínicos a los protocolos de prevención en Atención Primaria para mejorar la detección del riesgo de suicidio.

En relación a la violencia de pareja y la conducta suicida en mujeres, se confirmó una alta prevalencia de violencia psicológica en estas mujeres, lo cual se asoció con un mayor riesgo de conductas suicidas. Además, se encontró una relación entre la violencia psicológica y las ideas suicidas, así como con los intentos de suicidio. Estos hallazgos concuerdan con investigaciones anteriores que han vinculado la violencia de género con problemas de salud mental y suicidio. Se observó que la violencia de género no se limita a un solo tipo de maltrato, sino que implica la combinación de varios tipos, convirtiendo a las víctimas en polivíctimas que sufren diferentes formas de maltrato simultáneamente. Además, se encontró que las mujeres que experimentan violencia psicológica tienen un mayor riesgo de conductas suicidas, especialmente intentos de suicidio. Estos resultados sugieren que la combinación de diferentes tipos de maltrato contribuye al aumento de la conducta suicida en estas mujeres. Contrariamente a lo esperado, la desesperanza fue poco frecuente en estas mujeres victimizadas y no se asoció con la violencia psicológica. Sin embargo, se encontró una relación entre la desesperanza y la conducta suicida, indicando que la sensación de desesperanza aumenta el riesgo de intentos de suicidio. Este hallazgo difiere de investigaciones anteriores, pero se atribuye al tamaño de la muestra y sugiere la necesidad de investigaciones adicionales. No se encontró evidencia que respalde la relación entre los años de relación o convivencia con la desesperanza u

otras consecuencias del maltrato. En cambio, se observó que una convivencia prolongada aumenta el riesgo de violencia psicológica, mientras que una convivencia de menos de un año reduce el riesgo de ideas suicidas. Además de la violencia de pareja, se identificaron otros factores asociados a las conductas suicidas en estas mujeres. Se encontró que el poco interés en relacionarse con las personas y los sentimientos de ira hacia los demás se relacionaron directamente con las conductas suicidas, especialmente los intentos de suicidio. Además, los problemas de sueño y los sentimientos de inutilidad y fracaso fueron comunes en estas mujeres. En términos demográficos, no se encontró asociación entre la conducta suicida y la edad o el estado civil. Sin embargo, se observó que la situación laboral activa redujo el riesgo de ideas suicidas, posiblemente debido al mayor apoyo social que brinda el empleo. Por otro lado, las mujeres que sufrieron violencia psicológica presenciaron más violencia de pareja en sus familias y experimentaron miedo por su vida con mayor frecuencia.

En resumen, este estudio reveló que la violencia psicológica en mujeres víctimas de maltrato está asociada con un mayor riesgo de conductas suicidas. La combinación de diferentes tipos de maltrato, la presencia de desesperanza, los problemas de sueño y los sentimientos de inutilidad y fracaso son factores que contribuyen a este riesgo. Además, se identificó la importancia de una detección temprana de las víctimas y una intervención oportuna. Es crucial mejorar los protocolos de atención en Atención Primaria y brindar formación a los profesionales sanitarios para la detección e intervención adecuada en casos de conducta suicida. También se destacó la necesidad de incrementar los recursos y mejorar la eficacia de los profesionales de la salud en la práctica clínica, especialmente en Atención Primaria, para abordar las necesidades de las personas en riesgo de suicidio.

6. Conclusiones

En conclusión, esta Tesis resalta la importancia de abordar el suicidio desde una perspectiva integral y multidisciplinaria. La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la salud mental y el bienestar de las personas, lo cual se refleja en la preocupación por un posible aumento de los suicidios. Aunque los resultados no mostraron cambios significativos en las tasas de suicidio durante y después del confinamiento, es fundamental fortalecer la vigilancia y los mecanismos de atención para prevenir posibles incrementos en el futuro. Asimismo, se resalta la importancia de mejorar la detección y el monitoreo del riesgo de suicidio en personas con problemas de salud mental. Aquellas que han realizado intentos previos o presentan características específicas, como diagnóstico, grupo de edad y fecha de la última visita, requieren una atención especializada. Es necesario fortalecer la identificación temprana de la enfermedad mental y la ideación suicida en entornos médicos, promoviendo la conciencia sobre la salud mental y reduciendo el estigma asociado a buscar ayuda. Además, se destaca la necesidad de considerar el riesgo de suicidio en mujeres víctimas de violencia de pareja. La combinación de violencia psicológica, física y/o sexual aumenta la desesperación y el riesgo de conductas suicidas. Es esencial desarrollar estrategias de prevención que aborden tanto la violencia de pareja como el suicidio, brindando atención terapéutica adecuada a las mujeres victimizadas y considerando factores como la desesperanza, la ideación suicida y los intentos previos.

En el primer estudio, se explicó que la situación de pandemia del COVID-19 durante 2020 ha supuesto un gran impacto socioeconómico y sanitario que ha determinado que las investigaciones sobre las consecuencias hayan avanzado a una velocidad asombrosa, aunque quedan muchos aspectos que aún quedan por explorar para poder combatir las consecuencias. En este sentido, este estudio abre un interés en

posibles medidas de prevención y salud pública, aunque no podemos afirmar que se haya producido un cambio significativo en la tendencia de las muertes por suicidio en la región de Extremadura durante el confinamiento de 2020, o en los meses posteriores al confinamiento. Tampoco las diferencias observadas en el análisis intra-anual desde el período de confinamiento hasta el posconfinamiento alcanzaron significación estadística. Sin embargo, en vista de los antecedentes observados en crisis anteriores y sus consecuencias para la salud mental de las personas, así como el aumento de suicidios, se podría esperar un impacto similar durante la pandemia de COVID-19. En este sentido, resulta necesario fortalecer la vigilancia durante y después de futuras crisis y asegurar que se cuente con mecanismos de atención para evitar un aumento de los suicidios.

En cuanto al segundo estudio, sugiere que la desesperación generada en las mujeres que sufren violencia de pareja puede generar conductas suicidas; este hecho es más grave cuando sufren violencia psicológica combinada con violencia física y/o sexual. Además, los resultados fueron consistentes con la idea de que la desesperanza, la ideación suicida y los intentos de suicidio previas aumentarían el riesgo de realizar tentativas de suicidio que cuando no ha habido intentos previos.

La investigación sobre las consecuencias del maltrato y el riesgo de suicidio en función de los diferentes tipos de violencia de pareja puede aportar información de interés para el desarrollo de estrategias de prevención, tanto de la violencia de pareja como del suicidio, especialmente teniendo en cuenta la falta actual de estudios sobre estos temas. Además, estos hallazgos tienen implicaciones para la política y la práctica, ya que señalan los factores asociados que deben tenerse en cuenta en la atención de las mujeres victimizadas en un contexto terapéutico. En este sentido, la constelación de factores identificados en el presente estudio podría incluirse en un programa estándar específico creado específicamente para víctimas de violencia de género. El

conocimiento del factor asociado a un mayor riesgo de conducta suicida podría mejorar la eficacia de los programas de cribado e intervención seleccionando subgrupos de mujeres con mayor riesgo de desarrollar conductas suicidas.

Finalmente, el tercer estudio confirma que en la región de Extremadura existe un gran número de personas sin antecedentes psiquiátricos que mueren por suicidio cada año, y que además, estas personas hacen muy poco uso de los servicios de salud durante el año o los meses previos. Esta realidad implica que existe un grupo de personas de difícil identificación en los servicios de salud y, en consecuencia, este hecho confirma que se trata de un fenómeno multicausal que debe ser abordado desde los diferentes sectores involucrados. Asimismo, este estudio revela que las personas con problemas de salud mental acuden en mayor medida a los servicios de salud que las personas sin este tipo de problema, especialmente a Atención Primaria. Al mismo tiempo, se señaló que son algunas características específicas (diagnóstico, grupo de edad, intentos previos y fecha de la última visita) las que se asocian a las personas que acuden al servicio especializado de Salud Mental. Además, entre las personas con problemas de salud mental, frecuentan en mayor medida los servicios de salud aquellas que habían realizado un intento de suicidio previo que aquellas que no habían realizado ningún intento de suicidio. Este hecho indica que las personas con problemas de salud mental y, en mayor medida, las que habían intentado suicidarse antes de consumir el acto acudieron al servicio de salud en el último año y en los últimos tres meses. En consecuencia, podemos afirmar que este grupo de personas estaba siendo monitoreado en mayor o menor medida, por lo que a priori había una oportunidad de identificar el riesgo de suicidio en estos casos. En este sentido, la mayor fortaleza de este estudio radica en revelar algunos de los factores que deben alertar a los especialistas en Salud Mental, entendiendo además que en ningún caso se debe subestimar el riesgo de suicidio.

El abordaje del riesgo de suicidio requiere de un enfoque integral que abarque diversas áreas y consideraciones. En primer lugar, es fundamental implementar medidas preventivas que se enfoquen en promover la salud mental y prevenir la aparición de condiciones que puedan llevar al suicidio. Esto implica educar a la población sobre los factores de riesgo y protección, así como fomentar entornos saludables y de apoyo social. Además de las medidas preventivas, es crucial contar con sistemas de detección temprana eficaces que permitan identificar a las personas en riesgo de suicidio. Esto implica capacitar a los profesionales de la salud, educación y otros sectores relevantes para reconocer las señales de alarma y brindar intervenciones adecuadas. También se deben promover programas de sensibilización y detección en la comunidad, para que las personas sepan cómo buscar ayuda y cómo apoyar a quienes están en situación de riesgo.

Un aspecto esencial en el abordaje del suicidio es asegurar un acceso equitativo a servicios de salud mental de calidad. Esto implica garantizar que todas las personas, independientemente de su situación económica o ubicación geográfica, puedan acceder a evaluaciones y tratamientos adecuados para sus necesidades. Esto puede requerir la expansión de la cobertura de salud mental, el fortalecimiento de los sistemas de atención primaria y la capacitación de profesionales de la salud en la atención de problemas de salud mental. Es importante destacar la necesidad de desarrollar programas específicos para grupos vulnerables. Ciertas poblaciones, como los jóvenes, los adultos mayores, las mujeres víctimas de violencia de pareja y aquellos que han experimentado traumas o tienen trastornos mentales, pueden estar en mayor riesgo de suicidio. Por lo tanto, es fundamental adaptar las intervenciones y los servicios a las necesidades particulares de estos grupos, teniendo en cuenta sus circunstancias y factores de riesgo específicos.

Además, es necesario fortalecer la vigilancia durante y después de crisis como la pandemia. Las situaciones de emergencia pueden aumentar el estrés, la ansiedad y la

depresión, lo que puede incrementar el riesgo de suicidio. Es fundamental monitorear y evaluar de manera continua los datos relacionados con el suicidio y la salud mental para identificar posibles tendencias y tomar medidas preventivas oportunas.

Finalmente, se deben asignar recursos adecuados para prevenir el suicidio. Esto implica destinar fondos suficientes a la investigación, la educación, la atención clínica y la promoción de la salud mental. La información obtenida a través de investigaciones y estudios puede ser de gran utilidad para informar políticas y prácticas que aborden el riesgo de suicidio de manera efectiva.

7. Futuras líneas de investigación

1. Las perspectivas futuras de investigación en la prevención del suicidio se centran en ampliar nuestro conocimiento y mejorar las intervenciones para abordar este grave problema de salud pública. A continuación, se presentan algunas áreas de investigación que podrían ser prioritarias en el futuro:

2. Identificación de factores de riesgo y protección: Aunque se han identificado algunos factores de riesgo asociados con el suicidio, aún queda mucho por aprender. Es necesario investigar y comprender mejor los factores de riesgo específicos, tanto individuales como sociales, culturales y ambientales. Asimismo, es fundamental identificar y fortalecer los factores de protección que pueden reducir el riesgo de suicidio.

3. Desarrollo de herramientas de evaluación del riesgo suicida: La mejora en la detección y evaluación del riesgo suicida es crucial para una intervención temprana efectiva. La investigación futura debería centrarse en el desarrollo de herramientas de evaluación del riesgo más precisas y confiables, incluyendo métodos basados en

tecnología y en inteligencia artificial.

4. Investigación en neurociencia y genética: Comprender los mecanismos biológicos y genéticos subyacentes al comportamiento suicida es un área prometedora de investigación. Los avances en la neurociencia y la genética pueden proporcionar información importante sobre los procesos biológicos involucrados en el suicidio, lo que podría conducir a nuevas estrategias de prevención y tratamiento.

5. Prevención basada en datos y tecnología: El uso de datos y tecnología puede ser una herramienta poderosa en la prevención del suicidio. La investigación futura debe

6. explorar cómo aprovechar los datos disponibles, como registros médicos electrónicos y datos de redes sociales, para identificar patrones y factores de riesgo, así como desarrollar intervenciones basadas en tecnología, como aplicaciones móviles y chatbots, que puedan brindar apoyo y recursos a las personas en riesgo.

7. Enfoque en grupos de alto riesgo: Algunos grupos, como adolescentes, personas mayores, mujeres víctimas de violencia de género, veteranos, personas con trastornos mentales y personas en crisis económica, tienen un mayor riesgo de suicidio. La investigación futura debe enfocarse en comprender las necesidades y los desafíos específicos de estos grupos y desarrollar intervenciones culturalmente sensibles y adaptadas a sus circunstancias.

8. Evaluación de intervenciones y políticas: Es esencial evaluar la efectividad de las intervenciones y políticas de prevención del suicidio. Se necesita investigación rigurosa para determinar qué estrategias son más efectivas en la reducción del suicidio y cómo implementarlas de manera óptima en diferentes contextos. Además, es importante considerar la implementación de políticas que aborden los determinantes sociales y estructurales del suicidio.

9. Estudio de la experiencia de los sobrevivientes y familiares: Comprender la experiencia de los sobrevivientes de intentos de suicidio y de los familiares que han perdido a alguien por suicidio es fundamental para informar las intervenciones de apoyo. La investigación futura debe centrarse en escuchar y comprender las necesidades, los desafíos y las perspectivas de estas personas, y desarrollar intervenciones que les brinden el apoyo adecuado.

8. Limitaciones

Esta Tesis brinda conocimientos valiosos sobre el suicidio y la conducta suicida, y sugieren mejoras en términos de recopilación de datos, ampliación de muestras y seguimiento a largo plazo. Estas mejoras fortalecerían la comprensión de los factores de riesgo y permitirían un abordaje más efectivo en la prevención y tratamiento de esta problemática.

El primer estudio presenta algunas limitaciones, pero hay varias oportunidades para mejorar. En primer lugar, es importante tener en cuenta que las tasas de incidencia pueden aumentar en el futuro, lo que brinda la posibilidad de obtener datos más actualizados. Además, existe la posibilidad de reclasificar algunas muertes como suicidios, lo que permitiría una mejor comprensión de este fenómeno. Otro aspecto a considerar es la variación porcentual debido a la baja frecuencia de casos, lo que sugiere la necesidad de un mayor número de casos para obtener resultados más sólidos. Cuando la cantidad de casos es baja, cualquier cambio en el número de casos tiene un impacto significativo en el porcentaje. Por lo tanto, para obtener resultados más confiables y representativos, se sugiere contar con un mayor número de casos para futuros estudios. Al aumentar la cantidad de casos, se reduce la influencia de las fluctuaciones individuales y se obtiene una imagen más precisa y estable de la situación estudiada. Además, aunque

el estudio se realizó en una única región, sería valioso replicar la investigación a nivel nacional e internacional para obtener una perspectiva más amplia. En términos de causalidad, se recomienda utilizar la autopsia psicológica para comprender las circunstancias específicas de cada suicidio durante el confinamiento por COVID-19.

En el segundo estudio, a pesar de las limitaciones, se destacan aspectos positivos. Aunque el tamaño de la muestra es reducido, los hallazgos proporcionan ideas invaluable para la atención especializada a mujeres victimizadas. Identificar factores de riesgo asociados a la conducta suicida en estas mujeres es un logro importante que puede guiar intervenciones preventivas y de tratamiento. Además, se sugiere un seguimiento a largo plazo de las víctimas para evaluar el impacto de las intervenciones en la prevención de suicidios. Sería beneficioso explorar la interacción entre los diferentes factores encontrados en el estudio para obtener una comprensión más completa de la conducta suicida en mujeres victimizadas.

En el tercer estudio, se reconoce que existen limitaciones, pero también se resalta la información valiosa obtenida. La recopilación más detallada de datos y una mayor homogeneización en su recogida contribuirían a enriquecer los hallazgos. Explorar variables relacionadas con factores de vulnerabilidad y expandir el estudio a otras regiones permitiría obtener una visión más completa y generalizable.

9. Referencias

- Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., Jansen, H. A., & Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*, *11*(1), 109. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-109>
- Aguilera, M., Paz, C., Salla, M., Compañ, V., Medina, J. C., Medeiros-Ferreira, L., & Feixas, G. (2022). Cognitive-Behavioral and Personal Construct Therapies for Depression in Women with Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *International journal of clinical and health psychology : IJCHP*, *22*(2), 100296. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100296>
- Ahmedani, B. K., Cannella, C. E., Yeh, H.-H., Westphal, J., Simon, G. E., Beck, A., Rossom, R. C., Lynch, F. L., Lu, C. Y., Owen-Smith, A. A., Sala-Hamrick, K. J., Frank, C., Akinyemi, E., Beebani, G., Busuito, C., Boggs, J. M., Daida, Y. G., Waring, S., Gui, H., & Levin, A. M. (2022). Detecting and distinguishing indicators of risk for suicide using clinical records. *Translational Psychiatry*, *12*(1), 280. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02051-4>
- Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R., Lynch, F., Owen-Smith, A., Hunkeler, E. M., Whiteside, U., Operskalski, B. H., Coffey, M. J., & Solberg, L. I. (2014). Health Care Contacts in the Year Before Suicide Death. *Journal of General Internal Medicine*, *29*(6), 870–877. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2767-3>
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: reactions and reflections. *Psychology & health*, *26*(9), 1113–1127. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>
- Akers, C., & Kaukinen, C. (2009). The Police Reporting Behavior of Intimate Partner

- Violence Victims. *Journal of Family Violence*, 24(3), 159–171.
<https://doi.org/10.1007/s10896-008-9213-4>
- Álvarez, R. (1996). *Métodos estadísticos multivariantes en ciencias de la salud (I). Aspectos generales*. Medifam, 6, pp. 218-221.
- Alvarez, A. (1972). *The savage god: A study of suicide*. New York: Random House.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral Gargallo, P. de, Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar : un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(3). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.3.2001.3913>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. (2003). *The American journal of psychiatry*, 160(11 Suppl), 1–60.
https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf
- Anzai, T., Fukui, K., Ito, T., Ito, Y., & Takahashi, K. (2021). Excess Mortality From Suicide During the Early COVID-19 Pandemic Period in Japan: A Time-Series Modeling Before the Pandemic. *Journal of Epidemiology*, 31(2), JE20200443.
<https://doi.org/10.2188/jea.JE20200443>
- Archimi, A., & Kuntsche, E. (2014). Do offenders and victims drink for different reasons? Testing mediation of drinking motives in the link between bullying subgroups and alcohol use in adolescence. *Addictive Behaviors*, 39(3), 713–716.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.11.011>

- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 4, 37. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>
- Baca-Garcia, E., Vaquero-Lorenzo, C., Perez-Rodriguez, M. M., Gratacòs, M., Bayés, M., Santiago-Mozos, et al. (2010). Nucleotide variation in central nervous system genes among male suicide attempters. *American journal of medical genetics. Part B, Neuropsychiatric genetics : the official publication of the International Society of Psychiatric Genetics*, 153B(1), 208–213. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.30975>
- Bacchus, L. J., Ranganathan, M., Watts, C., & Devries, K. (2018). Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open*, 8(7), e019995. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019995>
- Barbería, E., Gispert, R., Gallo, B., Ribas, G., Puigdefàbregas, A., Freitas, A., Segú, E., Torralba, P., García-Sayago, F., & Estarellas, A. (2018). Mejora de la estadística de mortalidad por suicidio en Tarragona (Cataluña, España) entre 2004 y 2012. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(4), 227–233. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.05.004>
- Bartoll, X., Palencia, L., Malmusi, D., Suhrcke, M., & Borrell, C. (2014). The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health*, 24(3), 415–418. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt208>
- Beautrais, A.L., Collings, S.C.D. & Ehrhardt, P. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Jama*, 234(11), 1146-1149.

- Beeble, M. L., Bybee, D., Sullivan, C. M., & Adams, A. E. (2009). Main, mediating, and moderating effects of social support on the well-being of survivors of intimate partner violence across 2 years. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 718–729. <https://doi.org/10.1037/a0016140>
- Belsher, B. E., Smolenski, D. J., Pruitt, L. D., Bush, N. E., Beech, E. H., Workman, D. E., Morgan, R. L., Evatt, D. P., Tucker, J., & Skopp, N. A. (2019). Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths. *JAMA Psychiatry, 76*(6), 642. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0174>
- Bennardi, M., Caballero, F. F., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., Haro, J. M., Lara, E., Arensman, E., & Cabello, M. (2019). Longitudinal Relationships Between Positive Affect, Loneliness, and Suicide Ideation: Age-Specific Factors in a General Population. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*(1), 90–103. <https://doi.org/10.1111/sltb.12424>
- Berrios, Germán E. (1966). *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology in the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 443-454.
- Berrios, G.E. (2008). *La autoagresión. En: Berrios GE. Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P. S., Münzel, T., Lackner, K. J., & Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry, 17*(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>
- Blasco-Ros, C., Sánchez-Lorente, S., & Martínez, M. (2010). Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence

- alone: A longitudinal study. *BMC Psychiatry*, *10*(1), 98.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-98>
- Bobes-García, J., Giner-Ubago, J., Daiz, J. (2011). *Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Triacastela.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger*. Basic Books.
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *113*(3), 180–206. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00702.x>
- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., & Stanley, B. (2018). The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Frontiers in Psychiatry*, *9*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020a). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, *395*(10227), 912–920.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brown, L. J., Lowe, H., Gibbs, A., Smith, C., & Mannell, J. (2023). High-Risk Contexts for Violence Against Women: Using Latent Class Analysis to Understand Structural and Contextual Drivers of Intimate Partner Violence at the National Level. *Journal of Interpersonal Violence*, *38*(1–2), 1007–1039.
<https://doi.org/10.1177/08862605221086642>
- Blumenthal, S.J. (1988). Ansiedad y depresión: suicidio, guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clinic Medic North America*,

4:999-1037.

- Blumenthal, S. J. & Kupfer, D. J. (1986). Generalizable treatment strategies for suicidal behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 327–340. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1986.tb27911.x>
- Cafferky, B. M., Mendez, M., Anderson, J. R., & Stith, S. M. (2018). Substance use and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Psychology of Violence*, 8(1), 110–131. <https://doi.org/10.1037/vio0000074>
- Cahn, Zilla Gabrielle. (1988). *Suicide in French thought from Montesquieu to Cioran*. Peter Lang: New York; 1998, p. 175-185.
- Cairns, J.-M., Graham, E., & Bambra, C. (2017). Area-level socioeconomic disadvantage and suicidal behaviour in Europe: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 192, 102–111. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.034>
- Calati, R., Ferrari, C., Brittner, M., Oasi, O., Olié, E., Carvalho, A. F., & Courtet, P. (2019). Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 245, 653–667. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.022>
- Calderon-Anyosa, R. J. C., & Kaufman, J. S. (2021). Impact of COVID-19 lockdown policy on homicide, suicide, and motor vehicle deaths in Peru. *Preventive Medicine*, 143, 106331. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106331>
- Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A. C., & Wynne, C. (2002). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162(10), 1157. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.10.1157>
- Canady, B. E., & Babcock, J. C. (2009). The Protective Functions of Social Support and Coping for Women Experiencing Intimate Partner Abuse. *Journal of Aggression*,

Maltreatment & Trauma, 18(5), 443–458.

<https://doi.org/10.1080/10926770903051009>

Carballo, J. J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., Hoekstra, P. J., Coghill, D., Schulze, U. M. E., Dittmann, R. W., Buitelaar, J. K., Castro-Fornieles, J., Lievesley, K., Santosh, P., Arango, C., Sutcliffe, A., Curran, S., Selema, L., Flanagan, R., ... Aitchison, K. (2020). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 759–776. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-9>

Carrasco-Barrios, M. T., Huertas, P., Martín, P., Martín, C., Castillejos, M. C., Petkari, E., & Moreno-Küstner, B. (2020). Determinants of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4115. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114115>

Castellví, P., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jimenez, T., Soto-Sanz, V., & Alonso, J. (2017). Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(3), 195–211. <https://doi.org/10.1111/acps.12679>

Center for Mental Health Services (US) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. (2012) *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Washington, DC: HHS. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109917/>

Chan, M. K. Y., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R. C., Kapur, N., & Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm: systematic

- review of risk factors and risk scales. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 277–283. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.170050>
- Chan, S. M. S., Chiu, F. K. H., Lam, C. W. L., Leung, P. Y. V., & Conwell, Y. (2006). Elderly suicide and the 2003 SARS epidemic in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 113–118. <https://doi.org/10.1002/gps.1432>
- Chang, S.-S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*, 347(sep17 1), f5239–f5239. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5239>
- Chapman, C. L., Mullin, K., Ryan, C. J., Kuffel, A., Nielsen, O., & Large, M. M. (2015). Meta-analysis of the association between suicidal ideation and later suicide among patients with either a schizophrenia spectrum psychosis or a mood disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 131(3), 162–173. <https://doi.org/10.1111/acps.12359>
- Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Yip, P. S. F. (2008). A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1231–1238. <https://doi.org/10.1002/gps.2056>
- Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of homosexuality*, 51(3), 53–69. https://doi.org/10.1300/J082v51n03_04
- Cohen, F., Seff, I., Ssewamala, F., Opobo, T., & Stark, L. (2022). Intimate Partner Violence and Mental Health: Sex-Disaggregated Associations Among Adolescents and Young Adults in Uganda. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5–6), 2399–2415. <https://doi.org/10.1177/0886260520938508>
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of

physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269–297.

