

## Las demandas por conducta suicida a los servicios de urgencias prehospitalarios de Málaga: características y factores asociados

### *Calls due to suicidal behaviour made to the prehospital, emergency department in Málaga: characteristics and associated factors*

doi.org/10.23938/ASSN.0047

M. Jiménez-Hernández<sup>1,2</sup>, S. Castro-Zamudio<sup>1,2</sup>, J. Guzmán-Parra<sup>2,3,4</sup>,  
A.I. Martínez-García<sup>2,5</sup>, C. Guillén-Benítez<sup>5</sup>, B. Moreno-Küstner<sup>1,2,4</sup>

#### RESUMEN

**Fundamento.** El comportamiento suicida, mortal y no mortal, se ha convertido en un problema grave de salud pública en muchos países. El objetivo de este estudio es describir las características diferenciales de las llamadas al Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la provincia de Málaga por conducta suicida, frente a las llamadas por problemas físicos o psiquiátricos.

**Material y métodos.** Esta investigación consiste en un estudio observacional retrospectivo de las demandas registradas en la base de datos de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias durante un año. Las comparaciones y análisis de regresión logística multivariante se realizaron respecto a la edad y sexo de los demandantes y respecto a las siguientes características de las demandas: horas del día, días laborables o festivos, meses del año y trimestres, número de recursos movilizados y tipos de resolución.

**Resultados.** Los análisis se realizaron sobre un total de 163.331 llamadas. 1.380 fueron por conducta suicida (0,8%), 9.951 por motivos psiquiátricos (6,1%) y 152.000 por motivos físicos (93%). Las llamadas por conducta suicida fueron realizadas preferentemente por mujeres jóvenes, que solicitan atención durante la tarde y la noche, requiriendo traslado al hospital y la movilización de más de un recurso sanitario. Las demandas por suicidio consumado las realizaron más frecuentemente varones en edades más avanzadas. En el primer trimestre del año se dan más demandas por ideación que por amenaza/intento, mientras que en el tercer trimestre ocurre lo contrario.

**Conclusión.** Los resultados indicaron características diferenciales de las llamadas por conducta suicida potencialmente relevantes para la prevención del suicidio.

**Palabras clave.** Conducta suicida. Ideación suicida. Intento de suicidio. Factores de riesgo.

#### ABSTRACT

**Background.** Suicidal behaviour (fatal and non-fatal) has become a serious public health problem in many countries. The aim of the study was to describe the differential characteristics of emergency calls due to suicidal behaviour made to the Emergency Coordinating Centre (CCUE) in the province of Málaga, in comparison with calls due to physical or psychiatric problems.

**Methods.** Retrospective observational study of the calls recorded in the database of the Public Company for Emergency Health during one year. Multivariate logistic regression analyses were carried out including age, gender and the following variables related with the demand: hours of the day, type of day (working days or bank holidays), months of the year and trimesters, number of resources mobilized and types of resolution.

**Results.** The analyses were carried out on 163,331 calls, of which 1,380 calls were due to suicidal behaviour (0.8%), 9,951 for psychiatric reasons (6.1%) and 152,000 for physical reasons (93%). The emergency calls for suicidal behaviour were mainly made by females, between 31-60 years, in the evening and at night, and required transfer to hospital and more than one mobilized resource. Calls due to completed suicide were more frequently made by older men. Calls due to suicidal tendencies predominated over those due to attempted or threatened suicide during the first trimester of the year, while the opposite was the case during the third trimester.

**Conclusions.** The results indicated differential characteristics of suicide calls that are potentially relevant for prevention in spite of the limitations of the present study.

**Keywords.** Suicidal behaviour. Suicidal tendencies. Attempted suicide. Risk factors.

*An. Sist. Sanit. Navar. 2017; 40 (3): 379-389*

1. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Málaga. España.
2. Grupo Andaluz de Investigación Psicosocial (GAP) (CTS-945).
3. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional de Málaga. España.
4. Instituto IBIMA. Málaga. España. Red Maristán.
5. Unidad de Gestión Clínica del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga. España.