<https://doi.org/10.1037/0278-6133.7.3.269>

Coker, A. L., Weston, R., Creson, D. L., Justice, B., & Blakeney, P. (2005). PTSD Symptoms Among Men and Women Survivors of Intimate Partner Violence: The Role of Risk and Protective Factors. *Violence and Victims*, 20(6), 625–643.

<https://doi.org/10.1891/088667005780927421>

Congreso de los Diputados. (2017). Diario De Sesiones Del Congreso De Los Diputados Comisiones, núm. 367.

https://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/DS/CO/DSCD-12-CO-367.PDF

Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J., Forbes, N., & Caine, E. D. (1998). Age differences in behaviors leading to completed suicide. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 6(2), 122–126.

Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. (2018). Protocolo De Detección Y Manejo De Caso En Personas Con Riesgo De Suicidio. Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental -SESPA.

<https://www.astursalud.es/documents/35439/36899/PROTOCOLO%20SUICIDI O%20def.pdf/48775c44-b688-961e-be16-f81511d4eba2>.

Córdoba-Doña, J. A., San Sebastián, M., Escolar-Pujolar, A., Martínez-Faure, J. E., & Gustafsson, P. E. (2014). Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, Southern Spain. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 55. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-55>

Correa, H., Pérez, S. (2005). Las investigaciones biológicas del suicidio. Aspectos históricos. *Psiquiatría Biológica*;12(1):14-17.

- Consejería de Sanidad - Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. (2022). *Estrategia De Prevención De La Conducta Suicida En Castilla y León 2021-2025*. Edición: Junta de Castilla y León - Consejería de Sanidad. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-prevencion-conducta-suicida-castilla-leon-2021-2>
- Conselleria de Sanidade. (2017). *Plan de Prevención del Suicidio en Galicia*. Xunta de Galicia. <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/949/LINEAS%20ESTRAT%C3%89GICAS%20PREVENCI%C3%93N%20DEL%20SUICIDIO.pdf>
- Costanza, A., Vasileios, C., Ambrosetti, J., Shah, S., Amerio, A., Aguglia, A., Serafini, G., Piguet, V., Luthy, C., Cedraschi, C., Bondolfi, G., & Berardelli, I. (2022). Demoralization in suicide: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 157, 110788. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110788>
- Cramer, P. (2008). "Freud's views on suicide: A reappraisal." *International Journal of Psychoanalysis*, 89(1), 87-106.
- Crisafulli, C., Calati, R., De Ronchi, D., Sidoti, A., D'Angelo, R., Amato, A., et al. (2010) Genetics of suicide, from genes to behavior. *Clinic Neuropsychiatry*; 7(4/5):141-8.
- Cuadrado-Gordillo, I., & Parra, G. M.-M. (2021b). Gender-Based Violence in Adolescent Dating from a Medical Perspective: A Qualitative Study of the Needs Felt in Primary Healthcare Centres. *Healthcare*, 10(1), 17. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010017>
- Data and Surveillance Task Force of the National Action Alliance for Suicide Prevention (2014). Improving national data systems for surveillance of suicide-related events. *American journal of preventive medicine*, 47(3 Suppl 2), S122–S129.

<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.05.026>

- De Leo, D., Milner, A., & Xiangdong, W. (2009). Suicidal Behavior in the Western Pacific Region: Characteristics and Trends. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(1), 72–81. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.1.72>
- Defayette, A. B., Adams, L. M., Whitmyre, E. D., Williams, C. A., & Esposito-Smythers, C. (2020a). Characteristics of a First Suicide Attempt that Distinguish Between Adolescents Who Make Single Versus Multiple Attempts. *Archives of Suicide Research*, 24(3), 327–341. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1635931>
- Defayette, A. B., Adams, L. M., Whitmyre, E. D., Williams, C. A., & Esposito-Smythers, C. (2020b). Characteristics of a First Suicide Attempt that Distinguish Between Adolescents Who Make Single Versus Multiple Attempts. *Archives of Suicide Research*, 24(3), 327–341. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1635931>
- Deisenhammer, E. A., & Kemmler, G. (2021). Decreased suicide numbers during the first 6 months of the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 295, 113623. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113623>
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2015). Instrucció sobre l'atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi Risc Suïcidi. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1654/catsalut_instruccio_10_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N., Heise, L., Durand, J., Mbwambo, J., Jansen, H., Berhane, Y., Ellsberg, M., & Garcia-Moreno, C. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.006>

- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. *International Journal of Family Medicine*, 2013, 1–15. <https://doi.org/10.1155/2013/313909>
- Dohrenwend, B. P. (1959). "Egoism, Altruism, Anomie, and Fatalism: A Conceptual Analysis of Durkheim's Types". *American Sociological Review*. 24(4): 473. doi:10.2307/2089533
- Durkheim, E. (1897). *El suicidio*. Madrid: Akal Editores, 1976.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*. London: The Free Press.
- Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B.; Zubizarreta, I.; Saucá, D. (1988) *Entrevista Semiestructurada sobre maltrato doméstico*. In *Manual de Violencia Familiar*; Echeburúa, E., Corral, P., Eds.; Siglo XXI: Madrid, Spain; Volume 1, pp. 28–31.
- Ely, G.; Dulmus, C.N.; Wodarski, J.S. (2002). *Adolescent dating violence*. In *Handbook of Violence*; Rapp-Paglicci, L.A., Roberts, A.R., Wodarski, J.S., Eds.; John Wiley & Sons: New York, NY, USA; pp. 33–53.
- Enríquez-Canto, Y., Ortiz-Montalvo, Y. J., Ortiz-Romaní, K. J., & Díaz-Gervasi, G. M. (2020). Análisis ecológico de la violencia sexual de pareja en mujeres peruanas. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 272–286. <https://doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.13>
- Esquirol, [Jean-Étienne-Dominique]. (1821). *Suicide*. In: *Dictionnaire des Sciences Médicales*. Paris: C.L.F. Panckoucke; 1821, Vol. LIII, p. 213-283 (275).
- Farberow, N. (1975). *Cultural History of Suicide*, in *SUICIDE IN DIFFERENT CULTURES* 1, 3-4. N. Farberow ed.
- Faust, J. S., Shah, S. B., Du, C., Li, S.-X., Lin, Z., & Krumholz, H. M. (2021). Suicide Deaths During the COVID-19 Stay-at-Home Advisory in Massachusetts, March

to May 2020. *JAMA Network Open*, 4(1), e2034273.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.34273>

Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evidence Based Mental Health*, 25(4), 148–155.

<https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>

Fawcett, J.; S. W. A.; F. L.; C.D. C.; Y. M. A.; H. D.; G. R. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1189–1194. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.9.1189>

Fradera, M., Ouchi, D., Prat, O., Morros, R., Martin-Fumadó, C., Palao, D., Cardoner, N., Campillo, M. T., Pérez-Solà, V., & Pontes, C. (2022). Can routine Primary Care Records Help in Detecting Suicide Risk? A Population-Based Case-Control Study in Barcelona. *Archives of Suicide Research*, 26(3), 1395–1409.

<https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1911894>

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232.

<https://doi.org/10.1037/bul0000084>

Freud, S. (1917). "Mourning and Melancholia." En The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volumen 14, 243-258. Hogarth Press.

Freud, Sigmund (1920). *Más allá del principio de placer*. Obras Completas, Vol. XVIII. Amorrortu Editores, 1986.

Frierson R. L. (1991). Suicide attempts by the old and the very old. *Archives of internal medicine*, 151(1), 141–144.

- Garcia-Moreno, C., Heise, L., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., & Watts, C. (2005). Violence Against Women. *Science*, 310(5752), 1282–1283. <https://doi.org/10.1126/science.1121400>
- Generalitat Valenciana. Consejo de Salud Universal y Salud Pública. Valencia. (2018). *Prevención del suicidio. Guía informativa para profesionales de sanidad*. <https://prevenciodelsuicidi.san.gva.es/documents/7217942/7267322/GU%C3%8DA+SUICIDIO+%C3%81MBITO+SANITARIO.pdf>
- Gerino, E., Caldarera, A. M., Curti, L., Brustia, P., & Rollè, L. (2018). Intimate Partner Violence in the Golden Age: Systematic Review of Risk and Protective Factors. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01595>
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103–108. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- Giner L. (2011). *Diferencias en la conducta suicida*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Giner, L., & Guija, J. A. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.002>
- Gobierno de Castilla-La Mancha. *Estrategias de Prevención del Suicidio e Intervención ante Conductas Autolíticas en Castilla-La Mancha*. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Toledo. 2018. Disponible en línea: https://sanidad.castillalamancha.es/files/estrategias_para_la_preencion_del_suicidio_ok.pdf.

- Gobierno Vasco. *Estrategia de Prevención del Suicidio en el País Vasco*. Departamento de Salud, Vitoria. 2019. Disponible en línea: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevenccion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevenccion_suicidio_cast.pdf
- Gordillo, I. C., Parra, G. M.-M., & Antelo, I. F. (2021). Association of Addictive Substance Use with Polyvictimization and Acceptance of Violence in Adolescent Couples. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 8107. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158107>
- Gracia-Leiva, M., Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., & Páez-Rovira, D. (2019). Dating violence (DV): a systematic meta-analysis review. *Anales de Psicología*, 35(2), 300–313. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.333101>
- Grupo Técnico de Trabajo Sobre La Prevención de las Personas con Conducta Suicida en Navarra: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Gerencia de Salud Mental (2021). *Plan de Atención a las Personas con Conductas Suicidas de Navarra*. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/6683F5F2-AFA8-43DB-B090-7B42CEAE3BC5/478565/PlandeatencionalaspersonasconconductassucidasenlaR.pdf>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2020). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf
- Gualano, M. R., Lo Moro, G., Voglino, G., Bert, F., & Siliquini, R. (2020). Effects of

- Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4779. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134779>
- Guillén, A. I., Panadero, S., Rivas, E., & Vázquez, J. J. (2015). Suicide attempts and stressful life events among female victims of intimate partner violence living in poverty in Nicaragua. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(3), 349–356. <https://doi.org/10.1111/sjop.12207>
- Harwood, D. M., Hawton, K., Hope, T., Harriss, L., & Jacoby, R. (2006). Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Psychological medicine*, 36(9), 1265–1274. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007872>
- Haw, C., Hawton, K., Gunnell, D., & Platt, S. (2015). Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 73–81. <https://doi.org/10.1177/0020764014536545>
- Hawgood, J., Woodward, A., Quinnett, P., & De Leo, D. (2022). Gatekeeper Training and Minimum Standards of Competency. *Crisis*, 43(6), 516–522. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000794>
- Hawton K, van Heeringen K. (2009). Suicide. *Lancet* ;373(9672):1372-81.
- Honjo, K., Tani, Y., Saito, M., Sasaki, Y., Kondo, K., Kawachi, I., & Kondo, N. (2018). Living Alone or With Others and Depressive Symptoms, and Effect Modification by Residential Social Cohesion Among Older Adults in Japan: The JAGES Longitudinal Study. *Journal of Epidemiology*, 28(7), 315–322. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20170065>
- Huang, S., Lewis, M. O., Bao, Y., Adekanattu, P., Adkins, L. E., Banerjee, S., Bian, J., Gellad, W. F., Goodin, A. J., Luo, Y., Fairless, J. A., Walunas, T. L., Wilson, D.

- L., Wu, Y., Yin, P., Oslin, D. W., Pathak, J., & Lo-Ciganic, W.-H. (2022). Predictive Modeling for Suicide-Related Outcomes and Risk Factors among Patients with Pain Conditions: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 11(16), 4813. <https://doi.org/10.3390/jcm11164813>
- Huertas, R. (2009). Esquirol y el debate sobre la naturaleza de la locura en el primer tercio del siglo XIX. *Asclepio: Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 61(1), 159-176. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2009.v61.i2.294>
- Ilgen, M. A., Conner, K. R., Roeder, K. M., Blow, F. C., Austin, K., & Valenstein, M. (2012). Patterns of Treatment Utilization Before Suicide Among Male Veterans With Substance Use Disorders. *American Journal of Public Health*, 102(S1), S88–S92. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300392>
- Improving National Data Systems for Surveillance of Suicide-Related Events. (2014). *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), S122–S129. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.05.026>
- Instituto de Estadística de Extremadura. Estadísticas de Migración. *Nota Informativa*. Junta de Extremadura. 2019. <https://ciudadano.gobex.es/documents/9292336/10006092/MIGRACIONES2019.pdf/056a8c76-0385-4d6a-b91d-2ba124c668a7>
- Instituto de Estadística de Extremadura. Movimiento Natural de la Población. *Nota informativa*. Junta de Extremadura. 2019. <https://ciudadano.gobex.es/documents/9292336/9762101/MNP2019D.pdf/b49ec498-7fe4-4421-a51b-a951f27e24a0>
- Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas de Registro Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2020. Comunidades Autónomas y Provincias. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/provi/10/&file=0ccaa003>

- Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S.-L., Deane, F. P., Enns, M. W., & Sareen, J. (2009). Gatekeeper Training as a Preventative Intervention for Suicide: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *54*(4), 260–268. <https://doi.org/10.1177/070674370905400407>
- Jafari, H., Heidari, M., Heidari, S., & Sayfour, N. (2020). Risk Factors for Suicidal Behaviours after Natural Disasters: A Systematic Review. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, *27*(3), 20–33. <https://doi.org/10.21315/mjms2020.27.3.3>
- Jiménez Nuño, J., Arrufat Nebot, F. X., Carrera Goula, R., & Gay Pastor, M. (2012). Participación de los Institutos de Medicina Legal en los programas de prevención de suicidio: la experiencia de Osona (Barcelona). *Revista Española de Medicina Legal*, *38*(4), 131–136. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2012.08.002>
- Johnson, R. M., LaValley, M., Schneider, K. E., Musci, R. J., Pettoruto, K., & Rothman, E. F. (2017). Marijuana use and physical dating violence among adolescents and emerging adults: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *174*, 47–57. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.012>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Jones, E. (1976). *Vida y obra de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Hormé.
- Joiner, T. E., Buchman-Schmitt, J. M., & Chu, C. (2017). Do Undiagnosed Suicide Decedents Have Symptoms of a Mental Disorder? *Journal of Clinical Psychology*, *73*(12), 1744–1752. <https://doi.org/10.1002/jclp.22498>
- Joiner, T. E., & Silva, C. (2012). *Why people die by suicide: Further development and tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior*. In *Meaning, mortality, and choice: The social psychology of existential concerns*. (pp. 325–336). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13748-018>

- Jordan, J. T., & McNiel, D. E. (2020). Characteristics of persons who die on their first suicide attempt: results from the National Violent Death Reporting System. *Psychological Medicine*, 50(8), 1390–1397. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001375>
- Kann, L., Kinchen, S. A., Williams, B. I., Ross, J. G., Lowry, R., Grunbaum, J. A., & Kolbe, L. J. (2000). Youth Risk Behavior Surveillance--United States, 1999. State and local YRBSS Coordinators. *The Journal of school health*, 70(7), 271–285. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2000.tb07252.x>
- Kant, I. (1989). (MdS) *Metafísica de las costumbres*. Estudio preliminar de Adela Cortina Orts, traducción y notas de A. Cortina y J. Conill. Madrid: Tecnos.
- Kant, I. (2002). (VzM) *Lecciones de ética*. Traducción de Rodríguez Aramayo y Roldán Panadero. Barcelona: Crítica.
- Karlsson, J., Hammar, L. M., & Kerstis, B. (2021). Capturing the Unsaid: Nurses' Experiences of Identifying Mental Ill-Health in Older Men in Primary Care—A Qualitative Study of Narratives. *Nursing Reports*, 11(1), 152–163. <https://doi.org/10.3390/nursrep11010015>
- Kaplan, H. I., & Freedman, A. M. (1993). "The theory and treatment of suicide." *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5th Edition, 1646-1656.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kim, A. M. (2021). The short-term impact of the COVID-19 outbreak on suicides in Korea. *Psychiatry Research*, 295, 113632. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113632>
- Kim, C. (2017). The impact of perceived childhood victimization and patriarchal gender

- ideology on intimate partner violence (IPV) victimization among Korean immigrant women in the USA. *Child Abuse & Neglect*, 70, 82–91. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.010>
- Kim, S. H. (2016). Suicidal ideation and suicide attempts in older adults: Influences of chronic illness, functional limitations, and pain. *Geriatric Nursing*, 37(1), 9–12. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.07.006>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of abnormal psychology*, 122(1), 231–237. <https://doi.org/10.1037/a0030278>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Kölves, K., Kölves, K. E., & De Leo, D. (2013). Natural disasters and suicidal behaviours: A systematic literature review. *Journal of Affective Disorders*, 146(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.037>
- Krebs, C., Breiding, M. J., Browne, A., & Warner, T. (2011). The Association Between Different Types of Intimate Partner Violence Experienced by Women. *Journal of Family Violence*, 26(6), 487–500. <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9383-3>
- La Fontaine. (1975). *Anthropology*, in *A HANDBOOK FOR THE STUDY OF SUICIDE* 77-91 S. Perlin ed.
- Large, M. M., Ryan, C. J., Carter, G., & Kapur, N. (2017). Can we usefully stratify patients according to suicide risk? *BMJ (Clinical research ed.)*, 359, j4627.

<https://doi.org/10.1136/bmj.j4627>

- Leske, S., Kølves, K., Crompton, D., Arensman, E., & de Leo, D. (2021). Real-time suicide mortality data from police reports in Queensland, Australia, during the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(1), 58–63. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30435-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30435-1)
- Lejoyeux, M., Léon, E., & Rouillon, F. (1994). Prévalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide [Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide]. *L'Encephale*, 20(5), 495–503.
- Li, Z., Page, A., Martin, G., & Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 72(4), 608–616. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.008>
- Llosa-Martínez, S. C.-W. A. (2019). Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1). <https://doi.org/10.26864/PCS.v9.n1.1>
- López Bernal, J. A., Gasparri, A., Artundo, C. M., & McKee, M. (2013). The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *European Journal of Public Health*, 23(5), 732–736. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt083>
- López, M.B, Hinojal, R. & Bobes, J. (1993). El suicidio aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de Derecho penal y Criminología*, 309-412.
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909–916.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>

Makaroun, L. K., Brignone, E., Rosland, A.-M., & Dichter, M. E. (2020). Association of Health Conditions and Health Service Utilization With Intimate Partner Violence Identified via Routine Screening Among Middle-Aged and Older Women. *JAMA Network Open*, 3(4), e203138.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3138>

Mann, J. J., & Currier, D. (Eds.). (2019). *Genetics of Suicide*. Academic Press.

Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611–624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>

Mann, J. J., Oquendo, M., Underwood, M. D. y Arango V. (1999). The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *Journal Clinical Psychiatry*, 60, 7-11

Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American journal of psychiatry*, 156(2), 181–189. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>

Mannell, J., Lowe, H., Brown, L., Mukerji, R., Devakumar, D., Gram, L., Jansen, H. A. F. M., Minckas, N., Osrin, D., Prost, A., Shannon, G., & Vyas, S. (2022). Risk factors for violence against women in high-prevalence settings: a mixed-methods systematic review and meta-synthesis. *BMJ Global Health*, 7(3), e007704. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007704>

Martín-Fernández, M., Gracia, E., & Lila, M. (2019). Psychological intimate partner violence against women in the European Union: a cross-national invariance study. *BMC Public Health*, 19(1), 1739. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7998-0>

Martín-Fumadó, C., & Gómez-Durán, E. L. (2017). Suicide investigation: Psychological autopsy. *Spanish Journal of Legal Medicine*, 43(4), 135–137.

<https://doi.org/10.1016/j.remle.2017.11.001>

- Martín-Morgado, B.; Torres-Solís, I.; Casado-Rabasot, M.; López-Rodríguez, M.I.; Rodríguez-Perez, B.; Torres-Cortés, R. (2017). *Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016–2020*. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Servicio Extremeño de Salud: Mérida, España.
https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/Usefullink/III_PLAN_INTEGRAL_DE_SALUD_MENTAL_DE_EXTREMADURA.pdf
- McGuffin, P., & Katz, R. (Eds.). (2019). *The Genetics of Mental Disorders*. Oxford University Press.
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, *17*(2), 827–838.
- Menninger, K. A. (1938). "Freud's theory of suicide." *The Psychoanalytic Quarterly*, *7*(2), 181-210.
- Mesones-Peral, J. (2014). *El suicidio a lo largo de la historia y las culturas*. En: Suicidio. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. Madrid: Fundación Salud Mental España.
- Milner, A., Page, A., & LaMontagne, A. D. (2013). Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, *8*(1), e51333.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051333>
- Milner, A., Svetcic, J., & De Leo, D. (2013). Suicide in the absence of mental disorder? A review of psychological autopsy studies across countries. *International Journal of Social Psychiatry*, *59*(6), 545–554. <https://doi.org/10.1177/0020764012444259>
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026*. Ministerio de Sanidad Secretaría General Técnica centro de publicaciones. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/doc>

[s/saludmental/Ministerio Sanidad Estrategia Salud Mental SNS 2022 2026.pdf](https://www.saludmental.gob.es/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf).

Ministerio de Sanidad. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-21*. Publicado el 19 de abril de 2022. Disponible en línea: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf.

Ministerio de la Presidencia. *Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el Estado de Alarma para la Gestión de la Situación de Crisis Sanitaria Provocada por el COVID-19*. “BOE” núm. 67 del 14/03/2020. Segundo. I. Hoja 25390. BOE-A-2020-5767. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463/con>

Ministerio de la Presidencia. *Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Real Decreto 555/2020, de 5 de junio, por el que se prorroga el Estado de Alarma Declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el Estado de Alarma para la Gestión de la Situación de Crisis Sanitaria Provocada por el COVID-19*. “BOE” núm. 159 del 06/06/2020. Segundo. I. Páginas 38027 a 38036. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/06/05/555>

Ministerio de la Presidencia. *Real Decreto-ley 7/2020, de 12 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes para hacer frente al impacto económico del COVID-19*. “BOE” núm. 65, de 13 de marzo de 2020, pág. 24996 a 25013. BOE-A-2020-3580. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3580>

Minois, George. (1999). *History of suicide. Voluntary death in Western culture*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1999, p. 319.

Mitchell, S. A., & Black, M. J. (1995). *Freud and Beyond: A History of Modern Psychoanalytic Thought*. Basic Books.

- Moos, R. H. (1966). Personality diagnosis: A diathesis-stress model. *Psychological Reports, 18*(2), 643-652.
- Mortier, P., Vilagut, G., Ferrer, M., Alayo, I., Bruffaerts, R., Cristóbal-Narváez, P., del Cura-González, I., Domènech-Abella, J., Felez-Nobrega, M., Olaya, B., Pijoan, J. I., Vieta, E., Pérez-Solà, V., Kessler, R. C., Haro, J. M., & Alonso, J. (2021). Thirty-day suicidal thoughts and behaviours in the Spanish adult general population during the first wave of the Spain COVID-19 pandemic. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 30*, e19. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000093>
- Moos, R. H. (1966). Personality diagnosis: A diathesis-stress model. *Psychological Reports, 18*(2), 643-652.
- Murray A. (1998). *The suicide in the Middle Age. Volumen I: The violent against themselves*. Oxford University Press.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews, 30*(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine, 9*(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- O'Connor, E., Gaynes, B. N., Burda, B. U., Soh, C., & Whitlock, E. P. (2013). Screening for and Treatment of Suicide Risk Relevant to Primary Care: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine, 158*(10), 741. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00642>
- O'Connor, R. C. (2007). The relations between perfectionism and suicidality: a systematic review. *Suicide & life-threatening behavior, 37*(6), 698–714.

<https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.6.698>

O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*, 32(6), 295–298. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120>

O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>

Ogden, S. N., Dichter, M. E., & Bazzi, A. R. (2022). Intimate partner violence as a predictor of substance use outcomes among women: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 127, 107214. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107214>

Okolie, C., Dennis, M., Simon Thomas, E., & John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International Psychogeriatrics*, 29(11), 1801–1824. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001430>

Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>

Park, S., & Kim, S.-H. (2018). The power of family and community factors in predicting dating violence: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 40, 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.03.002>

Pan American Health Organization. (2003). World Health Organization Regional Office for the Americas. *World Report on Violence and Health. 2003*. Washington DC. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.03.002>

- Pérez Barrero SA, Mosquera D. *El suicidio: prevención y manejo. Memorias de un curso necesario*. Madrid: Ediciones Pléyades; 2006.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., & Martínez, M. (2006). The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide. *Journal of Women's Health, 15*(5), 599–611. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.599>
- Plumed Domingo, José Javier, & Novella, Enric J.. (2015). Suicidio y crítica cultural en la medicina española del siglo XIX. *Dynamis, 35*(1), 57-81. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-95362015000100003>
- Puente- Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E., & Páez-Rovira, D. (2015). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de Psicología, 32*(1), 295. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161>
- Puig-Amores, I., Cuadrado-Gordillo, I., & Martín-Mora Parra, G. M.-M. (2021). Suicide and Health Crisis in Extremadura: Impact of Confinement during COVID-19. *Trauma Care, 1*(1). <https://doi.org/10.3390/traumacare1010004>
- Qin, P., & Mehlum, L. (2021). National observation of death by suicide in the first 3 months under COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 143*(1), 92–93. <https://doi.org/10.1111/acps.13246>
- Radeloff, D., Papsdorf, R., Uhlig, K., Vasilache, A., Putnam, K., & von Klitzing, K. (2021). Trends in suicide rates during the COVID-19 pandemic restrictions in a major German city. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 30*, e16. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000019>

- Rahman, Md. E., Zubayer, A. Al, Al Mazid Bhuiyan, Md. R., Jobe, M. C., & Ahsan Khan, Md. K. (2021). Suicidal behaviors and suicide risk among Bangladeshi people during the COVID-19 pandemic: An online cross-sectional survey. *Heliyon*, 7(2), e05937. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e05937>
- Raue, P. J., Ghesquiere, A. R., & Bruce, M. L. (2014). Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults. *Current Psychiatry Reports*, 16(9), 466. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0466-8>
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.6 en línea]. <https://dle.rae.es>
- Reger, G. M., McClure, M. Lou, Ruskin, D., Carter, S. P., & Reger, M. A. (2019). Integrating Predictive Modeling Into Mental Health Care: An Example in Suicide Prevention. *Psychiatric Services*, 70(1), 71–74. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800242>
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 46(2), 225–236. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001804>
- Riblet, N. B., Matsunaga, S., Lee, Y., Young-Xu, Y., Shiner, B., Schnurr, P. P., Levis, M., & Watts, B. V. (2022). Tools to Detect Risk of Death by Suicide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 84(1). <https://doi.org/10.4088/JCP.21r14385>
- Richardson, C., Robb, K. A., & O'Connor, R. C. (2021). A systematic review of suicidal behaviour in men: A narrative synthesis of risk factors. *Social Science & Medicine*, 276, 113831. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113831>
- Rodríguez JE, Montalbán R. Introducción histórica. En: Montalbán R (ed.). (1997). *La*

conducta suicida. Madrid: Libro del año; 19-29.