#### Correspondencia:

Berta Moreno Küstner  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico  
Facultad de Psicología  
Campus de Teatinos s/n  
29071 Málaga  
E-mail: bmorenok@uma.es

Recepción: 10/12/2016  
Aceptación provisional: 13/06/2017  
Aceptación definitiva: 02/10/2017

## INTRODUCCIÓN

El suicidio y los intentos de suicidio, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son actualmente un problema grave de salud pública en muchos países. Por este motivo desde hace años la OMS le viene prestando una atención especial.

El suicidio es un fenómeno complejo, en sus causas y en su definición. Así, en relación con la definición de suicidio, actualmente se concibe que la conducta suicida constituye un *continuum*<sup>1,2</sup> que, al menos, incluye ideas e intenciones de suicidio, elaboración de un plan –que en muchos casos puede no existir–, consecución de los medios para llevarlo a cabo, tentativas de suicidio y, finalmente, suicidio consumado. No obstante, sólo un pequeño número de quienes intentan suicidarse llegan a completar finalmente el suicidio<sup>3</sup>. Esto ha llevado a la OMS a adoptar una terminología eminentemente descriptiva, que puede superar muchas de las limitaciones de la terminología previa. De este modo, distingue entre “comportamiento suicida mortal” y “comportamiento suicida no mortal” según los actos suicidas terminen en muerte o no.

Uno de los problemas más inmediatos de la falta de consistencia en los términos y definición de la conducta suicida es que las tasas de suicidio, o de intentos de suicidio, están sobre o infraestimadas regional, nacional e internacionalmente<sup>4</sup>. Esto causa que, en la mayoría de los casos, los datos existentes apenas puedan ser comparados.

En relación a sus causas, se considera que la etiología del comportamiento suicida es multifactorial ya que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales que interactúan entre sí, colocando a la persona en situación de alto riesgo para el comportamiento suicida<sup>2,5-7</sup>.

Según la OMS, cada año se suicida casi un millón de personas. Concretamente, en 2012 se registraron en el mundo unas 804.000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11,4 por 100.000

habitantes (15,0% para los hombres y 8,0% para las mujeres)<sup>5</sup>. El número de suicidios ha ido en aumento, de modo que en los últimos 45 años las tasas han aumentado en un 60% a nivel mundial.

Las tasas de suicidio en España han sido y continúan siendo una de las más bajas en relación a las europeas, aunque es uno de los países que ha experimentado un mayor incremento. El suicidio, con 3.910 fallecimientos (75,1% hombres), fue la principal causa externa de muerte en 2014, siendo la primera causa de muerte externa en los hombres (con una tasa de 12,9 fallecidos por cada 100.000 habitantes). En Andalucía, según las últimas cifras disponibles de 2014, fueron 784 los fallecimientos (79,2% hombres). Finalmente, por provincias andaluzas, la cifra más alta correspondió a Sevilla (170 fallecimientos, 79,5% hombres), seguida de Málaga (161 fallecimientos, 79,5% hombres).

No obstante, estas cifras relativas a las muertes por suicidio no agotan el tema ya que en ellas no se incluyen los datos relativos a los intentos de suicidio que no terminaron en muerte. De hecho, los intentos de suicidio no se incluyen en las estadísticas oficiales, cuando cada vez existen más datos sobre su importancia como factores de riesgo<sup>8-14</sup>. Harris y Barraclough<sup>15</sup> realizaron un meta-análisis de los estudios de seguimiento de la mortalidad, estimando que quienes intentaron suicidarse tenían una probabilidad de 38 (quienes lo intentaron empleando cualquier método) a 40 (quienes lo intentaron por envenenamiento) veces mayor de cometer suicidio que quienes no presentaron ningún intento.

Se considera que los intentos de suicidio son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado, produciéndose un intento de suicidio cada tres segundos. Asimismo, se estima que a nivel mundial la carga global de morbilidad en 2020 representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas<sup>5</sup>.

En Andalucía, si bien el número de suicidios ha ido disminuyendo a pesar de la crisis económica (manifestada en la tasa de desempleo), las tasas de intentos de

suicidio han aumentado desde el inicio de la misma<sup>16</sup>. Por tanto, la consideración de la conducta suicida no mortal, que incluye ideas, planes, amenazas y tentativas de suicidio, es importante para los objetivos de investigación y prevención.