Rosenthal, D. (1970). *Genetic theory of abnormal behavior*. New York: McGraw-Hill.

Rousseau, J. J. (1975) *Contrato social* (trad. F. de los Ríos) Madrid: Espasa-Calpe

Rubio, G., Montero, J., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M. A., Marín, J.J., & Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la escale de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*, 61(2), 143–152.

Rudick, M. & Battin, P. (editores). (1982). *Biathanatos*. New York, London: Garland Publishing.

Rudd, M. D., Joiner, T. E., & Rajab, M. H. (Eds.). (2001). *Suicide: Phenomenology and neurobiology*. American Psychiatric Publishing.

Rugo, K. F., Leifker, F. R., Drake-Brooks, M. M., Snell, M. B., Bryan, C. J., & Bryan, A. O. (2020). Unit Cohesion and Social Support as Protective Factors Against Suicide Risk and Depression Among National Guard Service Members. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 39(3), 214–228.
<https://doi.org/10.1521/jscp.2020.39.3.214>

Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I., & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLOS ONE*, 12(7), e0180292.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>

Ryan, E. P., & Oquendo, M. A. (2020). Suicide Risk Assessment and Prevention: Challenges and Opportunities. *FOCUS*, 18(2), 88–99.
<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200011>

Sally C. Curtin and Holly Hedegaard (2021). *Provisional numbers and rates of suicide by month and demographic characteristics: United States, 2020*. 70(16).

Sanderson, M., Bulloch, A. G., Wang, J., Williams, K. G., Williamson, T., & Patten, S.

- B. (2020). Predicting death by suicide following an emergency department visit for parasuicide with administrative health care system data and machine learning. *EClinicalMedicine*, 20, 100281. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100281>
- Sanderson, M., Bulloch, A. G., Wang, J., Williamson, T., & Patten, S. B. (2020). Predicting death by suicide using administrative health care system data: Can recurrent neural network, one-dimensional convolutional neural network, and gradient boosted trees models improve prediction performance? *Journal of Affective Disorders*, 264, 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.024>
- Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, 399(10327), 803–813. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02664-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02664-7)
- Sakinofsky I. (2007). Treating suicidality in depressive illness. Part I: current controversies. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 52(6 Suppl 1), 71S–84S.
- Schuster, V. (2017). Estilo literario y reflexión filosófica en el siglo XVIII: Hume y Rousseau sobre el suicidio. *Revista de Filosofía y Teoría Política*, (48), e012. <http://www.rfytp.fahce.unlp.edu.ar/article/view/23142553e012>
- Shneidman, E. S. (2001). Comprehending suicide. Landmarks in 20th-century suicidology [Review of the book *Comprehending suicide. Landmarks in the 20th-Century suicidology*, by E. S. Shneidman]. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22(2), 79. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.22.2.79>
- Shneidman, E. (2007). Criteria for a good death. *Suicide & life-threatening behavior*, 37(3), 245–247. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.245>

- Shneidman, E. (1971). Suicide and suicidology: A brief etymological note. *Suicide Life-Threatening Behavior, 1*:260–264
- Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. *The Journal of nervous and mental disease, 181*(3), 145–147. <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001>
- Simon, G. E., Johnson, E., Lawrence, J. M., Rossom, R. C., Ahmedani, B., Lynch, F. L., Beck, A., Waitzfelder, B., Ziebell, R., Penfold, R. B., & Shortreed, S. M. (2018). Predicting Suicide Attempts and Suicide Deaths Following Outpatient Visits Using Electronic Health Records. *American Journal of Psychiatry, 175*(10), 951–960. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17101167>
- Simon, G. E., Matarazzo, B. B., Walsh, C. G., Smoller, J. W., Boudreaux, E. D., Yarborough, B. J. H., Shortreed, S. M., Coley, R. Y., Ahmedani, B. K., Doshi, R. P., Harris, L. I., & Schoenbaum, M. (2021). Reconciling Statistical and Clinicians' Predictions of Suicide Risk. *Psychiatric Services, 72*(5), 555–562. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000214>
- Simon, G. E., Shortreed, S. M., Johnson, E., Rossom, R. C., Lynch, F. L., Ziebell, R., & Penfold, R. B. (2019). What health records data are required for accurate prediction of suicidal behavior? *Journal of the American Medical Informatics Association, 26*(12), 1458–1465. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz136>
- Solomou, I., & Constantinidou, F. (2020). Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression Symptoms during the COVID-19 Pandemic and Compliance with Precautionary Measures: Age and Sex Matter. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(14), 4924. <https://doi.org/10.3390/ijerph17144924>
- Spottswood, M., Lim, C. T., Davydow, D., & Huang, H. (2022). Improving Suicide Prevention in Primary Care for Differing Levels of Behavioral Health Integration:

- A Review. *Frontiers in Medicine*, 9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.892205>
- Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género). *Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer 2019*. Ministerio de Igualdad: Madrid, 2020. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf (accessed on 10 May 2022).
- Sullivan, G. R., & Bongar, B. (2009). Assessing suicide risk in the adult patient. In P. M. Kleespies (Ed.), *Behavioral emergencies: An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization* (pp. 59–78). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11865-00>
- Teasdale, J. D., & Dent, J. (1987). Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypotheses. *British Journal of Clinical Psychology*, 26(2), 113–126. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1987.tb00737.x>
- Tanaka, T., & Okamoto, S. (2021). Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nature Human Behaviour*, 5(2), 229–238. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01042-z>
- Tokuç, B., Ekuklu, G., & Avcioğlu, S. (2010). Domestic Violence Against Married Women in Edirne. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(5), 832–847. <https://doi.org/10.1177/0886260509336960>
- Tøllefsen, I. M., Hem, E., & Ekeberg, Ø. (2012). The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 12(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-9>
- Tondo, L., Baldessarini, R. J., Barbuti, M., Colombini, P., Angst, J., Azorin, J.-M., Bowden, C. L., Mosolov, S., Young, A. H., Vieta, E., & Perugi, G. (2020). Factors associated with single versus multiple suicide attempts in depressive disorders.

Journal of Affective Disorders, 277, 306–312.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.021>

Torres García, A. V., Vega-Hernández, M. C., Antón Rubio, C., & Pérez-Fernández, M. (2021). Mental Health in Women Victims of Gender Violence: Descriptive and Multivariate Analysis of Neuropsychological Functions and Depressive Symptomatology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 346. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010346>

Tsirigotis, K., Gruszczynski, W., & Tsirigotis, M. (2011). Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 17(8), PH65–PH70. <https://doi.org/10.12659/msm.881887>

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)

Office of the Surgeon General (US); National Action Alliance for Suicide Prevention (US). 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action: A Report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention. Washington (DC): US Department of Health & Human Services (US); 2012 Sep. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109917/>.

Van der Feltz-Cornelis, C. M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A. T., Carli, V., McDaid, D., O'Connor, R., Maxwell, M., Ibelshäuser, A., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Sisask, M., Gusmão, R., & Hegerl, U. (2011). *Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies*. *Crisis*, 32(6), 319–333. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000109>

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*,

117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>

Wagner, G., Li, M., Sacchet, M. D., Richard-Devantoy, S., Turecki, G., Bär, K.-J., Gotlib, I. H., Walter, M., & Jollant, F. (2021). Functional network alterations differently associated with suicidal ideas and acts in depressed patients: an indirect support to the transition model. *Translational Psychiatry*, 11(1), 100. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01232-x>

Walker, R., Shannon, L., & Logan, T. K. (2011). Sleep Loss and Partner Violence Victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(10), 2004–2024. <https://doi.org/10.1177/0886260510372932>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Williams, J.M., Barnhofer, T., Crane, C., & Beck, A. T. (2005). Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *Journal of abnormal psychology*, 114(3), 421–431. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.3.421>

Williams, J.M., Pollock, L.R. *The psychology of suicidal behaviour*. En: Hawton K, van Heeringen K, eds. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley; 2000

Wolford-Clevenger, C., & Smith, P. N. (2017). The conditional indirect effects of suicide attempt history and psychiatric symptoms on the association between intimate partner violence and suicide ideation. *Personality and Individual Differences*, 106, 46–51. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.10.042>

- World Health Organization. (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*; WHO: Geneva, Switzerland. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization. (2009). Executive Board, 124. *Commission on the Social Determinants of Health: Report by the Secretariat*. Available online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/2110>
- World Health Organization. (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*; WHO: Geneva, Switzerland. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- World Health Organization. (2019). *Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- World Health Organization. (2010). *Towards evidence-based suicide prevention programmes*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/207049>.
- World Health Organization. (2017). *Violence Against Women*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002. http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7_eng.pdf
- Yip, P. S. F., Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Law, Y. W. (2010). The Impact of Epidemic Outbreak. *Crisis*, 31(2), 86–92. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000015>
- Yoshimasu, K., Kiyohara, C., Miyashita, K., & Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental health and preventive medicine*, 13(5), 243–256. <https://doi.org/10.1007/s12199-008-0037-x>

- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Anexo(s)

10. Anexo(s)

Artículo 1

Puig-Amores, I., Cuadrado-Gordillo, I. and Martín-Mora Parra, G. 2021. "Suicide and Health Crisis in Extremadura: Impact of Confinement during COVID-19" *Trauma Care* 1, no. 1: 38-48. <https://doi.org/10.3390/traumacare1010004>

Artículo 2

Puig-Amores, I., Cuadrado-Gordillo, I., & Martín-Mora-Parra, G. (2022). Suicidal Behaviour as an Emerging Factor in Female Victims of Gender-Based Violence within a Relationship: An Exploratory Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(22), 15340. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215340>

Artículo 3

Puig-Amores, I., Cuadrado-Gordillo, I., & Martín-Mora-Parra, G. (2023). Health-service protection vis-à-vis the detection of psychosocial risks of suicide during the years 2019-2021. *Health Care*, X.

Anexo 1.

Suicidio y crisis sanitaria en Extremadura: Impacto del confinamiento durante la COVID-19

Article

Suicide and Health Crisis in Extremadura: Impact of Confinement during COVID-19

Ismael Puig-Amores , Isabel Cuadrado-Gordillo  and Guadalupe Martín-Mora Parra 

Department of Psychology and Anthropology, University of Extremadura, 06071 Badajoz, Spain; cuadrado@unex.es (I.C.-G.); guadammp@gmail.com (G.M.-M.P.)

* Correspondence: ipuigamores@unex.es

Abstract: Because of its impact on social well-being, mental health, and financial security, the COVID-19 health crisis may increase the risk of suicide. This study's objective was to determine what impact the period of confinement might have had on the incidence of deaths by suicide (DBS) in the Extremadura region (Spain). Cases registered in the Institutes of Legal Medicine and Forensic Science (IMLyCFs) from January 2015 to December 2020 were collected. Intra- and interannual comparisons were made of the suicide rates in the periods of confinement (March–June) and postconfinement (July–October) of 2020 with those of the preceding 5 years. After seasonally adjusting the data by means of a time series analysis, rate ratios (RRs) were calculated together with their 95% confidence intervals (CI). There were no significant differences between the suicide rates of 2020 and the mean of the preceding 5 years (RR = 0.94; CI: 0.56–1.55), and neither did any differences seen in the intra-annual analysis from the period of confinement to postconfinement reach statistical significance (RR = 0.74; CI: 0.45–1.20). It is necessary to strengthen vigilance during and after the crisis and ensure that assistance mechanisms are in place to prevent an increase in suicides.

Keywords: suicide; lockdown; COVID-19



Citation: Puig-Amores, I.; Cuadrado-Gordillo, I.; Parra, G.M.-M. Suicide and Health Crisis in Extremadura: Impact of Confinement during COVID-19. *Trauma Care* **2021**, *1*, 38–48. <https://doi.org/10.3390/traumacare1010004>

Received: 27 March 2021

Accepted: 28 April 2021

Published: 4 May 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

People's health and quality of life are strongly influenced by social, political, economic, environmental, and cultural contexts [1]. In this sense, the current health crisis deriving from COVID-19 is a life event that seems to be impacting people's mental health negatively [2–8], and there are fears that it could increase the risk of DBS, as has been the case in other crises [4–8], due to its destructive direct or indirect repercussions on social well-being, mental health, housing, work, and financial security. Some studies, however, have shown that suicide rates may decrease during or immediately after a crisis, with the risk varying from one group of people to another due to, among other aspects, cultural, religious, genetic, and socioeconomic factors [5]. Indeed, in general terms, there seems to be no clear trend in DBS after, for example, a natural disaster [9].

1.1. Previous Crises

As an example of the consequences deriving from a global crisis, the mortality data of 27 European countries in the period of the economic recession of 2008 [10] showed an increase in DBS in men in the first postcrisis year (2009) compared with the eight precrisis years of 2000–2007 (RR = 1.042; CI: 1.035–1.081), while in women, it remained stable (RR = 1.003; CI: 0.995–1.010).

In Spain during the same crisis, pre-to-post comparison (2006–2007 vs. 2011–2012) showed an increase in the prevalence of mental health problems among men (RR = 1.15; CI: 1.04–1.26), while in women, there was a slight decrease (RR = 0.92, CI: 0.87–0.98) [4]. In the same context, the rate of suicide attempts increased for both sexes during the 5 years after the onset of the crisis (2008–2012) compared with the precrisis period (2003–2007) [11],

and the rate of completed suicides underwent an overall 8% increase during the period 2005–2010, being greater in men (RR = 1.10; CI: 1.026–1.179) than in women (RR = 1.013; CI: 0.894–1.149) [12].

1.2. Background to the COVID-19 Health Crisis

With respect to the health consequences expected during a health crisis, the immediate antecedent was the 2003 Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in which some biopsychosocial risk factors for suicide, such as loneliness, social disconnection, limited access to medical care, and stress induced by the fear of suffering from those factors, were associated with an exceptionally high rate of DBS in persons older than 65, passing from 28.44 per 100,000 inhabitants in 2002 to values in the range from 37.46 to 40.35 depending on the different studies [13–15]. Specifically, social disconnection and loneliness, especially in the elderly, could generate or enhance depressive symptoms [16] and suicidal behaviors [17–22].

1.3. COVID-19 Crisis

In Spain, when the World Health Organization declared the emergency situation caused by the epidemic outbreak of COVID-19 [23] to be an international pandemic, the country's government adopted the first urgent measures to confront the disease's spread and its economic impact [24]. Some days later, on 14 March 2020, it declared a state of alarm to manage the health crisis situation over the whole of the national territory. Confinement was the first measure adopted. This included the "limitation of persons' freedom of movement," which meant that the entire Spanish population remained confined to their homes during the time the state of alarm was in force [25]. These extraordinary measures underwent six continuous extensions until 00:00 h 21 June [26].

These restrictions on everyday life generated a series of stressors capable of directly affecting people's health [2,3,27–29]. The duration of the confinement, the lack of information, the fear of getting ill or infecting others, the frustration caused by being unable to carry out daily activities such as leaving the house, the loss of freedom, the separation from one's environment, and uncertainty were some of the psychosocial stressors associated with the health crisis situation that were potential generators of negative psychological effects during the pandemic [30], effects that could be risk factors for suicidal behavior [4–8,31].

Early studies during the first months of the pandemic found no significant increase in DBS. Indeed, while some indicated absence of significant differences in any direction [32–34], others found a decrease in suicides during confinement in the first months of the pandemic [35–40].

In Massachusetts (USA), no significant differences were observed in the DBS incidence rate registered from March to May 2020 compared with 2019 (RR = 0.94; CI: 0.76–1.15) [32], neither were any significant differences found for Queensland (Australia) when comparing DBS rates for the period from February to August 2020 with the same period from 2015 to 2019 (RR = 0.94; CI: 0.82–1.06) [33].

However, in Austria, a significant decrease in DBS was observed in the first 6 months of the response to the pandemic (from April to September of 2020) when compared with the mean of the years 2006 to 2019 (chi-squared = 4.553, df = 1, $p = 0.033$), although the comparison by trimesters only showed significance for that from July to September (chi-squared = 4.21, df = 1 $p = 0.040$) [39]. In Leipzig (Germany), there was an intra-annual reduction in DBS registered between the confinement and nonconfinement months of 2020, although no significant differences were found when the comparison was with the years 2015–2019 (RR = 1.084; CI: 0.665–1.766) [34]. In the same line, research in Japan [35] found a 14% decline during the months of February to June (RR = 0.86; CI: 0.82–0.90) and a 16% increase during the months of July to October (RR = 1.16; CI: 1.11–1.21) relative to the preceding 5 years, although another study in Japan, which compared the period from March to June 2020 with the same period of the preceding 10 years [36], did not find any significant differences, but it did find an overall decrease in cases. Norway [37] and

Korea [38] have published DBS statistics for the first months of the pandemic. They both indicate a reduction in DBS compared with previous years, although neither publication included any statistical analysis as to whether the differences were significant.

1.4. Justification for the Study

This work was carried out in the Extremadura region (Spain), which has a censused population of 1,063,565 inhabitants and whose annual rate of DBS has remained fairly stable over the preceding 5 years. Specifically, 2020 showed a slight increase of 3.70% compared with 2019 in particular and of 4.60% compared with the mean of the preceding 5 years (2015–2019). In Spain, apart from overall figures, there are no official data available and no studies that the authors are aware of analyzing the variation in DBS rates in the months of confinement and postconfinement during the COVID-19 crisis. The objective of this study was therefore to determine to what extent and in which sense the period of confinement that was decreed during the state of alarm may have affected the incidence of DBS in the Extremadura region.

2. Materials and Methods

2.1. Data Acquisition

The data were extracted from the DBS files of the provincial IMLyCFs of Cáceres and Badajoz (the two provinces conforming to the Extremadura region), with the approval of the Teaching Commission of these centers and the authorization of Spain’s Ministry of Justice, both subject to Organic Law 3/2018 of December 5 on the Protection of Personal Data and the Guarantee of Digital Rights.

The records for 2015–2020 were reviewed, and the DBS that occurred from January to December of each year were collected. To calculate the incidence rates, the population counts used were those published on January 1 of each year [41], except for 2020, which had not yet been published at the date of the study. This last population was estimated by applying to 2019 the flux of vegetative growth and migratory balance during that year [42,43]. The mean suicide rate for 2015–2019 was calculated from the mean population for those years. In all populations, the under-15 age group was excluded because it was not considered a population at risk of suicide given its minimal or null recorded incidence.

2.2. Study Design

This was an observational and retrospective study in which the SARS-CoV-2 exposed and unexposed groups are defined differently in accordance with whether the analysis is inter- or intra-annual, as will be detailed below.

Prior to the rate analysis, using the statistical software package SPSS.21 (IBM Corp. Armonk, NY, USA), the raw data series were deseasonalized by means of a time series analysis with no prediction. After this seasonal decomposition, the cases that occurred from March to October of each year were selected for analysis. The deseasonalized rates were calculated by dividing the number of cases left after removing the seasonal component by each year’s total population.

The same statistical software was used to perform all the comparisons. Contingency tables were calculated, yielding the values of RR with the corresponding 95% confidence interval. This method was decided on because it provides a straightforward estimate of the percentage variation between two incidence rates. A further reason was that it allows the results to be compared with those of reference studies, which used the same method to determine the index of variation. In the present study, the resulting value is equivalent to how much more likely DBS is in the group of people exposed to confinement (year 2020) relative to the unexposed group (years 2015–2019). The calculations were made starting from a contingency table, applying the following equation:

$$RR = \frac{\frac{\text{exposed cases}}{\text{exposed population}}}{\frac{\text{unexposed cases}}{\text{unexposed population}}} = \frac{\text{exposed incident rate}}{\text{unexposed incident rate}} \quad (1)$$

With this method, a value of $RR > 1$ would indicate that DBS had increased, and this increase would be significant if the lower limit of the CI was above 1. A value of $RR < 1$ would indicate that DBS had decreased, and this would be significant if the upper limit of CI was below 1.

Procedure

After the seasonal decomposition, the first analysis was to compare the 2020 DBS with the mean of the preceding 5 years in each of the months studied to check for variations between the two periods. An interannual comparison was then made to analyze the variation in the DBS incidence observed in the total period of confinement (March–June 2020) vs. the incidence in the same period of each of the preceding 5 years (2015–2019) and the mean of those years, considering for the exposed and unexposed groups the total population of Extremadura for the year 2020 and for 2015–2019, respectively (Table 1).

Table 1. The interannual analysis (confinement).

Exposed (Mar–Jun 2020) Suicides (Cases) Total Population	Unexposed (Mar–Jun 2015–2019) Suicides (Cases) Total Population
--	---

The same procedure was followed to analyze the first four months of postconfinement (July–October) (Table 2).

Table 2. The interannual analysis (postconfinement).

Exposed (Jul–Oct 2020) Suicides (Cases) Total Population	Unexposed (Jul–Oct 2015–2019) Suicides (Cases) Total Population
--	---

Finally, to check whether there was an intra-annual increase in DBS postconfinement, a comparison was made for each year between the DBS observed from March to June (exposed cases) versus the DBS observed from July to October (unexposed cases) (Table 3).

Table 3. The intra-annual analysis (confinement vs. postconfinement).

Exposed (Mar–Jun 2015–2020) Suicides (Cases) Total Population	Unexposed (Jul–Oct 2015–2020) Suicides (Cases) Total Population
---	---

3. Results

3.1. Analysis of DBS in the Total Period

Table 4 lists the DBS cases and raw risk ratios registered in the months and years of the study. The last column gives the results for the contrast between each month of the year 2020 (exposed) and the corresponding mean of the preceding 5 years (unexposed). Figure 1 shows the trends of the RR of the original and of the seasonally adjusted series.

Table 4. Suicide cases and risk ratios in Extremadura in the period March–October 2015–2020 (original series and seasonally adjusted series).

Month	Year						RR (CI = 95%)	
	2015	2016	2017	2018	2019	2015–2019		
	Population							
	939,582	936,220	930,789	925,626	923,065	931,056	919,761	
Cases and Risk Ratios of the Original Series								
Mar	4 (0.43)	13 (1.39)	6 (0.64)	11 (1.19)	6 (0.65)	8 (0.86)	7 (0.76)	0.89 (0.32–2.44)
Apr	8 (0.85)	11 (1.17)	6 (0.64)	7 (0.76)	12 (1.30)	8.8 (0.95)	10 (1.09)	1.12 (0.46–2.77)
May	10 (1.06)	11 (1.17)	9 (0.97)	7 (0.76)	10 (1.08)	9.4 (1.01)	9 (0.98)	1.01 (0.40–2.55)
Jun	7 (0.75)	7 (0.75)	11 (1.18)	5 (0.54)	5 (0.54)	7 (0.75)	5 (0.54)	0.72 (0.23–2.28)
Jul	8 (0.85)	9 (0.96)	7 (0.75)	9 (0.97)	16 (1.73)	9.8 (1.05)	11 (1.2)	1.11 (0.47–6.62)
Aug	3 (0.32)	9 (0.96)	11 (1.18)	5 (0.54)	9 (0.98)	7.4 (0.79)	13 (1.41)	1.88 (0.75–4.71)
Sep	5 (0.53)	10 (1.07)	9 (0.97)	6 (0.65)	7 (0.76)	7.4 (0.79)	8 (0.87)	1.16 (0.42–3.19)
Oct	2 (0.21)	3 (0.32)	10 (1.07)	8 (0.86)	4 (0.43)	5.4 (0.58)	7 (0.76)	1.42 (0.45–4.47)
Cases and Risk Ratios of the Seasonally Adjusted Series								
Mar	3 (0.32)	12 (1.28)	5 (0.54)	10 (1.08)	5 (0.54)	7 (0.75)	6 (0.65)	0.87 (0.29–2.58)
Apr	6 (0.68)	9 (1.01)	4 (0.48)	5 (0.59)	10 (1.13)	7 (0.75)	8 (0.92)	1.16 (0.42–3.19)
May	8 (0.90)	9 (1.01)	7 (0.80)	5 (0.59)	8 (0.92)	8 (0.86)	7 (0.81)	0.89 (0.32–2.44)
Jun	8 (0.86)	8 (0.86)	12 (1.29)	6 (0.65)	6 (0.65)	8 (0.86)	6 (0.66)	0.76 (0.26–2.19)
Jul	5 (0.59)	6 (0.70)	4 (0.49)	6 (0.71)	13 (1.47)	7 (0.75)	8 (0.93)	1.16 (0.42–3.19)
Aug	3 (0.31)	9 (0.95)	11 (1.17)	5 (0.53)	9 (0.96)	7 (0.75)	13 (1.40)	1.88 (0.75–7.71)
Sep	5 (0.53)	10 (1.06)	9 (0.96)	6 (0.64)	7 (0.75)	7 (0.75)	8 (0.86)	1.16 (0.42–3.19)
Oct	4 (0.42)	5 (0.53)	12 (1.29)	10 (1.08)	6 (0.65)	7 (0.75)	9 (0.98)	1.30 (0.48–3.49)

Note: RR is the risk ratio comparing the DBS of the year 2020 with the corresponding mean DBS of the preceding 5 years.

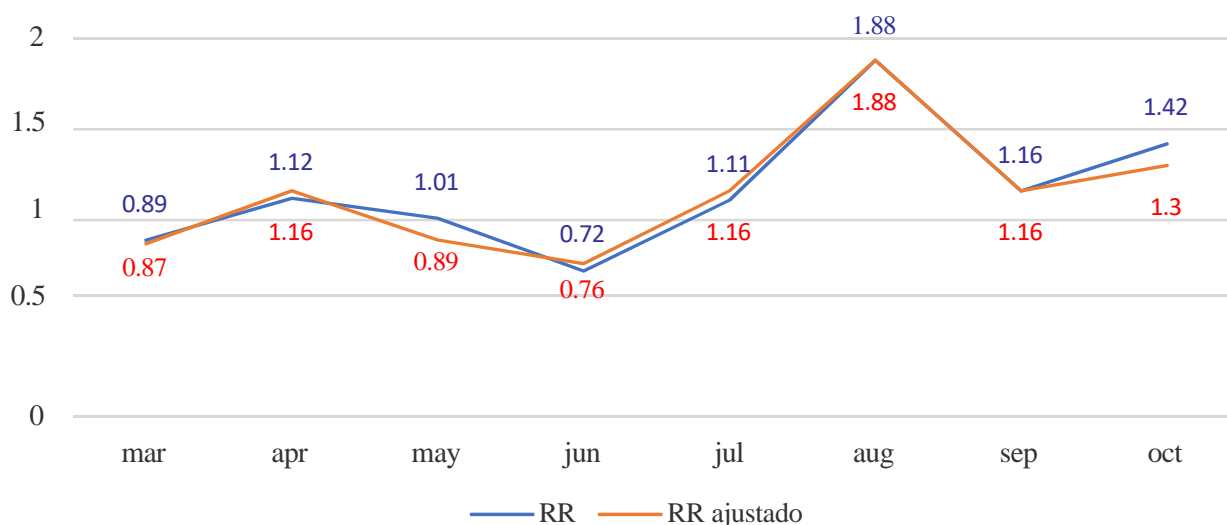


Figure 1. Trends of the RR (original vs. seasonally adjusted series).

This first analysis does not provide any strong evidence for change in the likelihood of suicidal acts in the exposed population whether during the confinement or in the months postconfinement. This is so both with the deseasonalized series and the original unadjusted series.

As one observes in both parts of the table, there were no significant differences in DBS incidence in any of the months of 2020 analyzed compared with the corresponding mean of the preceding 5 years. Likewise, comparing the monthly rates for 2020 with those of the preceding years, one observes that all the confidence intervals include the value 1.

3.2. Analysis of DBS in the Confinement Period

This second analysis did not provide any significant results suggestive of a greater likelihood of committing a suicidal act in the population exposed to confinement than in the unexposed population.

The comparison of the total DBS that occurred during the 2020 confinement period with each of the preceding 5 years revealed no significant differences, finding that the recorded rates and the calculated RRs were fairly stable over the course of the series (Table 5). The comparison of 2020 with the mean of 2015–2019 did not show any statistically significant difference (RR = 0.94; CI: 0.56–1.58).

Table 5. Total DBS (seasonally adjusted) in the confinement period months (March–June).

Year	2015	2016	2017	2018	2019	2015–2019	2020
Seasonally adjusted cases	26	39	29	27	30	30	28
Seasonally adjusted rates	2.76	4.16	3.11	2.91	3.25	3.24	3.04
RR	1.1	0.73	0.98	1.04	0.94	0.94	1
CI (95%)	(0.65–1.88)	(0.45–1.19)	(0.58–1.64)	(0.62–1.77)	(0.56–1.57)	(0.56–1.58)	

Note: RR is the risk ratio comparing the DBS of the four months of the year 2020 with those of each of the preceding 5 years and with the mean of those years.

3.3. Analysis of DBS in the Postconfinement Period

The results of this third analysis (Table 6) showed the highest DBS rate to correspond to the year 2020, although the variation with respect to the mean of the preceding 5 years was not significant. Nonetheless, in the comparisons with each of those 5 years separately, a significant difference was found with the year 2015 (RR = 2.28; CI: 1.29–4.05). As can be seen in the table, the 2015 rate was the lowest of the series, with 17 cases as against the 38 of 2020.

Table 6. Total DBS (seasonally adjusted) in the postconfinement period months (July–October).

Year	2015	2016	2017	2018	2019	2015–2019	2020
Seasonally adjusted cases	17	30	36	27	35	29	38
Seasonally adjusted rates	1.85	3.25	3.91	2.96	3.83	3.16	4.17
RR	2.28	1.29	1.07	1.42	1.09	1.33	1
CI (95%)	(1.29–4.05) *	(0.8–2.08)	(0.68–1.69)	(0.86–2.32)	(0.69–1.72)	(0.82–2.15)	

Note: RR is the risk ratio comparing the DBS of the four months of the year 2020 with those of each of the preceding 5 years and with the mean of those years. (*) significant difference.

3.4. Intra-Annual Analysis of DBS Comparing the Confinement and Postconfinement Periods

Finally, Table 7 lists the results of the intra-annual analysis of the total DBS during the periods of March–June and July–October. This last analysis does not allow one to state that there is any significant change in DBS rates from the period of confinement to that of postconfinement in the year 2020. The variation observed in this year of the pandemic is quite similar to the variations found in comparing the periods of March–June vs. July–October in 2017 and 2019 when there was no confinement, so the variation registered in 2020 could well be due to chance.

Table 7. Intra-annual comparison of the confinement period months (March–June) with the postconfinement period months (July–October) for each year (seasonally adjusted data).

Year	2015	2016	2017	2018	2019	2015–2019	2020
Rates March–June	2.76	4.16	3.11	2.91	3.25	3.24	3.04
Rates July–October	1.85	3.25	3.91	2.96	3.83	3.16	4.17
RR	1.53	1.3	0.81	1	0.86	1.03	0.74
CI (95%)	(0.83–2.82)	(0.81–2.09)	(0.49–1.31)	(0.59–1.70)	(0.53–1.40)	(0.62–1.72)	(0.45–1.20)

Note: RR is the risk ratio comparing in each year the DBS of the confinement months with that of the postconfinement months.

4. Discussion

This study aimed at exploring the possible impact of the confinement measures imposed during COVID-19 on the incidence of deaths by suicide in the Extremadura region. Given the antecedents of observations in previous crises on their consequences for people's mental health and the increase in suicides [4–8,10–12], a similar impact could be expected during the course of the COVID-19 pandemic. Some studies have already shown the negative consequences of this crisis on mental health [2,3,27–29], but there as yet seems to be no evidence for any increase in DBS during the confinement period—rather there seems to be stability [32–34] or a decline [35–40]—and there are still insufficient data to indicate otherwise. Nonetheless, the possible immediate impact in the months following confinement and the general medium and long term impacts remain to be explored in greater depth. At the moment, some data already indicate that the feared increase in DBS could well occur [35].

Based on this work, it cannot be affirmed that there has been a significant change in the trend of DBS in the region of Extremadura during either the confinement period of 2020 or in the months following confinement. There could be some unidentified factor, apart from the exceptional situation of confinement, underlying the variations observed in the incidence rates because it was impossible to carry out an exhaustive analysis of the potential differentiating variables present in the year 2020 relative to the other years that might have provided some tentative explanation. Specifically, for many cases of DBS in the 2015–2018 period, there was no information available on sociodemographic (age, marital status, etc.), socioeconomic (employment situation), and personal (physical or mental health status, divorce rates, etc.) variables. Hence, the significant difference in DBS for the months of July–October between the years 2020 and 2015 can neither be attributed to chance nor be explained on the basis of the available data.

The incidence for the entire March to June period stayed fairly stable relative to the years preceding the crisis (RR = 0.94; CI: 0.56–1.58). Such a finding is coherent with those of other studies on the incidence of DBS during the first months of the pandemic [32–34], especially with the Massachusetts (RR = 0.94; CI: 0.76–1.15) [32] and the Queensland (RR = 0.94, CI: 0.82–1.06) [33] studies.

With regard to the rates of DBS observed in the months of July to October, these differences are not coherent with the results reported for Japan (RR = 1.16; CI: 1.11–1.21) [35], in which there was a significant 16% increase. In our analysis for the Extremadura region, the risk ratios for the years 2017 and 2019 were similar to that of 2020 for these same months, so that one cannot rule out that the variation observed was due to chance.

There are various possible mediating factors underlying these results. The government of Spain approved exceptional economic measures to mitigate the impact of COVID-19. These included actions aimed at strengthening the health sector, protecting families' welfare, helping employees and self-employed whose incomes had fallen, and supporting firms in terms of liquidity and flexibility so as to minimize unemployment. At the psychoemotional level, the social cohesion at individual, family, and community scales generated by the confinement situation could have acted as a protective factor for mental health [16], especially against suicidal behavior [19,21], by contributing a feeling of security and connection. In addition, the confinement measure may have led to a situation that limited access to lethal means for persons with suicidal ideation or intentions. Given the published data on suicidal ideation at the start of the pandemic [44], this period could have been one of the incubation of active suicidal ideas, which would ultimately be consummated postconfinement.

Faced with the possible future scenario in which the increases in DBS that occurred in periods subsequent to the immediate stressor could be replicated in other crises, psychosocial interventions for the population at risk could prevent postcrisis complications, reduce mental disorders, improve mental health, and augment these persons' disaster resilience [45]. To this end, it is important to recognize the need for mechanisms with which to detect persons at risk of suicide during the postconfinement and postcrisis periods.

Finally, following the recommendations of the WHO [46], in order to implement preventive programs that stop or reduce such suicidal behaviors, as for example, the existing plans of prevention of Spain's various Autonomous Communities [47–49], it would be necessary to monitor the epidemiological trends of suicide in specific geographic areas through studies that help determine which population groups are at greatest risk, as some affected groups

(such as women, adolescents, the elderly, or people with depression and post-traumatic stress disorder) suffer more and are more vulnerable to disasters [45]. The aforementioned reference studies [32–40] respond implicitly to the need for this type of research at a local level, and their findings will be of relevance for the design of suicide prevention strategies in their specific zones of study. In this sense, a comparative analysis of the DBS registered by the IMLyCFs of Spain's various Autonomous Communities would show whether the results of this present study done at a local level are generalizable nationally. A thorough analysis of the cases that occurred during the confinement period by means of psychological autopsies [50,51] would complement and enrich research in this area. It would help understand the personal circumstances surrounding the persons who have committed suicide, and thus make it possible to identify possible common risk factors, for example, mental health problems, the situation of social isolation, the feeling or perception of loneliness, and the reduced access to medical attention in persons undergoing medical or psychological treatment [11–13].

5. Study Limitations

This research has some limitations. Firstly, the incidence rates calculated from the cases registered in our data source might well increase in the coming months. The cases included in this study that occurred during the confinement and postconfinement periods of 2020 were those unequivocally classified as DBS. However, some deaths currently classified as being of unknown cause might come to be reclassified as DBS. Secondly, as the case frequency is low throughout the series, a variation of just one or two cases translates into a large percentage variation. Thirdly, our study was carried out in a single Spanish region with particular population, sociodemographic, and socioeconomic characteristics. This makes it difficult to generalize the results on a national or international level. Another limitation is that the RR is a measure of the effect that indicates whether the incidence of a phenomenon varies under certain circumstances; in this case, the confinement period, but this measure does not determine causality. We consider that to determine causality during COVID-19 confinement to the possible variation of DBS, it would be necessary to know the specific circumstances of each DBS that occurred throughout the study period 2015–2020, something hardly possible with the data that are usually collected by official sources. For this reason, we recommend a psychological autopsy as the proper methodology to know the particular circumstances of each person who committed suicide.

6. Conclusions

The pandemic situation of COVID-19 during 2020 has supposed a major socioeconomic and sanitary impact which determined that the researches about the consequences have progressed at astonishing speed, although there are many aspects which still remain unexplored in order to combat the consequences. In this sense, the present study opens an interest in possible measures of prevention and public health, although we cannot claim that there has been a significant change in the tendency of DBS in the region of Extremadura during the confinement period of 2020 (RR = 0.94; CI: 0.56–1.55), or in the months following confinement (RR = 1.33; CI: 0.82–2.15). Neither did any differences seen in the intra-annual analysis from the period of confinement to postconfinement reach statistical significance (RR = 0.74; CI: 0.45–1.20). However, in view of the antecedents observed in previous crises and their consequences for people's mental health as well as the increase in suicides, a similar impact could be expected during the COVID-19 pandemic. In this sense, it would be necessary to strengthen vigilance during and after the crisis and assure that assistance mechanisms are in place to prevent an increase in suicides.

Author Contributions: Conceptualization, I.P.-A.; methodology, I.P.-A.; formal analysis, I.P.-A.; investigation, I.P.-A.; writing—original draft preparation, I.P.-A.; writing—review and editing, I.P.-A., I.C.-G., and G.M.-M.P.; supervision, I.C.-G. and G.M.-M.P. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This study was carried out with funding from the European Social Fund through aid for the financing of predoctoral contracts for the training of Doctors in public R&D centers belonging to the Extremadura System of Science, Technology and Innovation, in the fiscal year 2018, with the case file PD-18039.

Institutional Review Board Statement: Not applicable.

Informed Consent Statement: Not applicable.

Data Availability Statement: Data is contained within the article.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. World Health Organization. Executive Board, 124. 2009. Commission on the Social Determinants of Health: Report by the Secretariat. Available online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/2110> (accessed on 6 January 2021).
2. Solomou, I.; Constantinidou, F. Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression Symptoms during the COVID-19 Pandemic and Compliance with Precautionary Measures: Age and Sex Matter. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 4924. [[CrossRef](#)]
3. Gualano, M.R.; Lo Moro, G.; Voglino, G.; Bert, F.; Siliquini, R. Effects of Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 4779. [[CrossRef](#)]
4. Bartoll, X.; Palència, L.; Malmusi, D.; Suhrcke, M.; Borrell, C. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *Eur. J. Public Health* **2014**, *24*, 415–418. [[CrossRef](#)]
5. Cairns, J.-M.; Graham, E.; Bambra, C. Area-level socioeconomic disadvantage and suicidal behaviour in Europe: A systematic review. *Soc. Sci. Med.* **2017**, *192*, 102–111. [[CrossRef](#)]
6. Gili, M.; Roca, M.; Basu, S.; McKee, M.; Stuckler, D. The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur. J. Public Health* **2013**, *23*, 103–108. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
7. Haw, C.; Hawton, K.; Gunnell, D.; Platt, S. Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors. *Int. J. Soc. Psychiatry* **2015**, *61*, 73–81. [[CrossRef](#)]
8. Milner, A.; Page, A.; La Montagne, A.D. Long-term unemployment and suicide: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* **2013**, *8*, e51333. [[CrossRef](#)]
9. Kølves, K.; Kølves, K.E.; De Leo, D. Natural disasters and suicidal behaviours: A systematic literature review. *J. Affect. Disord.* **2013**, *146*, 1–14. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
10. Chang, S.; Stuckler, D.; Yip, P.; Gunnell, D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries. *BMJ* **2013**, *347*, f5239. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
11. Córdoba-Doña, J.A.; San Sebastián, M.; Escolar-Pujolar, A.; Martínez-Faure, J.E.; Gustafsson, P.E. Economic crisis and suicidal behaviour: The role of unemployment, sex and age in Andalusia, southern Spain. *Int. J. Equity Health* **2014**, *13*, 55. [[CrossRef](#)]
12. López, J.A.; Gasparrini, A.; Artundo, C.M.; McKee, M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: An interrupted time-series analysis. *Eur. J. Public Health* **2013**, *23*, 732–736. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
13. Chan, S.M.; Chiu, F.K.; Lam, C.W.; Leung, P.Y.; Conwell, Y. Elderly suicide and the 2003 SARS epidemic in Hong Kong. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* **2006**, *21*, 113–118. [[CrossRef](#)]
14. Cheung, Y.T.; Chau, P.H.; Yip, P.S. A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* **2008**, *23*, 1231–1238. [[CrossRef](#)]
15. Yip, P.S.; Cheung, Y.T.; Chau, P.H.; Law, Y.W. The impact of epidemic outbreak: The case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis* **2010**, *31*, 86–92. [[CrossRef](#)]
16. Honjo, K.; Tani, Y.; Saito, M.; Sasaki, Y.; Kondo, K.; Kawachi, I.; Naoki, K. Living alone or with others and depressive symptoms and effect modification by residential social cohesion among older adults in Japan: The JAGES longitudinal study. *J. Epidemiol.* **2018**, *28*, 315–322. [[CrossRef](#)]
17. Beutel, M.E.; Klein, E.M.; Brähler, E.; Reiner, I.; Jünger, C.; Michal, M.; Wiltink, J.; Wild, P.S.; Münzel, T.; Lackner, K.J.; et al. Loneliness in the general population: Prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry* **2017**, *17*, 97. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
18. Calati, R.; Ferrari, C.; Brittner, M.; Oasi, O.; Olié, E.; Carvalho, A.F.; Courtet, P. Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *J. Affect. Disord.* **2019**, *245*, 653–667. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
19. Klonsky, E.D.; May, A.M.; Saffer, B.Y. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* **2016**, *12*, 307–330. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
20. Rugo, K.F.; Leifker, F.R.; Drake-Brooks, M.M.; Snell, M.B.; Bryan, C.J.; Bryan, A.O. Unit Cohesion and Social Support as Protective Factors Against Suicide Risk and Depression Among National Guard Service Members. *J. Soc. Clin. Psychol.* **2020**, *39*, 214–228. [[CrossRef](#)]
21. Van Orden, K.A.; Witte, T.K.; Cukrowicz, K.C.; Braithwaite, S.R.; Selby, E.A.; Joiner, T.E. The interpersonal theory of suicide. *Psychol. Rev.* **2010**, *117*, 575–600. [[CrossRef](#)]
22. Bennardi, M.; Caballero, F.F.; Miret, M.; Ayuso-Mateos, J.L.; Haro, J.M.; Lara, E.; Arensman, E.; Cabello, M. Longitudinal Relationships Between Positive Affect, Loneliness, and Suicide Ideation: Age-Specific Factors in a General Population. *Suicide Life Threat. Behav.* **2019**, *49*, 90–103. [[CrossRef](#)]
23. World Health Organization. WHO Director-General’s Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19—11 March 2020. Available online: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020> (accessed on 6 January 2021).
24. Head of state. Royal Decree-Law 7/2020, of March 12, by Which Urgent Measures Are Adopted to Respond to the Economic Impact of COVID-19. “BOE” no. 65, of March 13, 2020, p. 24996 to 25013. BOE-A-2020-3580. Available online: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/12/7> (accessed on 10 November 2020).
25. Ministry of the Presidency. Relations with the Courts and Democratic Memory. Royal Decree 463/2020, of March 14, which Declares the State of Alarm for the Management of the Health Crisis Situation Caused by COVID-19. “BOE” no. 67 of 03/14/2020. Sec. I. Page 25390. BOE-A-2020-5767. Available online: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463/con> (accessed on 10 November 2020).
26. Ministry of the Presidency. Relations with the Courts and Democratic Memory. Royal Decree 555/2020, of June 5, which Extends the State of Alarm Declared by Royal Decree 463/2020, of March 14, which Declares the State of Alarm for the Management of the Situation of Health Crisis Caused by COVID-19. “BOE” no. 159 of 06/06/2020. Sec. I. Pages 38027 to 38036. Available online: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/06/05/555> (accessed on 10 November 2020).
27. Balluerca, N.; Gómez, J.; Hidalgo, M.D.; Gorostiaga, A.; Espada, J.P.; Padilla, L.; Santed, M.A. *The Psychological Consequences of*

- COVID-19 and Confinement. Investigation Report*; Publications Service of the University of the País Vasco: Biscay, Spain, 2020; Available online: https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf (accessed on 10 February 2021).
28. Orgilés, M.; Morales, A.; Delvecchio, E.; Mazzeschi, C.; Espada, J.P. Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain. *Front. Psychol.* **2020**, *11*, 579038. [CrossRef] [PubMed]
 29. Wang, C.; Pan, R.; Wan, X.; Tan, Y.; Xu, L.; Ho, C.S.; Ho, R.C. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 1729. [CrossRef]
 30. Brooks, S.K.; Webster, R.K.; Smith, L.E.; Woodland, L.; Wessely, S.; Greenberg, N.; Rubin, G.J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapide review of the evidence. *Lancet* **2020**, *395*, 912–920. [CrossRef]
 31. Carballo, J.J.; Llorente, C.; Kehrmann, L.; Flamarique, I.; Zuddas, A.; Purper-Ouakil, D.; Hoekstra, P.J.; Coghill, D.; Schulze, U.; Dittmann, R.W.; et al. STOP Consortium. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* **2020**, *29*, 759–776. [CrossRef]
 32. Faust, J.S.; Shah, S.B.; Du, C.; Li, S.X.; Lin, Z.; Krumholz, H.M. Suicide Deaths During the COVID-19 Stay-at-Home Advisory in Massachusetts, March to May 2020. *JAMA Netw. Open* **2021**, *4*, e2034273. [CrossRef]
 33. Leske, S.; Kölves, K.; Crompton, D.; Arensman, E.; De Leo, D. Real-time suicide mortality data from police reports in Queensland, Australia, during the COVID-19 pandemic: An interrupted time-series analysis. *Lancet* **2021**, *8*, 58–63. [CrossRef]
 34. Radeloff, D.; Papsdorf, R.; Uhlig, K.; Vasilache, A.; Putnam, K.; Klitzing, K. Trends in suicide rates during the COVID-19 pandemic restrictions in a major German city. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* **2021**, *30*, 1–5. [CrossRef]
 35. Tanaka, T.; Okamoto, S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat. Hum. Behav.* **2021**, *5*, 229–238. [CrossRef] [PubMed]
 36. Anzai, T.; Fukui, K.; Ito, T.; Ito, Y.; Takahashi, K. Excess Mortality From Suicide During the Early COVID-19 Pandemic Period in Japan: A Time-Series Modeling Before the Pandemic. *J. Epidemiol.* **2021**, *31*, 152–156. [CrossRef]
 37. Qin, P.; Mehlum, L. National observation of death by suicide in the first 3 months under COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr. Scand.* **2021**, *143*, 92–93. [CrossRef]
 38. Kim, A.M. The short-term impact of the COVID-19 outbreak on suicides in Korea. *Psychiatry Res.* **2021**, *295*, 113632. [CrossRef]
 39. Deisenhammer, E.A.; Kemmler, G. Decreased suicide numbers during the first 6 months of the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res.* **2021**, *295*, 113623. [CrossRef] [PubMed]
 40. Calderon-Anyosa, R.J.C.; Kaufman, J.S. Impact of COVID-19 lockdown policy on homicide, suicide, and motor vehicle deaths in Peru. *Prev. Med.* **2021**, *143*, 106331. [CrossRef] [PubMed]
 41. National Institute of Statistics. Continuous Register Statistics. Provisional data as of January 1, 2020. Autonomous Communi- ties and Provinces. Available online: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/provi/10/&file=0ccaa003.px> (accessed on 10 November 2020).
 42. Statistical Institute of Extremadura. Migration Statistics. Informative Note. Government of Extremadura. 2019. Available online: <https://ciudadano.gobex.es/documents/9292336/10006092/MIGRACIONES2019.pdf/056a8c76-0385-4d6a-b91d-2ba124c668a7> (accessed on 10 November 2020).
 43. Statistical Institute of Extremadura. Natural Movement of the Population. Informative note. Government of Extremadura. 2019. Available online: <https://ciudadano.gobex.es/documents/9292336/9762101/MNP2019D.pdf/b49ec498-7fe4-4421-a51b-a951f27e24a0> (accessed on 10 November 2020).
 44. Mortier, P.; Vilagut, G.; Ferrer, M.; Alayo, I.; Bruffaerts, R.; Cristóbal-Narváez, P.; Del Cura, J.; Domènech-Abella, J.; Felez-Nobrega, M.; Olaya, B.; et al. Thirty-Day Suicidal Thoughts and Behaviors in the Spanish Adult General Population during the First Wave of the Spain COVID-19 Pandemic. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* **2020**, 1–25. [CrossRef]
 45. Jafari, H.; Heidari, M.; Heidari, S.; Sayfour, N. Risk Factors for Suicidal Behaviours after Natural Disasters: A Systematic Review. *Malay. J. Med. Sci.* **2020**, *27*, 20–33. [CrossRef]
 46. Pan American Health Organization, World Health Organization Regional Office for the Americas. World Report on Violence and Health. 2003. Washington DC. Available online: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf (accessed on 12 January 2021).
 47. Basque Government. Suicide Prevention Strategy in the Basque Country. Department of Health, Vitoria. 2019. Available online: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevenccion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevenccion_suicidio_cast.pdf (accessed on 12 April 2021).
 48. Generalitat Valenciana. Council of Universal Health and Public Health. Valencia. 2018. Available online: <http://www.prevenciodelsuicidi.san.gva.es/documents/7217942/7267322/GU%C3%8DA+SUICIDIO+%C3%81MBITO+SANITARIO.pdf> (ac- cessed on 12 April 2021).
 49. Government of Castilla-La Mancha. Strategies for the Prevention of Suicide and Intervention Before Autolytic Behaviors in Castilla-La Mancha. Castilla-La Mancha Health Service. Toledo. 2018. Available online: [https://sanidad.castillalamancha.es/ files/estrategias_para_la_prevenccion_del_suicidio_ok.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/files/estrategias_para_la_prevenccion_del_suicidio_ok.pdf) (accessed on 12 April 2021).
 50. Jiménez, J.; Arrufa, F.X.; Carrer, R.; Gay, M. Participation of the Institutes of Legal Medicine in suicide prevention programs: The case of Osona (Barcelona). *Rev. Española Med. Leg.* **2012**, *38*, 131–136. [CrossRef]
 51. Martín-Fumadó, C.; Gómez-Durán, E.L. Suicide investigation: Psychological autopsy. *Rev. Española Med. Leg.* **2017**, *43*, 135–137. [CrossRef]

Anexo 2.