Los pensamientos suicidas, a su vez, son más comunes que el suicidio, sea intentado o consumado, aunque su importancia esté aún poco clara<sup>2</sup>. Determinados estudios sobre la población general indican que las tasas de ideación suicida oscilan entre el 2,3% y el 14,1%, y los intentos de suicidio entre el 0,7% y el 2,1%, dependiendo de la definición de suicidio considerada, el periodo de seguimiento y la población estudiada<sup>13,14,17</sup>.

La presente investigación tiene como objetivo el análisis de las demandas por conducta suicida al Servicio Provincial de Urgencias y Emergencias de Málaga. Por un lado, se analizan las potenciales diferencias específicas de las llamadas por conducta suicida frente a las demandas realizadas por problemas psiquiátricos o físicos; por otro lado, se analizan las diferencias existentes entre las diferentes categorías de conducta suicida: ideación, amenazas/intentos de suicidio y suicidio consumado. La comparación entre estos tipos de demandas se realiza respecto al sexo y edad del demandante, en relación a las características espaciotemporales de las demandas así como a otros aspectos sanitarios como la movilización de recursos sanitarios o el traslado al centro hospitalario.

## MÉTODO

La presente investigación es un estudio observacional transversal de las características de las demandas por comportamiento suicida a los servicios de urgencias prehospitalarios, en la provincia de Málaga, durante el año 2008. Este estudio se ha basado en la revisión de la base de datos del sistema SIEPES, que es un sistema de gestión de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias andaluza. Este sistema integra todo tipo de comunicaciones para

contactar con el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CCUE), donde el sistema ayuda al operador y al médico de sala a tomar los datos del suceso, seleccionar el interrogatorio idóneo y elegir el mejor recurso (uvi móvil, helicóptero, etc.), en función del motivo de la demanda y la prioridad asignada. Cada una de las ocho provincias andaluzas cuenta con un CCUE. Los centros de Sevilla y Málaga se consideran de alta complejidad, gestionando en la actualidad alrededor del medio millón de demandas anuales.

La clasificación del CCUE consta de 14 categorías, que no sigue ningún sistema de clasificación internacional y que son las siguientes: Dolor no traumático, Alteraciones neurológicas y/o del nivel de la conciencia, Disnea, Traumatismos, Alteración de las constantes vitales, Psiquiátricas, Accidentes de tráfico, Gastrointestinal, Demandas de enfermería, Intoxicaciones/alergias, Hemorragias, Ginecológicas/Obstétricas/Urinarias, Urgencias ambientales/agentes externos y No clasificadas (sin información suficiente para ser incluidas en alguna de las categorías anteriores)<sup>18</sup>.

Para el presente estudio todas las llamadas se han agrupado en tres categorías: demandas por problemas psiquiátricos, demandas por conducta suicida y demandas por problemas físicos. La categoría demandas psiquiátricas incluye aspectos como: nerviosismo, incoherencia/cuadro confusional, oposicionismo, tristeza, violencia, ansiedad y otros. Todas las llamadas registradas en esta categoría referidas de algún modo a comportamiento suicida fueron incluidas en la categoría conducta suicida. De este modo, las llamadas registradas en la clasificación del CCUE dentro de la categoría de demandas psiquiátricas como tendencia a autolesión y al suicidio, ideas suicidas, amenaza de suicidio y suicidio se incluyeron en la categoría conducta suicida. Este grupo, a su vez, fue dividido en ideación suicida, amenaza/intento de suicidio y suicidio consumado/exitus (aquellas demandas que el equipo desplazado al lugar registró que la víctima había fallecido).

La tercera categoría denominada demandas por motivos físicos, estuvo compuesta por el resto de las llamadas: dolor no traumático, alteraciones neurológicas, traumatismos, alteraciones de las constantes vitales, accidentes de tráfico, gastrointestinales, etc.

Se han comparado los tres grupos de llamadas: por problemas psiquiátricos, por conducta suicida (que incluye ideación, amenazas, tentativas y suicidio consumado) y por problemas físicos en función de variables relativas al usuario, como el sexo y la edad (que también fue categorizada en intervalos: 0-15, 16-30, 31-45, 46-60, 61-75,+75), y en función de variables relativas a las demandas, como fueron las horas del día y su agrupación en franjas horarias (mañana: de 8:01 a 15:00, tarde: de 15:01 a 21:00 y noche: 21:01 a 8:00), el tipo de día (laborable y festivo), los meses del año y su agrupación en trimestres, el número de recursos movilizados (ninguno, uno y más de uno) y el tipo de resolución (traslado a un centro hospitalario o no). El mismo tipo de análisis se realizó para los tres tipos de conducta suicida por separado (ideación, amenaza/intento y suicidio consumado).