Conducta suicida como factor emergente en mujeres víctimas de violencia de género en el seno de una pareja: Un estudio exploratorio



Article

Suicidal Behaviour as an Emerging Factor in Female Victims of Gender-Based Violence within a Relationship: An Exploratory Study

Ismael Puig-Amores , Isabel Cuadrado-Gordillo * and Guadalupe Martín-Mora-Parra

Department of Psychology and Anthropology, University of Extremadura, 06071 Badajoz, Spain

* Correspondence: cuadrado@unex.es

Abstract: Intimate partner violence (IPV), in addition to being an important public health problem, is a risk factor for suicidal behaviour (SB). The objective of this study was to explore the risk of suicidal behaviour associated with the different forms of abuse and the consequences derived from it. This exploratory study was conducted on a sample of women who experienced IPV ($N = 70$) in the Extremadura Region (Spain). Demographic factors, abuse experience, suicidal ideation (SI), suicidal communication (SC), and suicide attempts (SAs) were analysed according to the type of abuse. We found that a very high prevalence of psychological violence (IPVp) was accompanied, in most cases, by some other type of abuse (IPVp+). Additionally, a significant relationship was found between IPV and SB. Logistic regression revealed a greater risk of SI and SA in the IPVp+ group. The results of this study could be useful to healthcare service professionals in preventing suicidal behaviour.

Keywords: suicidal behaviours; intimate partner violence; risk factors



Citation: Puig-Amores, I.;

Cuadrado-Gordillo, I.;

Martín-Mora-Parra, G. Suicidal

Behaviour as an Emerging Factor in

Female Victims of Gender-Based

Violence within a Relationship: An

Exploratory Study. *Int. J. Environ. Res.*

Public Health **2022**, *19*, 15340. [https://](https://doi.org/10.3390/ijerph192215340)

doi.org/10.3390/ijerph192215340

Academic Editors: Krim K. Lacey,

Rohan D. Jeremiah and Paul

B. Tchounwou

Received: 2 August 2022

Accepted: 17 November 2022

Published: 20 November 2022

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors.

Licensee MDPI, Basel, Switzerland.

This article is an open access article distributed under

1. Introduction

Physical, sexual, or psychological violence by a partner or ex-partner (IPV) is the commonest form of violence against women [1]. Such is its impact that it is considered to be a serious public health and human rights problem [2]. According to the most recent meta-analysis [1], between the years 2000 and 2018, the prevalence of this type of violence was 27%, so it is estimated that up to 753 million women who were married or with partners over 15 years of age have undergone IPV at least once in their lives. In the region of Extremadura (Spain), the scenery is equally alarming. According to the Macro- survey of violence against women of 2019, the prevalence of IPV+ in general population reaches 24% [3]. The seriousness of this problem has generated a continuous interest in factors related to IPV in order to develop explanatory models of this phenomenon and apply them in research [4–6]. Many factors of IPV have been extensively researched, including demographic characteristics such as age [7–9], marital status [8–10], level of education [9–11], employment status [12], relationship time with the aggressive partner [4], and alcohol or substance abuse [13–16]. Another factor of IPV is the abuse experienced, especially the different types women experience [17,18], and also a family history of abuse (childhood maltreatment, sexual abuse history, etc.) [5,7,9,19].

The abuse experienced can be very diverse [18]. Several studies indicate that psychological violence is usually present in most cases, either alone (IPVp) or combined with physical and/or sexual violence (IPVp+), being the most frequent form of abuse and one of the main causes of health problems in women [8,10,20–22]. IPV can have physical consequences [1,23], with the number of health problems being greater when the abuse has been temporally close, even lasting over time once the experience of abuse has ended [24]. In this sense, physical consequences such as chronic pain can generate depressive symptoms and hopelessness, two factors associated with an increased risk of suicidal behaviour [1,25–29]. In addition, IPV can cause neuropsychological [25,26] or psychological problems [27–29],

including suicide attempts and suicidal ideation [15,30,31]. In Extremadura, a region of Spain, the main consequences of IPV were physical damage such as injuries, bruises, etc. (20–40%), depression (45.4%), anxiety (47.3%), sleeping or eating problems (48.6%), loss of self-esteem (61%), hopelessness (50%), and suicidal thought or suicide attempts (12.3%) [3]. Although these consequences can be associated with an increased risk of suicide [15, 31,32], it is psychological abuse which has received the most attention in studies of suicidal behaviour. In this regard, hopelessness is especially relevant as it is key to the emergence of suicidal ideation (SI) [33–35] and suicide attempts (SAs) [35–37]. In this sense, it should be noted that depressive symptoms, including hopelessness, have a high incidence among female victims of IPV [15,24,38] and that hopelessness indeed acts as a mediator between the abuse and suicidal behaviour (SB) [39,40]. Likewise, a greater degree of association has been found between hopelessness and SAs when there is in fact a history of SAs [34–38]. Previous attempts can be considered to be a powerful predictor of subsequent attempts because they substantially increase the risk after a first SA [35,41–43]. Thus, hopelessness, SI, and SAs are among the main factors associated with the increased risk of SB [34,36,37,39–43], and consequently these three components are key for the evaluation of suicide risk in females exposed to IPV.

The difference between SI and SAs is another important factor to consider in the analysis of SB. These behaviours (SI and SAs) are currently considered to be closely related, although they require different explanations and have different predictors [34]. This fact is reflected in the “three-step theory of suicide” and “the integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour” explained by authors such as [33,34,39,40]. These two theoretical frameworks try to explain the appearance of SI and its genesis until reaching SAs. In short, both postulate that the perception of the immutability of life circumstances (i.e., hopelessness), would play a key modulating role in the evolution and severity of the different types of SB, having been suggested that the emotional pain produced by any life event or personal circumstance could be the close antecedent of SI. Additionally, these explanatory frameworks of suicidal behaviour suggest, with greater or lesser emphasis, that the loss of fear of pain and death necessary to be able to carry out a suicidal act can come from genetic vulnerability, although it can also be acquired by habituation to physical and/or emotional pain after prolonged or chronic exposure to such stressors.

In the context of IPV, the perception of immutability (hopelessness) of the abuse experienced by women is considered to be the personal event or circumstance capable of triggering SI. In addition, the duration of the relationship, and the cohabitation period with the aggressor, would lead to a prolonged exposure to the abuses which, later, would increase the habituation to physical and/or emotional abuse. These two factors (hopelessness and habituation) are the key for losing the fear of pain and death, which could, ultimately, lead female victims of IPV to carry out SAs. From this perspective, the main goal of the present work was to explore the possible relationships between the consequences of abuse and SB in a group of female victims of IPV. Specifically, it is proposed that the physical consequences derived from the abuse (major health problems such as chronic pain syndromes, mobility limitations, and general poor health), the psychological consequences (especially hopelessness) deriving from IPV, or the isolation that these women usually experience in this type of abusive relationships could explain the emergence of suicidal behaviour.

Research Hypotheses and Objectives

To this end, the first objective was to explore the prevalence of abuse experienced and the consequences of the abuse. The second objective was to investigate whether there is any association between demographic factors, the abuse experienced, and the consequences of the abuse with some form of IPV (IPVp or IPVp+). Finally, the third objective was to determine if there is an association connecting SI and SAs with demographic factors, the abuse experienced, and especially the consequences of the abuse. Based on these objectives, the following working hypotheses were posited:

- (1) Psychological violence will be present in most cases and will occur to a greater extent combined with physical and/or sexual violence (IPVp+) than alone (IPVp).
- (2) IPVp+ will be significantly related to both SI and SAs, additionally presenting a greater risk of developing SB than will IPVp.
- (3) The hopelessness variable will be significantly related to IPV and SB, with hopelessness implying a greater risk of SI and SAs.

2. Materials and Methods

2.1. Participants

The sample ($N = 70$) was made up of a group of women in psychological therapeutic process at 6 Psychological Care Points (PAPs) of the Care Network for Victims of Gender Violence in Extremadura (Spain). The only exclusion criterion was being under 18 years of age. The age of the participants ranged from 19 to 62 years old ($M = 40.14$; $SD = 10.71$).

2.2. Procedure

Prior to beginning the study, authorization was obtained from the General Director of the Women's Institute of Extremadura, as well as from the Ministry of Equality & Cooperation for Development of the Junta de Extremadura. Subsequently, authorization for the interviews was requested from the management of each of the PAPs. After permits were obtained, the PAPs were contacted by telephone. In this first contact, the objectives of the study, the content of the interviews, and their approximate duration were explained. The anonymity of all the participants was also guaranteed. The interviews began in 2020 and continued until March 2021. The interviews were carried out by the researchers involved in this study. The participants completed the questionnaires in a calm and relaxed environment, with enough time to discuss and comment on the questions. Before completing the questionnaires, the explicit informed consent of the participants was requested, and information was included regarding the use of the data, the objective of the study, and the voluntary participation and assurance of confidentiality and anonymity. The acquisition and processing of data was carried out according to the Spanish Organic Law 3/2018 of December 5 on the Protection of Personal Data and the Guarantee of Digital Rights.

2.3. Questionnaires and Variables

Semi-structured interview with victims of domestic abuse were conducted [44]. This questionnaire comprises 21 items, grouped into two blocks. The first of these sections (items 1 to 10) used a polytomous scale that compiled demographic information such as age, marital status, and profession. The second block had a dichotomous scale. This second section was subdivided into three: the first one (items 11–14) was designed to measure the characteristics of the abusive relationship, the second (item 20), the antecedents and consequences of psychological abuse, and the last (item 21) explored the history of psychological treatment. Specifically, using this instrument, the demographic factors of the victims (age, cohabitation, educational level, employment status), the type of abuse (IPVp or IPVp+), and the abuse experienced (years of cohabitation and relationship with the aggressive partner, family history of abuse, danger to life, running away from home, lawsuits filed, and psychological treatment before and after the abuse) were registered.

To measure the variables related to SB, the Spanish validation of the Plutchik Suicide Risk Scale was used [45]. This questionnaire comprises 15 items with a dichotomous scale (yes/no). Each affirmative answer is scored with 1 point, and the negative answers score 0 points. The total is the sum of the scores of all items. Using this scale, the risk of suicide present in the participants was obtained (cut-off point = 6). On the other hand, by analysing the answers given to items 13, 14, 15, and 11 the presence of SI, SC, SAs, and the family history of suicide were obtained. Additionally, the analysis of this scale allowed us to determine the presence of hopelessness, depressive symptomatology (feeling depressed, pessimistic future, feelings of failure, little interest in relating to people, feelings of anger towards others), sleep problems, and sleep medication. This instrument shows a sensitivity and specificity of 88% to detect people in risk of committing suicide, and Cronbach's alpha 0.90 for the Spanish population.

2.4. Statistical Analysis

The statistical analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v.26; IBM Corp. Armonk, NY, USA). The analysis began with descriptive statistics on demographic variable. Secondly, to analyse the relationships between the variables of the study, intergroup analyses were performed (SI vs. no SI; presence of SAs vs. absence of SAs; and psychological IPV vs. psychological IPV in combination with other types of violence). Analyses of dichotomized variables were performed using Bernoulli's test, Pearson's χ^2 test, and Fisher's exact test. Meanwhile, the variables age, years of relationship with the partner, years of cohabitation with the partner, and the risk of suicide were analysed using the Mann–Whitney U statistical test. Finally, logistic regressions were performed using the (conditional) successive backward stepwise method with the set of variables that were statistically significant in the intergroup analyses. Odds ratios (OR) were reported for this statistical test.

3. Results

3.1. Sample Description

The results revealed that 64.3% of the victimized women were between 30 and 49 years old, 41.4% were single, and 47.1% were separated. Most of the women (70%) lived with their own family (with their children), in an active employment status in some cases and unemployed in others. It was observed that 51.4% had secondary education (Table 1). On the other hand, it should be noted that the other age groups occurred in proportions of less than 20%, both women of under 29 years of age and women over 50 years of age. In the same sense, only 11.4% of the women were married, and very few lived alone (10%) or with their family of origin (20%).

Table 1. Descriptive analysis of the sample.

Variables	Analysis ¹		Analysis ²		Analysis ³			Analysis ⁴			
	Total (N = 70) %	X ² (p) IC 95%	NSI (N = 26) %	SI (N = 44) %	X ² (p) IC 95%	NSA (N = 24) %	SA (N = 16)	X ² (p) IC 95%	IPVp (N = 22) %	IPVp+ (N = 48) %	X ² (p) IC 95%
Age		X ² = 30.2 (**)			(n.s.)			(n.s.)			(n.s.)
<29 years	17.1		15.4	18.2		17.4	16.7		9.1	20.8	
30–49 years	64.3		73.1	59.1		65.2	62.5		77.3	58.3	
>50 years	18.6		11.5	22.7		17.4	20.8		13.6	20.8	
Marital status		X ² = 30.686 (**)			(n.s.)			(n.s.)			(n.s.)
Single	41.4		53.8	34.1		45.7	33.3		50	37.6	
Married	11.4		7.7	13.6		15.2	4.2		22.7	6.3	
Separated/divorced	47.1		34.6	52.3		39.1	62.5	X ² = 4.301 (*)	27.3	56.2	
r Years of relationships		X ² = 23.771 (**)			(n.s.)			(n.s.)			(n.s.)
1–5 years	25.7		26.9	25		23.9	29.2		31.8	22.9	
6–10 years	14.3		11.5	15.9		13.0	16.7		4.5	18.8	
>10 years	60		61.5	59.1		63.0	54.2		63.6	58.3	
Years of cohabitation		X ² = 35.943 (**)			(n.s.)			(n.s.)			(n.s.)
<1 year	11.4		23.1	4.5	X ² = 5.544 (*)	13.0	8.3		13.6	10.4	
1–5 years	18.6		7.7	25		15.2	25		13.82	18.8	
6–10 years	14.3		11.5	15.9		15.2	12.5		9.1	16.7	
>10 years	55.7		57.7	54.5		56.5	54.2		59.1	54.2	
Current cohabitation		X ² = 51.714 (**)			(n.s.)			(n.s.)			(n.s.)
Alone	10		7.7	11.4		10.9	8.3		0	14.6	
Own family	70		61.5	61.4		54.3	16.7		77.3	64.7	
Birth family	20		23.1	18.2		21.7			22.7	18.8	

Table 1. Cont.

Variables	Analysis ¹		Analysis ²		Analysis ³		Analysis ⁴				
	Total (N = 70) %	X ² (p) IC 95%	NSI (N = 26) %	SI (N = 44) %	X ² (p) IC 95%	NSA (N = 24) %	SA (N = 16)	X ² (p) IC 95%	IPVp (N = 22) %	IPVp+ (N = 48) %	X ² (p) IC 95%
Education		X ² = 10.314 (*)			(n.s.)			(n.s.)			(n.s.)
Primary	24.3		26.9	22.7		19.6	33.3		13.6	29.2	
Secondary	51.4		50	52.3		52.2	50		59.1	47.9	
University	24.3		23.1	25		28.3	16.7		27.3	22.9	
Laboral status		X ² = 25.4 (**)			(n.s.)			(n.s.)			(n.s.)
Unemployed	52.9		38.5	61.4		52.2	54.2		59.1	50	
Employed	41.4		57.7	31.8	X ² = 4.509 (*)	41.3	41.7		36.4	43.8	
Student	5.7		3.8	6.8		6.5	4.2		4.5	6.3	

Notes: (1) Descriptive analysis of the sample. (2) Intergroup analysis: Non suicidal ideation vs. Suicidal ideation (NSI vs. SI). (3) Intergroup analysis: Non suicidal intention vs. Suicidal intention (NSA vs. SA). (4) Intergroup analysis: IPVp vs. IPVp+. (4) Bivariate analysis: IPVp vs. IPVp+. (*) Signification $p < 0.005$. (**). Signification $p < 0.001$. (n.s.) = non-significant.

3.2. The Association between Suicidal Behaviors and Demographic Factors

The first analysis showed a statistically significant relationship between the variable employment status and the variable suicidal ideation ($\chi^2 = 4.509$; $p < 0.005$). The data showed that, in the group of women with SI, being unemployed was more frequent than being employed (31.8%), while in the group of women without SI, this proportion is reversed, with it being more frequent for them to be in an actively employed status (57.7%) than unemployed (38.5%). Likewise, the variable “years of cohabitation with the partner” presents a statistically significant relationship with SI ($\chi^2 = 5.544$; $p < 0.005$). The results showed a lower frequency of SI among women who had cohabitated with the aggressor for less than a year, while most women who had SI had cohabitated with their aggressor for longer than 10 years.

Additionally, the intergroup analysis showed that marital status had a statistically significant relationship with SAs ($\chi^2 = 4.301$; $p < 0.005$). This fact seems to indicate a greater trend of SAs among separated or divorced women. In this sense, it is observed that, in the group of women who had attempted suicide, 62.5% were separated or divorced, while in the group of women who did not have SAs, the frequency of separated or divorced women was 39.1% (Table 1).

3.3. Background, Abuse Experienced, Types of Violence Suffered, and Consequences of Victimization

The second analysis indicated a statistically significant relationship between the existence of a history of abuse within the family and violence in intimate relationships, with this association being more frequent when the women had suffered IPVp+ ($\chi^2 = 4.624$; $p < 0.005$). In parallel, it was found that a third of the victimized women had received psychological treatment prior to experiencing abuse in a partner relationship ($p < 0.005$). In these cases, a statistically significant relationship was revealed between having received psychological treatment before the abuse experienced and suffering SI ($p < 0.005$). It was also detected that substance abuse is rare in this group of victimized women (2.9%; $p < 0.001$) (Table 2).

Regarding the abuse experienced, the analysis showed that psychological violence was experienced in 100% of the cases, either alone (31.4%), or combined with physical or sexual violence (68.6%), the latter being the more frequent ($p < 0.005$). On the other hand, contrary to what was expected, it was found that only a third of the women suffered from some important health problem ($p < 0.005$). Additionally, it was observed that, during the period of time the abuse lasted, 85.7% of the women felt that their lives were in danger, resulting in 64.3% of women being forced to flee their home to protect their lives, and later filing complaints regarding their abuser in 72.9% of the cases (Table 2). Likewise, it was found that the group of women who suffered IPVp+ felt danger to their own lives to a greater extent than the rest of the victimized women (93.8%; $\chi^2 = 8.054$; $p < 0.005$).

Finally, focusing on the consequences of the abuse experienced, the analysis further indicated that 85.7% of the women needed psychological treatment after the abuse and that 80% had sleep problems, although almost half revealed they had no need for medication to sleep. Most of the victimized women experienced negative emotions related to feelings of worthlessness (91%) and wanting to abandon everything (90%). Nonetheless, only 47.1% reported feeling depressed. Likewise, contrary to expectations, hopelessness turned out to be an infrequent consequence of abuse in the sample (25.7%) (Table 3).

Table 2. Qualitative analysis of the experience of gender abuse according to the suicidal behaviour and type of abuse.

Variables	Analysis ¹		Analysis ²			Analysis ³			Analysis ⁴		
	Total (N = 70) %	B (p) IC 95%	NSI (N = 26) %	SI (N = 44) %	X ² (p) IC 95%	NSA (N = 24) %	SA (N = 16)	X ² (p) IC 95%	IPVp (N = 22) %	IPVp+ (N = 48) %	X ² (p) IC 95%
Type of abuse		(*)			X ² = 4.16 (*)			X ² = 6.07 (*)			-
Psychological abuse	31.4		46.2	22.7		41.3	12.5		100	0	-
Psychological + other type of abuse	68.6		53.8	77.3		58.7	87.5		0	100	-
Family history of IPV	41.4	(n.s.)	30.8	47.7	(n.s.)	34.8	54.2	(n.s.)	22.7	50	X ² = 4.62 (*)
Previous psychological treatment	30	(*)	30.8	38.6	X ² = 4.21 (*)	26.1	37.5	(n.s.)	18.2	35.4	(n.s.)
Danger for life	85.7	(**)	84.6	86.4	(n.s.)	80.4	95.8	(n.s.)	68.2	93.8	X ² = 8.05 ^a (*)
Police complaints	72.9	(**)	73.1	72.7	(n.s.)	67.4	83.3	(n.s.)	59.1	79.2	(n.s.)
Runaway from home	64.3	(*)	65.4	63.6	(n.s.)	60.9	70.8	(n.s.)	50	70.8	(n.s.)
Serious health problems	30	(*)	34.6	27.3	(n.s.)	39.1	12.5	X ² = 5.326 (*)	31.8	29.2	(n.s.)
Alcohol/Drug abuse	2,9	(**)	0	4.5	(n.s.)	2.2	4.2	(n.s.)	4.5	2.1	(n.s.)

Notes: (1) Descriptive analysis of the sample (Bernoulli binomial distribution). (2) Intergroup analysis: Non suicidal ideation vs. Suicidal ideation (NSI vs. SI). (3) Intergroup analysis: Non suicidal intention vs. Suicidal intention (NSA vs. SA). (4) Intergroup analysis: IPVp vs. IPVp+. (*) Signification $p < 0.005$. (**). Signification $p < 0.001$. (n.s.) = non-significant. ^(a) Fisher's exact test.

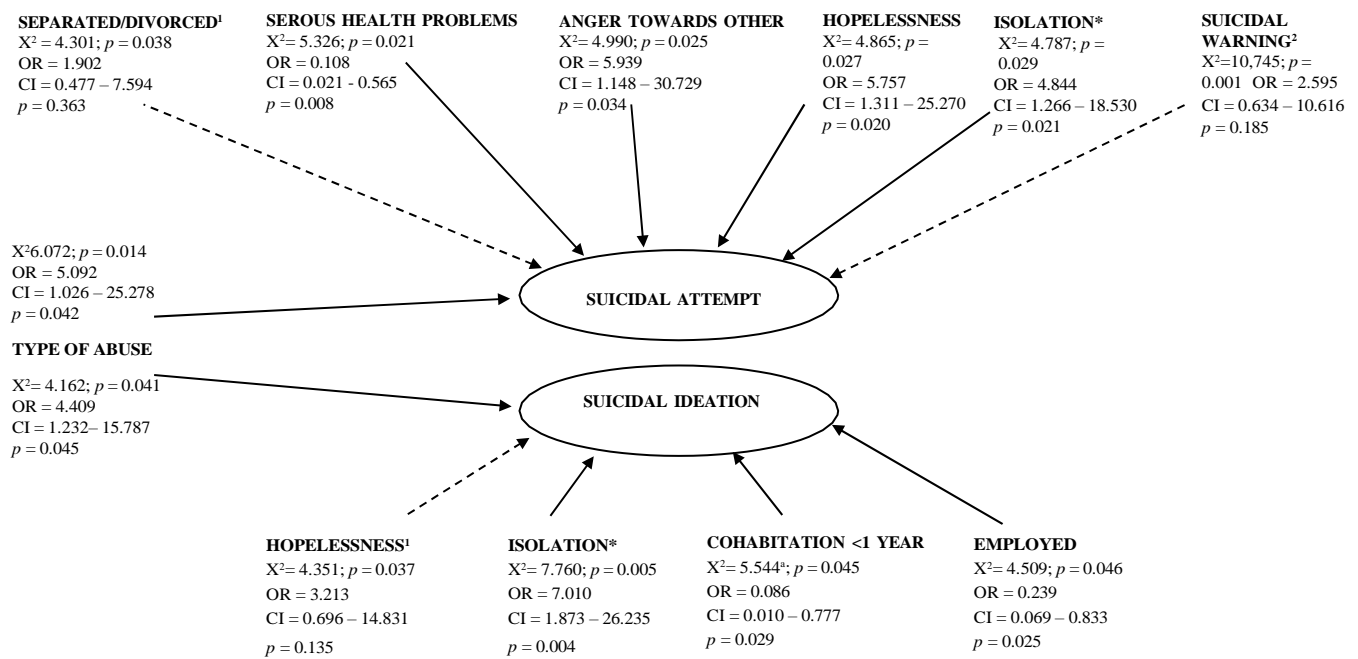
Table 3. Consequences of gender abuse according to suicidal behaviour and types of abuse.

Variables	Analysis ¹		Analysis ²			Analysis ³			Analysis ⁴		
	Total (N = 70) %	X ² (p) IC 95%	NSI (N = 26) %	SI (N = 44) %	X ² (p) IC 95%	NSA (N = 24) %	SA (N = 16)	X ² (p) IC 95%	IPVp (N = 22) %	IPVp+ (N = 48) %	X ² (p) IC 95%
Psychological treatment	85.7	(**)	88.5	84.1	(n.s.)	84.4	87.5	(n.s.)	81.8	87.5	(n.s.)
Sleep medication	44.3	(n.s.)	34.6	50	(n.s.)	41.3	50	(n.s.)	31.8	50	(n.s.)
Sleep problems	80	(**)	80.8	79.5	(n.s.)	84.8	70.8	(n.s.)	90.9	75	(n.s.)
Health problems	30	(*)	34.6	27.3	(n.s.)	39.1	12.5	X ² = 5.326 (*)	31.8	29.2	(n.s.)
Loss of control	54.3	(n.s.)	42.3	61.4	(n.s.)	50	62.5	(n.s.)	45.5	58.3	(n.s.)
Little interest for people	48.6	(n.s.)	26.9	61.4	X ² = 7.760 (*)	39.1	66.7	X ² = 6.072 (*)	45.5	50	(n.s.)
Pessimistic attitude	51.4	(n.s.)	46.2	54.5	(n.s.)	43.5	66.7	(n.s.)	50	52.1	(n.s.)
Feelings of uselessness	91.4	(**)	84.6	95.5	(n.s.)	91.3	91.7	(n.s.)	90.9	91.7	(n.s.)
Hopelessness	25.7	(**)	11.5	34.1	X ² = 4.351 (*)	17.4	41.7	X ² = 4.865 (*)	22.7	27.1	(n.s.)
Failure feelings	90	(**)	80.8	95.5	(n.s.)	84.8	100	(n.s.)	81.8	93.8	(n.s.)
Depression feelings	47.1	(n.s.)	42.3	50	(n.s.)	50	41.7	(n.s.)	40.9	50	(n.s.)
Family history of suicide	25.7	(**)	23.1	27.3	(n.s.)	21.7	33.3	(n.s.)	18.2	29.2	(n.s.)
Anger toward others	15.7	(**)	0	25	X ² = 7.712 ^a (*)	8.7	29.2	X ² = 4.990 ^a (*)	4.5	20.8	(n.s.)
Suicidal ideation	62.9	(*)	0	100	-	43.5	100	X ² = 21.581 (**)	45.5	70.8	X ² = 4.162 (*)
Suicidal warning	32.9	(*)	0	52.3	X ² = 20.242 (**)	19.6	58.3	X ² = 10.745 (*)	18.2	39.6	(n.s.)
Suicidal attempt	34.3	(*)	0	54.5	X ² = 21.581 (**)	0	100	-	13.6	43.8	X ² = 6.072 (*)
Cur-off point (6)	72.9	(**)	50	95.5	X ² = 19.521 (**)	67.4	100	X ² = 9.749 (*)	63.6	85.4	(n.s.)

Notes: (1) Descriptive analysis of the sample. (2) Intergroup analysis: Non suicidal ideation vs. Suicidal ideation (NSI vs. SI). (3) Intergroup analysis: Non suicidal intention vs. Suicidal intention (NSA vs. SA). (4) Intergroup analysis: IPVp vs. IPVp+. (*) Signification $p = < 0.005$. (**). Signification $p = < 0.001$. ^(a) Fisher's exact test.

The intergroup analyses showed statistically significant associations between SAs and major health problems, feelings of anger towards others, and having little interest in relating to people ($p < 0.005$). Likewise, a statistically significant relationship was found between SI and having little interest in relating to people ($p < 0.005$). Additionally, statistically significant associations were observed between hopelessness and the two suicidal behaviours (SI and SAs), but not with the type of violence. Another relevant finding showed a significant association between SC and SAs ($p < 0.005$). Similarly, there was an even stronger association between SC and SI ($p < 0.001$) (Table 3).

Finally, the analysis showed that the type of violence experienced was statistically significantly related to SI and SAs ($p < 0.005$) (Table 3). In addition to the above, the analysis of differences between the means performed using the Mann–Whitney U statistic showed that women who indicated having experienced SI and SAs had higher scores on the Plutchick suicide risk scale ($p < 0.001$). In this regard, the IPVp+ group also had higher scores than the IPVp group on the said risk scale ($p < 0.005$) (Table 4). The regression models based on the data obtained in this sample indicate that IPVp+ correspond to having a greater risk of generating SI than IPVp (OR = 3.302; CI = 1.027–10.619; $p < 0.005$), as well as SAs (OR = 5.092; 1.026–25.278; $p < 0.005$) (Figure 1).



⁽¹⁾ Eliminated variable in the first step. ⁽²⁾ Eliminated variable in the second step. Solid lines = significant relationships ($p < 0.005$). Dotted lines = non-significant relationships. *Variable “little” interest in relating to people.

Figure 1. Logistic regression analysis of suicide attempts and suicidal ideation in a group of victimized women. ^(a) Fisher’s exact test.

Table 4. Quantitative analysis of the experience of gender violence according to suicidal behaviour and type of abuse.

Variables	Analysis ¹		Analysis ²		Analysis ³			Analysis ⁴		
	Total (N = 70) (dt)	NSI (N = 26) (dt)	SI (N = 44) (dt)	Mann- Whitney U (p)	NSA (N = 24) (dt)	SA (N = 46) (dt)	Mann- Whitney U (p)	IPVp (N = 22) (dt)	IPVp + (N = 48) (dt)	Mann- Whitney U (p)
Years of relationships with the aggressor with	14.2 (10.01)	13.8 (9.81)	14.4(10.24)	(n.s.)	14.8 (10.9)	12.8 (9.1)	(n.s.)	14.6 (10.3)	14 (10)	(n.s.)
Years of cohabitation the aggressor	11.5 (9.69)	10.9 (10.26)	11.8 (9.45)	(n.s.)	12.3 (10.2)	9.9 (8.6)	(n.s.)	12 (10.3)	11.3 (9.5)	(n.s.)

Notes: (1) Descriptive analysis of the sample. (2) Intergroup analysis: Non suicidal ideation vs. Suicidal ideation (NSI vs. SI). (3) Intergroup analysis: Non suicidal intention vs. Suicidal intention (NSA vs. SA). (4) Intergroup analysis: IPVp vs. IPVp+. (*) Signification $p < 0.005$. (**). Signification $p < 0.001$. (n.s.) = non-significant. (dt) = standard deviation.

3.4. Logistic Regression Examining Suicide Attempts among Victimized Women

This first analysis shows the relationships between each study factor and SAs (Figure 1). In this sense, the coefficients found allowed a valid regression model ($p < 0.001$) to be constructed for SAs (R^2 Nagelkerke = 0.472) that, additionally, presents an optimal goodness-of-fit measured through the Hosmer and Lemeshow test (0.944). Thus, the classification table improved at each step of the analysis, classifying 70.8% of the positives. This way, the final regression analysis can predict SAs based on the presence of the related variables. On the other hand, the OR and the p-value improved after eliminating the demographic variable “marital status” (separated and/or divorced) from the analysis in the first step, as well as the variable “suicidal communication” in the second step of analysis. Finally, the final adjustment of this regression model revealed that people exposed to IPVp+ have a greater risk of SA than those who suffer from IPVp (OR = 5.092; CI = 1.026–25.278; $p = 0.042$). Likewise, it was found that the feeling of anger towards others (OR = 5.939; CI = 1.148–30.729; $p = 0.034$), hopelessness (OR = 5.757; CI = 1.311–25.270; $p = 0.020$), and little interest in relating to other people (OR = 4.844; CI = 1.266–18.530; $p = 0.021$) seem to increase the risk of SAs. In contrast, having significant health problems seems to reduce the risk of SAs (OR = 0.108; CI = 0.021–0.565; $p = 0.008$).

3.5. Logistic Regression Examining Suicide Ideation among Victimized Women

Logistic regression was also conducted to identify the associated variables of suicidal ideation. This analysis involved several steps in which different variables were progressively included and excluded. After some attempts, a valid final regression model was found ($p < 0.001$) that presents a Nagelkerke R^2 of 0.396 that correctly classifies 81.8% of the cases. The Hosmer and Lemeshow goodness-of-fit test revealed $\chi^2 = 5.947$ ($p = 0.429$) (Figure 1).

This second regression model indicates that IPVp+ was significantly related to SI (OR = 4.409; CI = 1.232–15.787; $p < 0.005$) and SAs (OR = 5.092, CI = 1.026–25.278, $p < 0.005$). In this way, isolation experienced by victimized women was the consequence of the abuses perpetrated by their aggressors. This fact would increase the risk of SI (OR = 7.010; CI = 1.873–26.235; $p = 0.004$). Additionally, hopelessness does not show a statistically significant relationship with SI (OR = 3.213; CI = 0.696–14.831; $p = 0.135$), so it was eliminated in the first step of the adjustment. Finally, this regression analysis reveals that cohabitation with an aggressive partner for less than a year (OR = 0.086; CI = 0.010–0.777; $p = 0.029$) would reduce the risk of SI. Similarly, according to the data from this sample, victimized women with an active employment status show a lower risk of developing SI (OR = 0.239; CI = 0.069–0.883; $p = 0.025$).

4. Discussion

The main idea behind this study was that IPV could generate a series of consequences, especially hopelessness associated with a higher risk of SB.

In this sense, our first hypothesis was confirmed. There is a high prevalence of psychological violence among women in the sample, going in the same direction as studies previously carried out by author, such as [4,8,11,22].

On the other hand, IPV was considered to be closely related to SI and SAs, and IPVp+ would predictably be associated with a greater risk of suffering these types of behaviours. In this sense, it can be affirmed that this sample of female victims of IPV presents a high prevalence of SI, SC, and SAs. Likewise, the results supported the second hypothesis and confirmed the relationship between IPV and SI, and also with SAs. Thus, these findings point in the same direction as previous research [8,15,27,28,46,47]. As such, gender-based violence does not seem to be limited to the presence of a single type of abuse, but rather implies the combination of several, a fact that turns victims into polyvictims who suffer abuse in several modalities at the same time [48,49]. Additionally, the data confirm that women who experience IPVp+ have a greater risk of experiencing suicidal behaviours, especially when it comes to making SAs [20,21]. Apparently, the stress that the combination of various types of abuse among polyvictimised women could be the reason that explains the increase in SB in its different forms, because the combined violence seems to be the one that causes the greatest health problems [8,10,20,21].

Regarding hopelessness, and contrary to expectations, this characteristic was a relatively infrequent factor in this sample of victimised women. Likewise, depressive symptomatology and hopelessness were not associated with any type of violence (IPVp or IPVp+). Both findings suggest (low frequency of hopelessness and the lack of relationship with the type of IPV) could be explained

by the satisfied need for support experienced by the victimized women once they arrive at the PAPs. In this regard, several studies have shown that victims of abuse who seek legal advice or psychological help have better mental health and lower levels of depressive symptomatology, including hopelessness [49–52]. Nonetheless, as expected in the third hypothesis, the results showed that hopelessness is related to SB. With this, the feeling of hopelessness seems to increase the risk of SAs, although on the contrary it does not seem to increase the risk of suffering SI. This partial confirmation of the third hypothesis differs from studies that have linked hopelessness with an increased risk of SAs and SI [8,15,27,28,35–37]. This difference could be attributed to the size of the sample, because, as the study sample was expanded during the data collection, the preliminary analyses showed that the associations between hopelessness and both suicidal behaviours became stronger. Finally, no evidence was found to support the relationship between the years of relationship or cohabitation with hopelessness or with some other consequence of abuse. Thus, it is possible that the consequences of abuse appear in the victims at an early stage. A similar finding was indicated by Cuadrado, Martín-Mora, and Fernández [48], who noted that victims become polyvictims, regardless of the frequency with which the abuses were perpetrated. In contrast, the time of cohabitation seems to be relevant regarding the probability of IPV. In this sense, it was found that the highest proportion of women in this study had maintained the relationship with their aggressors for more than 10 years. This result is consistent with studies that point to a greater risk of IPV as the years of relationship with the aggressor increase [4]. Additionally, cohabitation for less than one year reduces the risk of suffering SI. This finding reveals the importance of an early detection of the victims, a key factor that can make a difference in terms of the potential for SB in victimized women.

Continuing with the consequences of abuse, no evidence was found that either type of violence (IPVp or IPVp+) is related to depressive symptoms or major health problems. Nonetheless, having little interest in relating to people seems to be directly connected to both suicidal behaviours, and increases the risk of SI and SAs, which is consistent with the initial proposition. Additionally, the feeling of anger towards others, although it has been related to both suicidal behaviours, increases the risk of SAs, but not of generating SI. This fact is consistent with research that has indicated that the presence of negative emotions (anger, sadness, anxiety, etc.) increases the probability of the victims' engaging in risky behaviour [53]. Similarly, and under the right conditions, it is possible for these aversive emotions to become the trigger for even more serious risky behaviour such as SB.

Another factor consistently associated with IPV and suicide risk is having significant health problems [1,54,55]. In this study, around a third of the women reported having significant health problems, with no differences observed between IPVp and IPVp+ or between women with or without SI. Nonetheless, contrary to expectations, having significant health problems reduces the risk of SAs. This result can be explained considering the low frequency of health problems that women in this sample present, particularly among women who attempted suicide at some point in their relationship (only 12% of them had suffered from any major health problem). On the other hand, it seems that not all health problems entail a greater risk of suicide, so it would be interesting to delve into this aspect in future research [56]. In this sense, it is possible that in this specific population, women victimized in relationships, the greater perception of social support perceived by those who regularly visit their doctor modifies the effect that health problems have on SB. It is possible that doctors adopt the role of a significant figure who provides these victims with help and information, ultimately contributing to their feeling more cared for and valued [57].

Likewise, another consequence consistently linked to the abuse experienced and SB is sleep problems [23,56,58]. This factor manifested itself in more than three-quarters of the cases, regardless of the type of violence or the presence of SI or SB. Additionally, the vast majority of the sample reported experiencing feelings of uselessness and failure. This fact suggests that these types of feelings could be related to the repeated attempts to get out of the situation of abuse in which the women found themselves before reaching the PAPs. In this sense, at the time of the interviews, the women continued to be in a vulnerable moment and in the process of recovery.

Finally, the demographic factors that some studies have linked to IPV (age, marital status, etc.) [4,8,10] were not associated with suicidal behaviour in the present study. In this sense, being separated or divorced does not appear to be associated with an increased risk of suicidal behaviour. The relief that victimized women feel when they stop cohabitating with their aggressor could, from this point of view, be the fact that it stops the escalation of severity and minimizes the chances that SI ends up becoming suicide.

On the other hand, as several authors suggest, unemployment can be a risk factor for SB

[11]. In this sense, the results showed that the active employment status reduces the risk of experiencing SI. This finding fits well with the results of a meta-analysis [54] which indicated an increased risk of SB among unemployed people. Employed women possibly have greater social support that allows them to cope with the stressful situation [59] deriving, in this case, from abuse.

Regarding the experience of the abuse (running away from home, fear for one's life, etc.), the importance of the family history has been highlighted in several studies, suggesting a greater risk of suffering IPV when having witnessed intimate partner violence in the family [4–9,19]. The results showed that women who suffered IPVp+ witnessed IPV in the family more frequently than IPVp victims. Another significant finding related to the abuse experienced was that most of the women feared for their lives at some point in their relationship with their partner, a very frequent fact among IPV victims [4]. Specifically, in this study, fear is more frequent among women who experienced IPVp+ than any other kind of intimate partner violence. Perhaps this emotion, being more related to physical intimidation by the partner, justifies that in this sample it occurs to a lesser extent among women who only suffered psychological violence [3]. Finally, it is worth highlighting a polyvalent factor, alcohol consumption among victimized women. It is a factor that is considered to be a predictor and, at the same time, a consequence of IPV, in addition to it being a risk factor for suicide. The results indicated a minimal incidence compared to studies that relate IPV with higher levels of consumption, thus agreeing with the opinion of primary care medical professionals who, from their position in detecting victimization, have pointed out that alcohol consumption can be a factor that aggravates the situation of abuse, but that it does not precipitate the phenomenon [60].

5. Limitations and Strengths

The results must be interpreted in light of certain limitations. First, one of the limitations of this study is the sample size. With that, it is worth mentioning that the women who go to the PAPs seeking help are usually in a situation of high emotional vulnerability, a fact that makes it difficult to access these victims. Due to the consequences derived from the abuses suffered, many women are not able to participate in this study. Therefore, a large sample is difficult to obtain. Second, it is important to consider that the women included in the sample were already receiving psychological treatment at the time of the study. Third, the analysis was conducted based on retrospective self-reports, so it is possible that the data are underestimated given their stigmatizing nature. Fourth, the study is cross-sectional, therefore the temporality and the order of occurrence of certain events could not be established. Nonetheless, the findings of the study provide invaluable ideas that can be applied in specialized care for victimized women, both from a preventive point of view and during an intervention. In this sense, one strength of the study lies in the knowledge of the associated risk factors of SB in victimized women. This finding can be of great interest for clinical practice because the factors identified in the present study could serve as risk indicators for suicidal behaviour in women victims of IPV. Future studies should include following victims over long periods of time to examine the effect that the interventions have on them in preventing suicide deaths. Additionally, it would be beneficial to explore how the different associated factors of suicidal behaviour in the victimized women found in the present study interact with each other.

6. Conclusions

This study suggests that the despair generated in women who suffer IPV can generate SB; this fact is more serious when they suffer psychological violence combined with physical and/or sexual violence. Additionally, the results were consistent with the idea that hopelessness, SI, and previous SAs would increase the risk of carrying out SAs than when there have not been previous attempts.

In conclusion, research concerning the consequences of abuse and the risk of suicide depending on the different types of partner violence can provide information of interest for the development of prevention strategies, both for IPV and suicide, especially taking into account the current lack of studies regarding these topics. Additionally, these findings have implications for policy and practice as they flag the associated factors which should be considered in the attention of victimized women in a therapeutic context. In this sense, the constellation of factors identified in the present study could be included in a specific standard program specifically created for gender-based violence victims. Knowledge of the associated factor with a higher risk of suicidal behaviour could improve the efficiency of both screening and intervention programs

by selecting subgroups of women with increased risk of SB. Finally, this work could lead to the implementation of activities to promote the creation of mental health research groups catalogued for inclusion in existing regional, national, and international networks [61].

Author Contributions: I.P.-A., I.C.-G. and G.M.-M.-P. contributed to the design, writing, and supervision of the article. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research was funded by the Extremadura Government (Junta de Extremadura) and Feder Funds, grant number IB16011, and was financed for publication through the Aids for the Dissemination and Transfer of Knowledge by Feder Funds and Junta de Extremadura with dossier number GR21129.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki and approved by the Bioethics and Biosafety Committee of the University of Extremadura (Spain) (Ref. 18/2017).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: Data are contained within the article.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. World Health Organization. Violence Against Women. 2017. Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> (accessed on 10 May 2022).
2. Sardinha, L.; Maheu-Giroux, M.; Stöckl, H.; Meyer, S.R.; García-Moreno, C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet* **2022**, *399*, 803–813. [CrossRef]
3. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género). Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer 2019. Ministerio de Igualdad: Madrid, 2020. Available online: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf (accessed on 10 May 2022).
4. Puente-Martínez, A.; Ubillos-Landa, S.; Echeburúa, E.; Paez, D. Risk factors associated with the violence against women in couples: A review of meta-analyzes and recent studies. *An. De Psicol.* **2016**, *32*, 295–306. [CrossRef]
5. Gracia-Leiva, M.; Puente, A.; Ubillos-Landa, S. Dating violence (DV): A systematic meta-analysis review. *An. De Psicol.* **2019**, *35*, 300–313. [CrossRef]
6. Enríquez-Canto, Y.; Ortiz-Montalvo, Y.J.; Ortiz-Romaní, K.J.; Díaz-Gervasi, G.M. Ecological analysis of intimate partner sexual violence in Peruvian women. *Acta Colomb. De Psicol.* **2020**, *23*, 272–286. [CrossRef]
7. Abramsky, T.; Watts, C.H.; Garcia-Moreno, C.; Devries, K.; Kiss, L.; Ellsberg, M.; Jansen, H.A.; Heise, L. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health* **2011**, *11*, 109. [CrossRef] [PubMed]
8. Devries, K.; Watts, C.; Yoshihama, M.; Kiss, L.; Schraiber, L.B.; Deyessa, N.; Heise, L.; Durand, J.; Mbwapo, J.; Jansen, H.; et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Soc. Sci. Med.* **2011**, *73*, 79–86. [CrossRef]
9. Mannell, J.; Lowe, H.; Brown, L.; Mukerji, R.; Devakumar, D.; Gram, L.; Jansen, H.A.F.M.; Minckas, N.; Osrin, D.; Prost, A.; et al. Risk factors for violence against women in high-prevalence settings: A mixed-methods systematic review and meta-synthesis. *BMJ Glob. Health* **2022**, *7*, e007704. [CrossRef]
10. Krebs, C.; Breiding, M.J.; Browne, A.; Warner, T. The association between different types of intimate partner violence experienced by women. *J. Fam. Violence* **2011**, *26*, 487–500. [CrossRef]
11. Tokuç, B.; Ekuklu, G.; Avcioglu, S. Domestic Violence against married women in Edirne. *J. Interpers. Violence* **2010**, *25*, 832–847. [CrossRef]
12. Guillén, A.I.; Panadero, S.; Rivas, E.; Vázquez, J.J. Suicide attempts and stressful life events among female victims of intimate partner violence living in poverty in Nicaragua. *Scand. J. Psychol.* **2015**, *56*, 349–356. [CrossRef]
13. Johnson, R.M.; LaValley, M.; Schneider, K.E.; Musci, R.J.; Pettoruto, K.; Rothman, E.F. Marijuana use and physical dating violence among adolescents and emerging adults: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol. Depend.* **2017**, *174*, 47–57. [CrossRef] [PubMed]
14. Cafferky, B.M.; Mendez, M.; Anderson, J.R.; Stith, S.M. Substance Use and Intimate Partner Violence: A Meta-Analytic Review. *Psychol. Violence* **2018**, *8*, 110–131. [CrossRef]
15. Makaroun, L.K.; Brignone, E.; Rosland, A.-M.; Dichter, M.E. Association of Health Conditions and Health Service Utilization With Intimate Partner Violence Identified via Routine Screening Among Middle-Aged and Older Women. *JAMA Netw. Open* **2020**, *3*, e203138. [CrossRef]
16. Ogden, S.N.; Dichter, M.E.; Bazzi, A.R. Intimate partner violence as a predictor of substance use outcomes among women: A systematic review. *Addict Behav.* **2022**, *127*, 107214. [CrossRef]
17. Kim, C. The impact of perceived childhood victimization and patriarchal gender ideology on intimate partner violence (IPV) victimization among Korean immigrant women in the USA. *Child Abuse. Negl.* **2017**, *70*, 82–91. [CrossRef] [PubMed]
18. Garcia-Moreno, C.; Heise, L.; Jansen, H.A.F.M.; Ellsberg, M.; Watts, C. Public health. Violence against women. *Science* **2005**, *310*, 1282–1283. [CrossRef] [PubMed]
19. Park, S.; Kim, S.H. The power of family and community factors in predicting dating violence: A meta-analysis. *Aggress Violent Behav.* **2018**, *40*, 19–28. [CrossRef]

20. Blasco-Ros, C.; Sánchez-Lorente, S.; Martínez, M. Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: A longitudinal study. *BMC Psychiatry* **2010**, *10*, 98. [[CrossRef](#)]
21. Pico-Alfonso, M.A.; Garcia-Linares, M.; Celda-Navarro, N. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J. Womens Health* **2006**, *15*, 599–611. [[CrossRef](#)]
22. Martín-Fernández, M.; Gracia, E.; Lila, M. Psychological intimate partner violence against women in the European Union: A cross-national invariance study. *BMC Public Health* **2019**, *19*, 1739. [[CrossRef](#)]
23. Dillon, G.; Hussain, R.; Loxton, D.; Rahman, S. Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *Int. J. Fam. Med.* **2013**, *2013*, 313909. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
24. Campbell, J.; Jones, A.S.; Dienemann, J.; Kub, J.; Schollenberger, J.; O'Campo, P.; Gielen, A.C.; Wynne, C. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch. Intern. Med.* **2002**, *162*, 1157–1163. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
25. Wagner, G.; Li, M.; Sacchet, M.D.; Richard-Devantoy, S.; Turecki, G.; Bär, K.-J.; Gotlib, I.H.; Walter, M.; Jollant, F. Functional network alterations differently associated with suicidal ideas and acts in depressed patients: An indirect support to the transition model. *Transl. Psychiatry* **2021**, *11*, 100. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
26. Vega-Hernández, M.C.; Antón-Rubio, C.; Pérez-Fernández, M. Mental Health in Women Victims of Gender Violence: Descriptive and Multivariate Analysis of Neuropsychological Functions and Depressive Symptomatology. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 346. [[CrossRef](#)]
27. Bacchus, L.J.; Ranganathan, M.; Watts, C.; Devries, K. Recent intimate partner violence against women and health: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open* **2018**, *8*, e019995. [[CrossRef](#)]
28. Llosa-Martínez, S.; Canetti-Wasser, A. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicol. Conoc. Soc.* **2019**, *9*, 138–160. [[CrossRef](#)]
29. Cohen, F.; Seff, I.; Ssewamala, F.; Opobo, T.; Stark, L. Intimate Partner Violence and Mental Health: Sex-Disaggregated Associations Among Adolescents and Young Adults in Uganda. *Interpers Violence* **2020**, *37*, 2399–2415. [[CrossRef](#)]
30. Castellví, P.; Miranda-Mendizábal, A.; Parés-Badell, O.; Almenara, J.; Alonso, I.; Blasco, M.J.; Cebrià, A.; Gabilondo, A.; Gili, M.; Lagares, C.; et al. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatr. Scand.* **2017**, *135*, 195–211. [[CrossRef](#)]
31. Franklin, J.C.; Ribeiro, J.D.; Fox, K.R.; Bentley, K.H.; Kleiman, E.M.; Huang, X.; Musacchio, K.M.; Jaroszewski, A.C.; Chang, B.P.; Nock, M.K. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol. Bull.* **2017**, *143*, 187–232. [[CrossRef](#)]
32. Gerino, E.; Calderera, A.M.; Curti, L.; Brustia, P.; Rollè, L. Intimate Partner Violence in the Golden Age: Systematic Review of Risk and Protective Factors. *Front. Psychol.* **2018**, *9*, 1595. [[CrossRef](#)]
33. Klonsky, E.; May, A. The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *J. Cogn. Psychother.* **2015**, *8*, 114–129. [[CrossRef](#)]
34. O'Connor, R.C.; Kirtley, O.J. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.* **2018**, *373*, 20170268. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
35. Turecki, G.; Brent, D.A. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* **2016**, *387*, 1227–1239. [[CrossRef](#)]
36. Ribeiro, J.D.; Franklin, J.C.; Fox, K.R.; Bentley, K.H.; Kleiman, E.; Chang, B.; Nock, M.K. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol. Med.* **2016**, *46*, 225–236. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
37. Costanza, A.; Vasileios, C.; Ambrosetti, J.; Shah, S.; Amerio, A.; Aguglia, A.; Serafini, G.; Piguet, V.; Luthy, C.; Cedraschi, C.; et al. Demoralization in suicide: A systematic review. *J. Psychosom. Res.* **2022**, *157*, 110788. [[CrossRef](#)]
38. Wolford-Clevenger, C.; Smith, P.N. The Conditional Indirect Effects of Suicide Attempt History and Psychiatric Symptoms on the Association Between Intimate Partner Violence and Suicide Ideation. *Pers. Individ. Dif.* **2017**, *106*, 46–51. [[CrossRef](#)]
39. Joiner, T.E. *Why People Die by Suicide*; Harvard University Press: Cambridge, MA, USA, 2005.
40. Klonsky, E.D.; May, A.M.; Saffer, B.Y. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* **2016**, *12*, 307–330. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
41. Defayette, A.B.; Adams, L.M.; Whitmyre, E.D.; Williams, C.A.; Esposito-Smythers, C. Characteristics of a First Suicide Attempt that Distinguish Between Adolescents Who Make Single Versus Multiple Attempts. *Arch. Suicide Res.* **2020**, *24*, 327–341. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
42. Tondo, L.; Baldessarini, R.J.; Barbuti, M.; Colombini, P.; Angst, J.; Azorin, J.-M.; Bowden, C.L.; Mosolov, S.; Young, A.H.; Vieta, E.; et al. Factors associated with single versus multiple suicide attempts in depressive disorders. *J. Affect. Disord.* **2020**, *277*, 306–312. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
43. Carballo, J.J.; Llorente, C.; Kehrmann, L.; Flamarique, I.; Zuddas, A.; Purper-Ouakil, D.; Hoekstra, P.J.; Coghill, D.; Schulze, U.M.E.; Dittmann, R.W.; et al. Psychosocial Risk Factors for Suicidality in Children and Adolescents. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* **2020**, *29*, 759–776. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
44. Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B.; Zubizarreta, I.; Sauca, D. Entrevista Semiestructurada sobre maltrato doméstico. In *Manual de Violencia Familiar*; Echeburúa, E., Corral, P., Eds.; Siglo XXI: Madrid, Spain, 1998; Volume 1, pp. 28–31.
45. Rubio, G.; Montero, I.; Jáuregui, J.; Villanueva, R.; Casado, M.A.; Marín, J.J.; Santo-Domingo, J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch. De Neurocienc.* **1998**, *61*, 143–152.
46. Amor, P.J.; Echeburúa, E.; Gargallo, P.D.C.; Sarasua, B.; Zubizarreta, I. Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: Un estudio comparativo. *Rev. De Psicopatol. Y Psicol. Clin.* **2001**, *6*, 167–178. [[CrossRef](#)]
47. Ely, G.; Dulmus, C.N.; Wodarski, J.S. Adolescent dating violence. In *Handbook of Violence*; Rapp-Paglicci, L.A., Roberts, A.R., Wodarski, J.S., Eds.; John Wiley & Sons: New York, NY, USA, 2002; pp. 33–53.
48. Cuadrado-Gordillo, I.; Martín-Mora Parra, G.; Fernández Antelo, I. Association of addictive substance use with polyvictimization and acceptance of violence in adolescent couples. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 8107. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
49. Coker, A.L.; Weston, R.; Creson, D.L.; Justice, B.; Blakeney, P. PTSD symptoms among men and women survivors of intimate

- partner violence: The role of risk and protective factors. *Violence Vict.* **2005**, *20*, 625–643. [CrossRef]
50. Beeble, M.L.; Bybee, D.; Sullivan, C.M.; Adams, A.E. Main, mediating, and moderating effects of social support on the well-being of survivors of intimate partner violence across 2 years. *J. Consult. Clin. Psychol.* **2009**, *77*, 718–729. [CrossRef]
 51. Akers, C.; Kaukinen, C. The police reporting behavior of intimate partner violence victims. *J. Fam. Violence* **2009**, *24*, 159–171. [CrossRef]
 52. Canady, B.E.; Babcock, J.C. The protective functions of social support and coping for women experiencing intimate partner abuse. *J. Aggress. Maltreatment Trauma* **2009**, *18*, 443–458. [CrossRef]
 53. Archimi, A.; Kuntsche, E. Do offenders and victims drink for different reasons? Testing mediation of drinking motives in the link between bullying subgroups and alcohol use in adolescence. *Addict. Behav.* **2014**, *39*, 713–716. [CrossRef]
 54. Nock, M.K.; Borges, G.; Bromet, E.J.; Cha, C.B.; Kessler, R.C.; Lee, S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol. Rev.* **2008**, *30*, 133–154. [CrossRef]
 55. Brown, L.J.; Lowe, H.; Gibbs, A.; Smith, C.; Mannell, J. High-Risk Contexts for Violence Against Women: Using Latent Class Analysis to Understand Structural and Contextual Drivers of Intimate Partner Violence at the National Level [published online ahead of print, 2022 Mar 17]. *J. Interpers. Violence* **2022**, *17*, 8862605221086642. [CrossRef]
 56. Kim, S.H. Suicidal ideation and suicide attempts in older adults: Influences of chronic illness, functional limitations, and pain. *Geriatr. Nurs.* **2016**, *37*, 9–12. [CrossRef] [PubMed]
 57. Zimet, G.D.; Dahlem, N.W.; Zimet, S.G.; Farley, G.K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J. Personal. Assess.* **1988**, *52*, 30–41. [CrossRef]
 58. Walker, R.; Shannon, L.; Logan, T.K. Sleep loss and partner violence victimization. *J. Interpers. Violence* **2011**, *26*, 2004–2024. [CrossRef] [PubMed]
 59. Cohen, S. Psychosocial models of the roles of the social support in the etiology of the physical disease. *Health Psychol.* **1988**, *7*, 269–297. [CrossRef]
 60. Cuadrado-Gordillo, I.; Parra, G.M. Gender-Based Violence in Adolescent Dating from a Medical Perspective: A Qualitative Study of the Needs Felt in Primary Healthcare Centers. *Healthcare* **2021**, *10*, 17. [CrossRef]
 61. Martín-Morgado, B.; Torres-Solís, I.; Casado-Rabasot, M.; López-Rodríguez, M.I.; Rodríguez-Perez, B.; Torres-Cortés, R. Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016–2020. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Servicio Extremeño de Salud: Mérida, Spain. 2017. Available online: https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/PLAN_SALUD_MENTAL_2016_2020.pdf (accessed on 10 May 2022).

Anexo 3.

Protección de los servicios de salud frente a la detección de riesgos psicosociales de suicidio durante los años 2019-2021

Article

Health Service Protection vis-à-vis the Detection of Psychosocial Risks of Suicide during the Years 2019–2021

Ismael Puig-Amores , Isabel Cuadrado-Gordillo *  and Guadalupe Martín-Mora-Parra 

Department of Psychology and Anthropology, Faculty of Education and Psychology, University of Extremadura, 06071 Badajoz, Spain; ipuigamores@unex.es (I.P.-A.); guadammp@gmail.com (G.M.-M.-P.)

* Correspondence: cuadrado@unex.es

Abstract: Health services are especially relevant in suicide prevention and intervention, representing a favourable environment in which to implement specific strategies to detect and address suicidal behaviours. Indeed, a significant proportion of people who die by suicide (DBS) present at primary care and mental health services during the last year, month, or even days before committing suicide. The objective of this descriptive and cross-sectional study of all registered cases of death by suicide ($N = 265$) in Extremadura (Spain) was to determine which of those people who died by suicide had mental health problems (MHP) and what type of assistance they had requested. Diagnoses, previous suicide attempts, type of health service, and last visit before death were explored with univariate analyses and logistic regressions. The proportion of people without MHP was found to be high, and these people had hardly visited the health services at all in their last year. People with MHP, between the ages of 40 and 69, and with previous suicide attempts were more likely to have visited the mental health service in the three months prior to their death. It is, thus, necessary to provide health professionals with tools and training in the prevention of and approach to suicide. Efforts must be directed towards effectively assessing mental health and the risk of suicide since a large proportion of people who die by suicide may go unnoticed.

Keywords: mental health; primary care; suicide; prevention



Citation: Puig-Amores, I.; Cuadrado-Gordillo, I.;

Martín-Mora-Parra, G. Health Service Protection vis-à-vis the Detection of Psychosocial Risks of Suicide during the Years 2019–2021. *Healthcare* **2023**, *11*, 1505. <https://doi.org/10.3390/healthcare11101505>

Academic Editors: Argyro Pachi and Athanasios Tselebis

Received: 18 April 2023

Revised: 18 May 2023

Accepted: 21 May 2023

Published: 22 May 2023



Copyright: © 2023 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Suicide is a grave global public health problem that affects around 800,000 people every year [1]. While the global rate has decreased slightly since the year 2000 [2], in Spain, and specifically in the region of Extremadura, the rate has remained relatively stable in the last ten years [3,4].

The multifactorial nature of suicide makes it a complex phenomenon, and its prevention requires comprehensive and multisectoral strategies [1]. As one of these sectors, the healthcare system is particularly relevant for suicide prevention and intervention and represents a favourable environment in which to implement specific strategies for the detection and approach to suicidal behaviours. Indeed, a significant proportion of people who die by suicide present at the different health centres (primary care and mental health) during the last year, months, or even days before committing suicide [5–8]. Most of them suffer from mental health problems, which include mental disorders and psychosocial disabilities as well as other mental states associated with significant distress, impairment in functioning, or risk of self-harm [9]. Additionally, suicide attempts are more frequent among people who suffer or have suffered from psychological and emotional disorders [8,10–13]. In this sense, some studies [5] estimate that a major proportion of these deaths are associated with mental health problems, although the actual figure reported varies according to different authors [14]. Nevertheless, suicidality can occur in the absence of any identifiable risk factor (for example, psychiatric history or prior suicide attempt) [14–17] so that these predispositions may sometimes go unnoticed in health services since the person involved

is considered to be low risk [18]. Therefore, it is important to highlight that many people with psychological problems have never had contact with specialized services, and their treatment and follow-up is carried out in the context of primary care [5,6,19]; for this reason, this service is essential for the prevention of suicide. Indeed, some studies [20] have noted that people who commit suicide have frequently visited this service. Likewise, mental health service is an environment prepared to detect and prevent suicidal behaviours since it is common for people with mental health problems and a history of suicide attempts to be monitored with this service [21,22].

With respect to the current state of suicide prevention, there is extensive literature on the effectiveness of its early detection [23,24]. This interest arises from the need to determine the specific characteristics of suicide risk in people with or without psychological problems who receive health care [25–27]. Some studies [27,28] show that the identification of suicide risk needs to evolve towards more precise detection strategies than those based on the general factors traditionally associated with suicidal behaviour (mental health problems, chronic illness, loneliness, hopelessness, etc.). For this reason, work is currently underway to construct predictive models using algorithms based on clinical information [29–31].

However, although suicide prediction models generate precise classifications, their effectiveness in predicting a future event remains low [32]. In addition, to make the implementation of this type of suicide risk detection system effective, the data the system requires to carry out the predictions need continuous updating, and this methodology requires highly sophisticated computing capacity [33]. Consequently, future practice points towards clinical risk assessment carried out by health professionals with the support of statistical information from the health system [7,16,29,34]. In this sense, traditional research on suicide risk factors and the use of tools to detect them, although with limitations, is still an essential component of the set of strategies that can help identify individuals at risk [23,35–38].

The present work follows the recommendations of the WHO [1] on the need to continue investigating the risk factors associated with suicidal behaviour in certain geographical areas and in specific populations at risk. In this context, the objectives of this study were to determine (i) which people had mental health problems among those who died by suicide in the region of Extremadura (Spain) during the years 2019–2021 and (ii) what type of assistance was demanded (primary care or mental health).

1. Materials and Methods

1.1. Study Design

This study was descriptive and cross-sectional. The sample was divided into two groups (mental health problems yes/no). In turn, these two groups were subdivided into four groups: visit to health services (yes/no) and type of health service (mental health/primary care). The demographic and clinical study variables were the year of the case, sex, age, diagnosis, suicide attempts, and visits to health centres (type of service and last visit). The design compares the four groups to explore the differential characteristics between the people who presented with problems of mental health and those who did not and then to explore whether there were differential characteristics between the people who go to primary care or mental health. Specifically, the interest of this study was to analyse the study variables in the group of people with mental health problems who attend health services since they are the group with the greatest possibility of being detected by health professionals. Figure 1 shows the final study design.

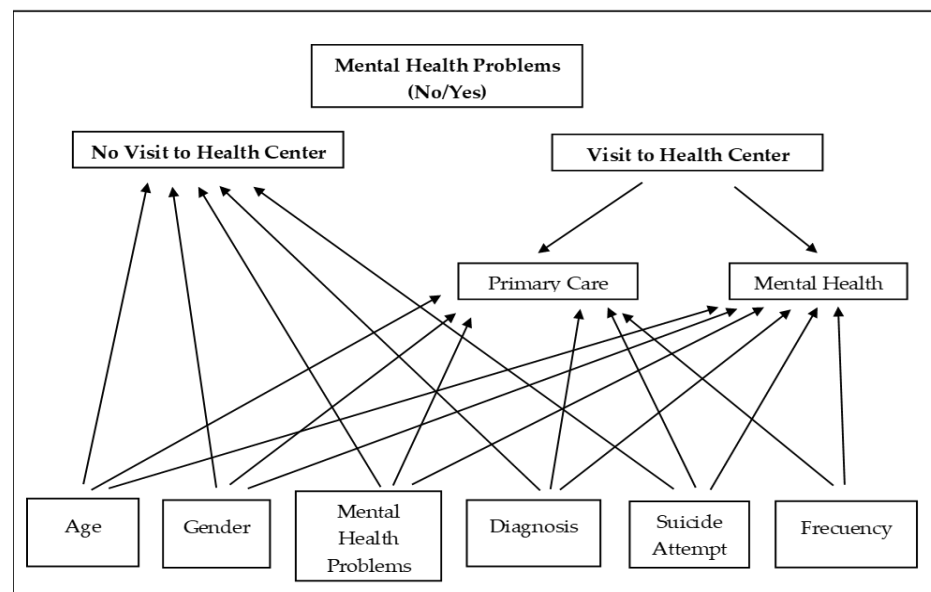


Figure 1. Study design.

1.2. Participants

The study population ($N = 265$; male = 83%; female = 17%) consisted of all registered cases of death by suicide in Extremadura (Spain) from 1 January 2019 to 31 December 2021. The ages of the participants were from 19 to 94 years old ($M = 56.52$; $SD = 17.963$).

1.3. Data Acquisition and Procedure

The data were extracted from the records of deaths by suicide (DBS) of the Provincial Institutes of Legal Medicine and Forensic Sciences of Cáceres and Badajoz (IMLyCF, the two provinces that comprise the Extremadura Region), with the approval of the teaching commission of these centres and the authorization of Spain's Ministry of Justice, both subject to organic law 3/2018 of 5 December, protection of personal data, and guarantee of digital rights. Additional complementary information provided by the Comandancia of Extremadura's Guardia Civil was incorporated. The complementary information gathered is the demographic data (sex and age) was missing in the IMLyCF dossiers.

The records for the years 2019–2021 were reviewed, and the DBS that occurred in that period were collected, incorporating the variables of study (Figure 1). All variables were coded dichotomously (yes/no) except year and age, which were classified into 3 groups each (2019; 2020; 2021) and (<40; 40–69; >69) respectively.

1.4. Statistical Analysis

The statistical analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v.26; IBM Corp. Armonk, NY, USA). Firstly, a descriptive analysis was performed to determine the distribution of the independent variables (demographic and clinical) in the study population. Next, the population was divided into two groups: “persons with mental health problems” and “persons without mental health problems”. Subsequently, exploratory analyses were carried out in both groups searching for potential associations between the independent variables and the dependent variable “Visits to Health Centres” (yes/no). Secondly, the relationships between the dependent variable “type of service” (mental health centre or primary care centre) and the independent variables were explored using univariate analyses. As a control, the possible interactions between all these variables were checked. These analyses were performed using Pearson's chi-squared univariate test by layers and Fisher's exact test for dichotomous and polytomous variables.

Finally, the possible relationships between the demographic and clinical variables and the type of health service used were explored applying binary backwards stepwise

(conditional) logistic regression. These regression analyses included the set of variables that were statistically significant in the univariate analyses as well as the significant interactions between them. The odds ratios (OR) resulting from these tests indicate a greater likelihood of an event occurring when $OR > 1$ and the lower bound of the confidence interval (CI) is greater than 1 and a lower likelihood of occurrence when $OR < 1$ and statistical significance when the CI upper bound does not exceed 1.

2. Results

2.1. Analysis of the Demographic and Clinical Characteristics

Table 1 presents the results of the descriptive analysis of the 265 cases covered in this study. One observes in the table that the DBS were distributed uniformly with respect to the year of the case. Based on sex, most of the cases were men ($X^2 = 115.566$; $p < 0.001$), of whom a large percentage (55.5%) were in the 40 to 69 years age group ($X^2 = 63.530$; $p < 0.001$). Slightly more than half suffered from mental health problems (55.1%; ns). Previous suicide attempts were a relatively infrequent phenomenon (17.4%; $p < 0.001$).

Table 1. Analysis of the demographic and clinical variables of DBS.

Deaths by suicide (N 265)		
	N (%)	X² (p-Value)
Health Center visits		
No	113 (42.64)	(n.s.)
Yes	152 (57.36)	
Year of case		
2019	90 (34)	(n.s.)
2020	93 (35)	
2021	82 (31)	
Sex		
Male	220 (83)	115.566 (*)
Female	45 (16)	
Age		
<40 years	44 (16.6)	63.540 (*)
40 - 69 years	147 (55.5)	
>70 years	74 (27.9)	
Mental Health Problems		
No	119 (44.9)	(n.s.)
Yes	146 (55.1)	
Diagnosis		
Mood Disorders	103 (70.55)	218.226 (*)
Substances abuse	10 (6.84)	
Others (psychotics, dementia, personality)	17 (11.64)	
Chronic Illness		
No	249 (93.9)	204.864 (*)
Yes	16 (6.1)	
Suicidal Attempts		
No	219 (82.6)	112.940 (*)
Yes	46 (17.4)	
Visit three months prior		
No	207 (78.2)	83.777 (*)
Yes	58 (21.8)	
Visit last year prior		
No	171 (64.2)	22.374 (*)
Yes	94 (35.8)	

(*) $p < .001$ =significant. (n.s.) = non-significant.

With regard to mental health problems, mood disorder was present in 38.9% of the cases, being the most frequent of the diagnoses ($X^2 = 218.226$; $p < 0.001$). Substance abuse and other disorders (psychotic and personality) were less frequent. Only 6.1% of the people had a chronic illness. With regard to visits to health services, only slightly more than half of the people (57.36%; $p < 0.001$) had made one or more during the last year (35.8%; $p < 0.001$) or the last three months (21.8%; $p < 0.001$) before committing suicide.

2.2. Descriptive Analysis of the DBS Group of Persons without Mental Health Problems

This section presents the results of the descriptive analysis of the DBS group of persons with no known psychiatric history (Table 2). This group represents 44.9% of the DBS cases and is distributed uniformly with respect to the year of the case. As can be seen, only 8.1% of the persons without mental health problems were attended to in a health centre ($X^2 = 134.247$; $p < 0.001$).

Table 2. Descriptive analysis of the DBS cases without mental health problems.

Deaths by Suicide without Mental Health Problems				
<i>N</i> (%)				
119 (44.9)				
Health Centre Visits				
	No	Yes	Total	Chi Square (<i>p</i> -Value)
Health Centre visits	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	
	110 (91.9)	9(8.1)	119	134.274 (*)
Year of case				
2019	35 (89.7)	4 (10.3)	39 (43.3)	
2020	40 (9.3)	3 (90.7)	43 (46.2)	n.s.
2021	35 (94.6)	2 (5.4)	37 (45.1)	
Sex				
Male	91 (75)	8 (25)	99 (37.4) *	n.s.
Female	19 (95)	1 (5)	20 (44.4)	
Age				
<40 years	18 (78.3)	5 (21.7)	23 (52.3)	
40–69 years	64 (94.1)	4 (5.9)	68 (46.3) *	n.s.
>70 years	28 (100)	-	28 (51.1)	
Chronic Illness	-	-	-	-
Suicidal Attempts	1 (100)	-	1 (2.2)	-
Visit three months prior	-	3 (100)	3 (4.8)	-
Visit last year prior	-	6 (100)	6 (6.3)	-

(*) $p < 0.001$ = significant. (n.s.) = non-significant.

With regard to the demographic variables, men committed suicide to a greater extent than women ($X^2 = 52.445$; $p < 0.001$), with the largest age group being that of 40 to 69 years, being significantly older than the mean age of the rest ($X^2 = 30.672$; $p < 0.001$). However, no significant association was found between having visited health services and any of the demographic and clinical variables analysed, with only one DBS case recorded in this group of persons (Table 2).

2.3. Descriptive Analysis of the DBS Group of Persons with Mental Health Problems

This section presents the results of the descriptive analysis of the group of persons with mental health problems. The distribution for the variables year of the case, age, and sex are similar to those of the group of persons without a history of psychopathology (Tables 2 and 3). Nearly 5 times more men committed suicide than women during the period studied ($X^2 = 63.123$; $p < 0.001$), there were more cases in the 40 to 69 years age group ($X^2 = 34.78$; $p < 0.001$), and there were no differences with year of the case.

Table 3. Descriptive analysis of the DBS cases with mental health problems.

Deaths by Suicide with Mental Health Problems				
<i>N (%)</i> 146 (55.01)				
Visit to Health Centre				
	No	Yes	Total	Chi Square (<i>p</i>-Value)
Health Centre visits	<i>N (%)</i> 3 (2.1)	<i>N (%)</i> 143 (97.9)	<i>N (%)</i> 146	218.972 (<0.001) (*)
Year of case				
2019	1 (2)	50 (98)	51 (56.7)	
2020	-	50 (100)	50 (53.8)	(n.s.)
2021	2 (4.4)	43 (95.6)	45 (54.9)	
Sex				
Male	2 (.99)	119 (99.1)	121 (62.6) *	(n.s.)
Female	1 (4)	24 (96)	25 (55.6)	
Age				
<40 years	-	21 (100)	21 (47.7)	(n.s.)
40–69 years	2 (2.5)	77 (97.5)	79 (53.7) *	(n.s.)
>70 years	1 (2.2)	45 (97.8)	46 (48.9)	(n.s.)
Chronic Illness	-	16 (100)	16	12.659 (<0.001) (*)
Suicidal Attempts	1 (2.2)	44 (97.8)	45 (97.8)	33.372 (<0.001) (*)
Visit three months prior	-	55 (100)	58 (95.2)	55.200 (<0.001) (*)
Visit last year prior	-	88 (100)	88 (93.7)	108.296 (<0.001) (*)

(*) $p < 0.001$ = significant. (n.s.) = non-significant.

With respect to visits to health centres, 97.9% of persons with a psychiatric history attended one of the health services (primary care or mental health) ($X^2 = 218.972$; $p < 0.001$), 30.1% of whom had made a previous suicide attempt.

Comorbid mental health problems were found among those who suffered from a chronic illness ($X^2 = 12.659$ (<0.001); $p < 0.001$). Additionally, all these cases had consulted a health service in the last three months ($X^2 = 55.200$ $p < 0.001$) or in the last year before committing suicide ($X^2 = 108.296$; $p < 0.001$).

The results presented up to now show that persons with no known psychopathological history attended health services hardly at all. This led us to consider that a comparative analysis based on the possible differences between the groups (with or without mental health problems) would not provide additional information. To this end, the following subsection presents a more exhaustive analysis considering just the group of persons with mental health problems and their relationship with the different health services (primary care and mental health).

2.4. Univariate Analysis of the Cases with Mental Health Problems

Table 4 lists the results of the univariate analysis of the group of persons with mental health problems and their relationship with the different health services. The Pearson chi-squared test showed that, in this group of persons, the variables year of the case, sex, age, diagnosis, previous suicide attempts, and last visit were significantly correlated with the type of service. Thus, only 3 (2.1%) people had not attended health services in the previous year. Of the 143 cases that did maintain contact with health services, 67.3% did so with primary care and the rest (32.7%) with mental health. This result indicates that persons with mental health problems visited the primary care service to a greater extent than the mental health services ($X^2 = 10.636$; $p = 0.001$).

Table 4. Univariate analysis of the group of persons with mental health problems according to type of health service.

Variable		Health Centre (Type)		Chi Square (<i>p</i> -Value) Odd Ratio (C.I.: 95%)	
		Primary Care	Mental Health		
		<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)		
Health Care		91 (63.7)	52 (36.3)	10.636; <i>p</i> = 0.001 *	
Year of case	2019	No	57 (61.3)	36 (38.7)	-
		Yes	34 (68)	16 (32)	-
	2020	No	66 (71) *	27 (29)	6.178 (0.013) *
		Yes	25 (50)	25 (50)	2.444 (1.199–4.985) *
	2021	No	59 (59)	41 (41)	-
		Yes	32 (74.4)	11 (25.6)	-
Sex					
Male		80 (67.2) *	39 (43.3) *	3.950 (0.047) *	
Female		11 (45.8)	13 (54.2)	2.424 (0.996–5.900)	
Age	<40 years	No	74 (60.7)	48 (39.3)	-
		Yes	17 (81) *	4 (19)	-
	40–69 years	No	51 (77.3)	15 (22.7)	9.849 (0.002) *
		Yes	40 (51.9)	37 (48.1) *	3.145 (1.517–6.519) *
	>70 years	No	57 (58.2)	41 (41.8)	4.031 (0.045) *
		Yes	34 (75.6)	11 (24.4)	0.450 (0.204–0.991) *
Mental Health Problems		91 (63.7)	52 (36.3)	20.664 (0.000) *	
Diagnosis					
Mood Disorders	No	28 (63.6)	16 (36.4)	-	
	Yes	63 (63.6) *	36 (36.4) *	19.973 (<0.001) *	
Substance abuse	No	81	52	6.144a (0.009) *	
	Yes	10	-	-	
Others (psychotics, dementia, personality)	No	88 (68.8)	40 (31.3)	13.789 (0.000) *	
	Yes	3 (9.5)	12 (23.1)	8.800 (2.353–32.916) *	
	Chronic Illness	79 (62.2)	48 (37.8)	-	
	Yes	12 (75)	4 (25)	-	
Suicidal attempts					
	No	71 (71.7) *	28 (28.3)	9.079 (.003) *	
	Yes	20 (45.5)	24 (54.5)	3.043 (1.456–6.360) *	
Health centre					
Visit three months prior	Yes	25 (45.5)	30 (54.5) *	12.768 (0.000) *	
Visit last year prior	Yes	66 (75) *	22 (25)	3.600 (0.757–7.376) *	

(*) *p* = significant. (n.s.) = non-significant.

With regard to the demographic variables, a significant relationship was found between the year of the case and visits to health centres. This finding indicated a greater number of visits during the year 2020 compared to the years 2019 and 2021 ($p < 0.05$). Likewise, a statistically significant relationship was found between the sex variable and the type of service that men and women attended ($p < 0.05$). Of the women, 54.2% attended specialized mental health care services compared with 32.8% of the men, with the latter also being the cases who, to a greater extent, visited primary care services ($p < 0.001$). By age, persons between the ages of 40 and 69 visited specialized mental health care services more frequently than the rest of the age groups ($p < 0.005$), while persons over 70 years of age attended primary care services more frequently ($p < 0.05$) (OR = 0.450; CI = 0.204–0.991).

With respect to the assessment of mental health, problems related to mood occurred in a greater proportion than the rest ($p < 0.001$). However, only substance abuse and such diagnoses as psychosis, dementia, and personality disorder were significantly related to the type of health service ($p < 0.01$; $p < 0.001$). Additionally, it was found that none of the persons diagnosed with substance abuse visited specialized mental health services, but all

were seen in primary care ($p < 0.01$). In contrast, persons with psychosis, dementia, and personality disorders mostly attended mental health services ($p < 0.001$).

Previous suicide attempts were also significantly correlated with the type of health service ($p < 0.005$). It is noteworthy that almost half of the persons with previous attempts were treated in primary care (OR = 1.578; CI = 1.116–2.231) and that almost half of the persons who attended specialized services had attempted suicide at least once before dying by suicide (OR = 3.043; CI = 1.456–6.360).

Finally, the analysis showed that the last visit was significantly correlated with the type of service attended ($p < 0.001$). Thus, approximately 60% of the persons who visited mental health services did so in the last few months before DBS. This indicates that the visits in the last 3 months are linked to mental health services, while the majority of persons who attended primary care did so in the last year before committing suicide ($p < 0.001$).

2.5. Logistic Regression Analysis

Two binary logistic regressions were performed in order to explore the way in which the independent variables (year of case, sex, age, suicidal attempts, diagnosis, and last visit) were related to each of the health services visited. Tables 5 and 6 show the results of these analyses.

Table 5. Results of the multivariate analysis (1).

	B	p-Value	O.R.	C.I. 95%	
40 to 69 years	1.022	0.016	2.750	1.212	6.376
Suicidal Attempts	0.989	0.027	2.689	1.121	6.451
Visitthree months prior	1.749	0.000	5.752	2.440	13.556
Psychosis	2.626	0.001	13.816	3.044	62.701

Table 6. Results of the multivariate analysis (2).

Variables	B	p-Value	O.R.	C.I. 95%	B
Year 2020	0.992	0.022	2.696	1.151	6.321
Visitthree months prior	1.928	0.000	6.878	2.795	16.928
Suicidal attempts by 40 to 60 years	2.490	0.000	6.692	2.256	1.848
Psychosis	1.901	0.001	12.071	2.600	56.041

In the first, multivariate logistic regression was applied to test sex, age, previous suicide attempts, and diagnosis. As a control measure, the significant interactions between these variables were included. The test of the regression model's fit was valid ($p < 0.001$), and Nagelkerke's R^2 was moderate (0.362). As one observes in Table 5, there were significant associations with the 40 to 69 years age group ($p = 0.016$), previous suicide attempts ($p = 0.027$), diagnosis of psychosis ($p = 0.001$), and visiting health services in the previous three months ($p < 0.001$) using specialized mental health services. These results show that people between 40 and 69 years old and those who had attempted suicide were almost three times more likely to seek mental health services. In this sense, people diagnosed with psychosis were almost 14 times more likely to use this health service.

We included in a second logistic regression the year of the case variable as well as all the interactions between the variables that were significant in the univariate analysis (Table 6). The equation of the regression model was valid ($p < 0.001$), and Nagelkerke's R^2 was 0.395. A Hosmer–Lemeshow test showed the model's fit to be good ($p = 0.499$). The final regression model showed that the year of the case (year 2020; $p = 0.022$), visits in the last 3 months ($p < 0.001$), suicide attempts in persons aged between 40 and 69 years ($p < 0.001$), and the diagnosis of psychosis ($p = 0.001$) were associated with mental health services.

3. Discussion

This study replicates some universal results on the demographic characteristics associated with suicides, such as the most prevalent age (40–60 years old) (OMS, 2014) [1] and the great difference in terms of sex, finding up to three times more deaths among men than women (OMS, 2014) [1]. The difference in terms of sex has traditionally been explained by the use of more lethal methods by men [1]. On the other hand, regarding the variable “year of the case”, in line with several studies (Puig-Amores et al., 2021) [4], during 2020 (COVID-19 pandemic year), there was not a great difference by suicide compared to the previous year and the following year. However, our results indicate that during 2020, people who committed suicide made more use of mental health services compared with the previous years. This result could be related with the increase of mental health problems observed after the period of confinement. The duration of the confinement, the fear of getting ill, the frustration caused by being unable to carry out daily activities such as leaving the house, the loss of freedom, the separation from one’s environment, and uncertainty were some of the psychosocial stressors associated with the health situation that were potential generators of negative psychological effects during the pandemic [39].

In line with recent research [16], most of the people in our study population who died by suicide had mental illness, although many of them were neither diagnosed nor treated with specialized services [5,6]. Bearing in mind that suffering from psychological problems does not necessarily imply suicidal behaviour, the risk is often underestimated and even more so when there have been no previous suicide attempts [18]. Something similar could have occurred in this study population. Indeed, a history of suicide attempts was relatively infrequent (17.4%), a figure close to that obtained in another recent study [17] which examined DBS that occurred between 2005 and 2013 and which showed that 79% of these persons consummated the act on the first attempt.

Almost half of the persons who died by suicide had no known psychiatric history, as has been seen in previous studies [17]. Therefore, these persons had maintained hardly any relationship with health services during the last year before dying, as is quite frequent in this population [8]. However, it seems more than likely that those with no diagnosis who died by suicide suffered some subclinical mental health characteristics, a fact suggested by previous research such as that carried out by Joiner et al. [40]. This reality implies the existence of a group of people at risk of suicide who are difficult to identify and, consequently, quite difficult for their suicide to be prevented from the health field. Likewise, in line with some previous studies [5,6], our results indicate that most of the DBS cases in Extremadura in the period 2019–2021 had attended primary care services to a greater extent in the months before dying.

The lack of specialized mental health care among the persons who suffered psychological problems associated with some type of chronic illness suggests that in some cases, as observed in this sample, the primary care physician takes on the supervision of many of their patients in matters of mental health (63.7% in this study). This fact points to the need to review the primary care protocols regarding the approach to patients with chronic illnesses and comorbid mental health problems. In this sense, the suicide prevention plan of the study region [41] insists on training health professionals in the detection and intervention of suicidal behaviours as an effective preventive strategy. This same fact has been corroborated by various authors in diverse studies [42–46]. Nonetheless, these preventive measures would not be enough, with an additional review of guidelines such as consultation time being necessary. Previous studies [47] have shown that primary care physicians have barely 6 min per patient, which is clearly an insufficient amount of time to make a good diagnosis in cases such as these. Evidence-based best practices address the fluctuating nature of suicide risk, noting that ongoing risk assessment, direct intervention, and long-term follow-up are required [48].

In this sense, our study provides information of interest for the work of suicide prevention in health services, pointing out some clinical characteristics present in people who died by suicide in the last three years and opening up a route of observation to improve

the estimation of the risk of suicide in those people who go to health services in search of help. Additionally, the strength of this study lies in providing a warning about the need to increase resources to improve the effectiveness of professionals in clinical practice, with this being especially relevant in primary care, since a large part of people who commit suicide each year pass through this service in the last year and in the three months prior to committing suicide [46].

Taking the above into account, although there has been progress and an effort in relation to public policies aimed at confronting and preventing suicide [41], it continues to be a great challenge for health professionals to characterize and identify people at an increased risk of attempting and completing suicide. Faced with this fact, it becomes important to know the characteristics of the individuals who attempt or commit suicide so that new strategies can be generated to avoid that consummation and so that there can be assistance in the treatment of those who attempted suicide. Therefore, an important practical implication of the present study for clinical practice and for the development of suicide prevention policies is precisely the incorporation of these results, which were obtained from the analysis of clinical data, into the prevention protocols of primary care services. With this, it can be expected that routine examinations in primary care will be more effective in detecting risk. Providing that, it should be noted that the evaluation of the suicidal patient must continue to be the responsibility of an expert mental health professional who has to combine clinical judgment with knowledge of empirically validated risk and protective factors and weigh these factors in the best way possible [16]. However, as has been shown in the present research and in previous studies [47,49], this expert's work is not necessarily limited to specialized mental health services, since the role of primary care is essential in the screening and follow-up of patients. Thus, a greater attention to specialized training for the detection of suicide would be another key factor in effective prevention, including all professionals in contact with the population at risk.

4. Conclusions

This research confirms that in the study region there are a large number of people with no psychiatric history who die by suicide each year and who, furthermore, make very little use of health services during the previous year or months. This reality implies that there is a group of persons who are difficult to identify in health services, and, consequently, this fact confirms that it is a multi-causal phenomenon that must be addressed from the different sectors involved if deaths by suicide are to be reduced. Likewise, this study reveals that people with mental health problems go to health services, especially primary care, to a greater extent than people without this type of problem. At the same time, it was noted that there are some specific characteristics (diagnosis, age group, previous attempts, and when the last visit was made) which are associated with people who go to specialized mental health services. Additionally, among people with mental health problems, those who had made a previous suicide attempt frequented health services to a greater extent than those who had not made any suicide attempt. This fact indicates that people with mental health problems and, to a greater extent, those who had attempted suicide before consummating the act went to health services in the last year and in the last three months. Consequently, we can affirm that this group of people were being monitored to a greater or lesser extent so that, a priori, there was an opportunity to identify the risk of suicide in these cases. In this sense, the greatest strength of this study lies in revealing some of the factors that should alert mental health specialists, understanding, in addition, that the risk of suicide should in no case be underestimated. In conclusion, there are opportunities for suicide prevention in medical settings, and efforts should be directed towards better identification of mental illness and suicidal ideation.

5. Limitations

Our research has some limitations to take into account. While the exploratory, observational, and retrospective design has generated valuable information for clinical practice,

it is important to point out that more detailed data collection by professionals would help to complete the findings. While it is true that the protocols for writing up reports give clear guidelines on how they should be completed, making an additional effort to standardize the said collection would provide a greater number of variables. In this sense, future lines of research could explore the effect that variables related to vulnerability factors (marital status, cohabitation, previous life events, etc.) have on suicide. In addition, following the recommendations of the WHO [1] and given the main interest of this work, this re- search was carried out in a specific geographical area and on a specific population at risk, which provided valuable and useful results and conclusions at the contextual level. Nevertheless, this study has not expanded to other regions with potentially different profiles and characteristics.

Author Contributions: Conceptualization; methodology; formal analysis; research, I.P.-A.; writing—original draft preparation; writing—review and editing, I.P.-A., I.C.-G. and G.M.-M.-P.; supervision, I.C.-G. and G.M.-M.-P. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This study was carried out with funding from the European Social Fund through aid for the financing of predoctoral contracts for the training of doctors in public R&D centres belonging to the Extremadura System of Science, Technology, and Innovation, in the fiscal year 2018, with the case file PD-18039.

Institutional Review Board Statement: Not applicable.

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all authorities involved in the study.

Data Availability Statement: Data is contained within the article.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. World Health Organization (CH). *Preventing Suicide: A Global Imperative*; WHO: Geneva, Switzerland, 2014; Available online: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/ (accessed on 10 February 2023).
2. World Health Organization (CH). *Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2021; Available online: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643> (accessed on 10 February 2023).
3. National Institute of Statistics. Continuous Register Statistics. Provisional Data as of 1 January 2020. Autonomous Communities and Provinces. Available online: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176797&menu=resultados&idp=1254735573206 (accessed on 10 February 2023).
4. Puig-Amores, I.; Cuadrado-Gordillo, I.; Martín-Mora Parra, G. Suicide and Health Crisis in Extremadura: Impact of Confinement during COVID-19. *Trauma Care* **2021**, *1*, 38–48. [[CrossRef](#)]
5. Luoma, J.B.; Martin, C.E.; Pearson, J.L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Am. J. Psychiatry* **2002**, *159*, 909–916. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
6. Ahmedani, B.K.; Simon, G.E.; Stewart, C.; Beck, A.; Waitzfelder, B.E.; Rossom, R.; Lynch, F.; Owen-Smith, A.; Hunkeler, E.M.; Whiteside, U.; et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J. Gen. Intern. Med.* **2014**, *29*, 870–877. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
7. Ahmedani, B.K.; Westphal, J.; Autio, K.; Elsiss, F.; Peterson, E.L.; Beck, A.; Waitzfelder, B.E.; Rossom, R.C.; Owen-Smith, A.A.; Lynch, F.; et al. Variation in patterns of health care before suicide: A population case-control study. *Prev. Med.* **2019**, *127*, 105796. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
8. Fradera, M.; Ouchi, D.; Prat, O.; Morros, R.; Martín-Fumadó, C.; Palao, D.; Cardoner, N.; Campillo, M.T.; Pérez-Solà, V.; Pontes, C. Can routine Primary Care Records Help in Detecting Suicide Risk? A Population-Based Case-Control Study in Barcelona. *Arch. Suicide Res.* **2022**, *26*, 1395–1409. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
9. World Health Organization (CH). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*; WHO: Geneva, Switzerland, 2021; Available online: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029> (accessed on 5 May 2023).
10. Fawcett, J.; Scheffner, W.A.; Fogg, L.; Clark, D.C.; Young, M.A.; Hedeker, D.; Gibbons, R. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am. J. Psychiatry* **1990**, *147*, 1189–1194. [[CrossRef](#)]
11. Klonsky, E.D.; May, A.M.; Saffer, B.Y. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* **2016**, *12*, 307–330. [[CrossRef](#)]
12. Defayette, A.B.; Adams, L.M.; Whitmyre, E.D.; Williams, C.A.; Esposito-Smythers, C. Characteristics of a First Suicide Attempt that Distinguish Between Adolescents Who Make Single Versus Multiple Attempts. *Arch. Suicide Res.* **2020**, *24*, 327–341. [[CrossRef](#)]

13. Rahman, M.E.; Al Zubayer, A.; Al Mazid Bhuiyan, M.R.; Jobe, M.C.; Ahsan Khan, M.K. Suicidal behaviors and suicide risk among Bangladeshi people during the COVID-19 pandemic: An online cross-sectional survey. *Heliyon* **2021**, *7*, e05937. [CrossRef]
14. Milner, A.; Svetcic, J.; De Leo, D. Suicide in the absence of mental disorder? A review of psychological autopsy studies across countries. *Int. J. Soc. Psychiatry* **2013**, *59*, 545–554. [CrossRef]
15. Raue, P.J.; Ghesquiere, A.R.; Bruce, M.L. Suicide risk in primary care: Identification and management in older adults. *Curr. Psychiatry Rep.* **2014**, *16*, 466. [CrossRef]
16. Ryan, E.P.; Oquendo, M.A. Suicide Risk Assessment and Prevention: Challenges and Opportunities. *Focus* **2020**, *18*, 88–99. [CrossRef]
17. Jordan, J.T.; McNeil, D.E. Characteristics of persons who die on their first suicide attempt: Results from the National Violent Death Reporting System. *Psychol. Med.* **2020**, *50*, 1390–1397. [CrossRef]
18. Large, M.M.; Ryan, C.J.; Carter, G.; Kapur, N. Can we usefully stratify patients according to suicide risk? *BMJ* **2017**, *359*, j4627. [CrossRef]
19. Ministry of Health. Annual Report of the National Health System 2020–21. Published on 19 April 2022. Available on-line: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm> (accessed on 16 January 2023).
20. Ilgen, M.A.; Conner, K.R.; Roeder, K.M.; Blow, F.C.; Austin, K.; Valenstein, M. Patterns of treatment utilization before suicide among male veterans with substance use disorders. *Am. J. Public Health* **2012**, *102* (Suppl. S1), S88–S92. [CrossRef]
21. Turecki, G.; Brent, D.A. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* **2016**, *387*, 1227–1239. [CrossRef]
22. Carballo, J.J.; Llorente, C.; Kehrmann, L.; Flamarique, I.; Zuddas, A.; Purper-Ouakil, D.; Hoekstra, P.J.; Coghill, D.; Schulze, U.; Dittmann, R.W.; et al. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* **2020**, *29*, 759–776. [CrossRef]
23. O'Connor, E.; Gaynes, B.N.; Burda, B.U.; Soh, C.; Whitlock, E.P. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann. Intern. Med.* **2013**, *158*, 741–754. [CrossRef]
24. Spottswood, M.; Lim, C.T.; Davydow, D.; Huang, H. Improving Suicide Prevention in Primary Care for Differing Levels of Behavioural Health Integration: A Review. *Front. Med.* **2022**, *9*, 892205. [CrossRef]
25. Simon, G.E.; Johnson, E.; Lawrence, J.M.; Rossom, R.C.; Ahmedani, B.; Lynch, F.L.; Beck, A.; Waitzfelder, B.; Ziebell, R.; Penfold, R.B.; et al. Predicting suicide attempts and suicide deaths following outpatient visits using electronic health records. *Am. J. Psychiatry* **2018**, *175*, 951–960. [CrossRef]
26. Sanderson, M.; Bulloch, A.G.; Wang, J.; Williams, K.G.; Williamson, T.; Patten, S.B. Predicting death by suicide following an emergency department visit for parasuicide with administrative health care system data and machine learning. *EClinical Med.* **2020**, *20*, 100281. [CrossRef] [PubMed]
27. Ahmedani, B.K.; Cannella, C.E.; Yeh, H.-H.; Westphal, J.; Simon, G.E.; Beck, A.; Rossom, R.C.; Lynch, F.L.; Lu, C.Y.; Owen-Smith, A.A.; et al. Detecting and distinguishing indicators of risk for suicide using clinical records. *Transl. Psychiatry* **2022**, *12*, 280. [CrossRef] [PubMed]
28. Franklin, J.C.; Ribeiro, J.D.; Fox, K.R.; Bentley, K.H.; Kleiman, E.M.; Huang, X.; Musacchio, K.M.; Jaroszewski, A.C.; Chang, B.P.; Nock, M.K. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol. Bull.* **2017**, *143*, 187–232. [CrossRef] [PubMed]
29. Reger, G.M.; McClure, M.L.; Ruskin, D.; Carter, S.P.; Reger, M.A. Integrating predictive modeling into mental health care: An example in suicide prevention. *Psychiatr. Serv.* **2018**, *70*, 71–74. [CrossRef] [PubMed]
30. Huang, S.; Lewis, M.O.; Bao, Y.; Adekkanattu, P.; Adkins, L.E.; Banerjee, S.; Bian, J.; Gellad, W.F.; Goodin, A.J.; Luo, Y.; et al. Predictive Modeling for Suicide-Related Outcomes and Risk Factors among Patients with Pain Conditions: A Systematic Review. *J. Clin. Med.* **2022**, *11*, 4813. [CrossRef]
31. Sanderson, M.; Bulloch, A.G.; Wang, J.; Williamson, T.; Patten, S.B. Predicting death by suicide using administrative health care system data: Can recurrent neural network, one-dimensional convolutional neural network, and gradient boosted trees models improve prediction performance? *J. Affect. Disord.* **2020**, *264*, 107–114. [CrossRef]
32. Belsher, B.E.; Smolenski, D.J.; Pruitt, L.D.; Bush, N.E.; Beech, E.H.; Workman, D.E.; Morgan, R.L.; Evatt, D.P.; Tucker, J.; Skopp, N.A. Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. *JAMA Psychiatry* **2019**, *76*, 642–651. [CrossRef]
33. Simon, G.E.; Shortreed, S.M.; Johnson, E.; Rossom, R.C.; Lynch, F.L.; Ziebell, R.; Penfold, A.R.B. What health records data are required for accurate prediction of suicidal behavior? *J. Am. Med. Assoc.* **2019**, *321*, 1458–1465. [CrossRef]
34. Simon, G.E.; Matarazzo, B.B.; Walsh, C.G.; Smoller, J.W.; Boudreaux, E.D.; Yarborough, B.J.H.; Shortreed, S.M.; Coley, R.Y.; Ahmedani, B.K.; Doshi, R.P.; et al. Reconciling Statistical and Clinicians' Predictions of Suicide Risk. *Psychiatr. Serv.* **2021**, *72*, 555–562. [CrossRef]
35. Zalsman, G.; Hawton, K.; Wasserman, D.; van Heeringen, K.; Arensman, E.; Sarchiapone, M.; Carli, V.; Höschl, C.; Barzilay, R.; Balazs, J.; et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* **2016**, *3*, 646–659. [CrossRef]
36. Chan, M.; Bhatti, H.; Meader, N.; Stockton, S.; Evans, J.; O'Connor, R.; Kendall, T. Predicting suicide following self-harm: Systematic review of risk factors and risk scales. *Br. J. Psychiatry* **2016**, *209*, 277–283. [CrossRef]
37. Runeson, B.; Odeberg, J.; Pettersson, A.; Edbom, T.; Jildevik Adamsson, I.; Waern, M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS ONE* **2017**, *12*, e0180292. [CrossRef]

38. Riblet, N.B.; Matsunaga, S.; Lee, Y.; Young-Xu, Y.; Shiner, B.; Schnurr, P.P.; Levis, M.; Watts, B.V. Tools to Detect Risk of Death by Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Clin. Psychiatry* **2022**, *84*, 21r14385. [[CrossRef](#)]
39. Brooks, S.K.; Webster, R.K.; Smith, L.E.; Woodland, L.; Wessely, S.; Greenberg, N.; Rubin, G.J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapide review of the evidence. *Lancet* **2020**, *395*, 912–920. [[CrossRef](#)]
40. Joiner, T.E., Jr.; Buchman-Schmitt, J.M.; Chu, C. Do Undiagnosed Suicide Decedents Have Symptoms of a Mental Disorder? *J. Clin. Psychol.* **2017**, *73*, 1744–1752. [[CrossRef](#)]
41. Martín-Morgado, B.; Torres-Solís, I.; Casado-Rabasot, M.; López-Rodríguez, M.I.; Rodríguez-Perez, B.; Torres-Cortés, R. Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016–2020. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Servicio Extremeño de Salud: Mérida, Spain. 2017. Available online: https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/PLAN_SALUD_MENTAL_2016_2020.pdf (accessed on 10 May 2022).
42. Isaac, M.; Elias, B.; Katz, L.Y.; Belik, S.L.; Deane, F.P.; Enns, M.W.; Sareen, J.; Swampy Cree Suicide Prevention Team. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *Can. J. Psychiatry* **2009**, *54*, 260–268. [[CrossRef](#)]
43. Van der Feltz-Cornelis, C.M.; Sarchiapone, M.; Postuvan, V.; Volker, D.; Roskar, S.; Grum, A.T.; Carli, V.; McDaid, D.; O’connor, R.; Maxwell, M.; et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies. *Crisis* **2011**, *32*, 319–333. [[CrossRef](#)]
44. Okolie, C.; Dennis, M.; Simon Thomas, E.; John, A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *Int. Psychogeriatr.* **2017**, *29*, 1801–1824. [[CrossRef](#)]
45. Hawgood, J.; Woodward, A.; Quinnett, P.; De Leo, D. Gatekeeper Training and Minimum Standards of Competency. *Crisis* **2021**, *43*, 516–522. [[CrossRef](#)]
46. Mann, J.J.; Michel, C.A.; Auerbach, R.P. Improving suicide prevention through evidence-based strategies: A systematic review. *Am. J. Psychiatry* **2021**, *178*, 611–624. [[CrossRef](#)]
47. Cuadrado-Gordillo, I.; Parra, G.M. Gender-Based Violence in Adolescent Dating from a Medical Perspective: A Qualitative Study of the Needs Felt in Primary Healthcare Centres. *Healthcare* **2021**, *10*, 17. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
48. Brodsky, B.S.; Spruch-Feiner, A.; Stanley, B. The zero suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Front. Psychiatry* **2018**, *9*, 33. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
49. Karlsson, J.; Marmstål Hammar, L.; Kerstis, B. Capturing the Unsaid: Nurses’ Experiences of Identifying Mental Ill-Health in Older Men in Primary Care—A Qualitative Study of Narratives. *Nurs. Rep.* **2021**, *11*, 152–163. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

Disclaimer/Publisher’s Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