Para el análisis descriptivo de las variables se utilizaron medidas de tendencia central (media=M) y de dispersión (desviación típica=DT) para variables cuantitativas y número de casos y porcentaje para las variables cualitativas. Para la comparación entre grupos se empleó la prueba no paramétrica de independencia  $\chi^2$  cuando se trató de variables categóricas y análisis de la varianza con prueba de Scheffé para variables continuas. Se estableció el nivel de significación estadística en el 5% para todas las comparaciones.

Se realizaron análisis de regresión logística multivariante para la predicción de la probabilidad asociada a la presencia de conducta suicida (dicotomizada). Con este análisis se pretendía identificar las variables diferenciales asociadas a las demandas por conducta suicida frente a las demandas por problemas psiquiátricos y frente a las demandas por problemas físicos. Se calculó la *odds ratio* (OR) con su in-

tervalo al 95% (IC95%) para cada categoría de las variables. Debido al bajo número de suicidios consumados ( $n=22$ ), no se realizaron estos análisis de regresión para la conducta suicida desglosada en ideación, amenaza/intento y suicidio consumado. Los análisis se realizaron con el programa SPSS versión 22.0 para Windows.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Málaga Nordeste.

## RESULTADOS

La base de datos inicial constaba de 321.167 registros. Una vez depurados los datos (selección sólo de los registros que provocaron un consejo sanitario, la asignación de un recurso o una derivación a otro dispositivo; eliminación de los registros duplicados y, principalmente, de las demandas codificadas por el operador como No clasificadas), se consideraron válidas para este estudio 163.331 llamadas (54,9% mujeres). De ellas 9.951 (6,1%) fueron consideradas demandas psiquiátricas, 1.380 por conducta suicida (0,8%) y 152.000 (93,1%) por problemas físicos. En la tabla 1 se recogen las características descriptivas para los tres tipos de demandas.

### Comparación de las demandas por conducta suicida, por problemas psiquiátricos y por problemas físicos

Las demandas por conducta suicida correspondieron a personas significativamente más jóvenes ( $M=41,1$ ) que las demandas psiquiátricas ( $M=49,7$ ). Las demandas físicas correspondieron a edades más avanzadas ( $M=63,9$ ). Por rangos de edad, las demandas por conducta suicida fueron significativamente más frecuentes ( $p < 0,001$ ) que las demandas físicas y psiquiátricas, en los rangos de edad más jóvenes: 31-45 años (42,14%), 16-30 años (24%) y 46-60 años (22%), concentrándose el 88% entre los 16-60 años.

Se dio una proporción mayor de mujeres en los tres tipos de demandas, aunque sólo en las demandas psiquiátricas (62,8%)

**Tabla 1.** Características y comparación de las demandas por problemas físicos, psiquiátricos y conductas suicida en función de las variables independientes

Variables	Problemas físicos		Problemas psiquiátricos		Conductas suicidas		Significación
	n	M (DT)	n	M (DT)	n	M (DT)	p
<b>Edad</b>	152.000	63,9 (22,1) <sup>a</sup>	9.951	49,7 (21,5) <sup>b</sup>	1.380	41,1 (15,3) <sup>c</sup>	<0,001
	n	%	n	%	n	%	p
<b>Intervalos de edad</b>							
0-15	3.019	2,1 <sup>a</sup>	114	1,2 <sup>b</sup>	17	1,4 <sup>a,b</sup>	<0,001
16-30	12.844	9,1 <sup>a</sup>	1.776	18,6 <sup>b</sup>	297	24,0 <sup>c</sup>	
31-45	16.507	11,7 <sup>a</sup>	3.074	32,3 <sup>b</sup>	521	42,1 <sup>c</sup>	
46-60	18.131	13,3 <sup>a</sup>	1.605	16,9 <sup>b</sup>	272	22,0 <sup>c</sup>	
61-75	33.502	23,7 <sup>a</sup>	1.162	12,2 <sup>b</sup>	89	7,2 <sup>c</sup>	
>75	56.942	40,2 <sup>a</sup>	1.791	18,8 <sup>b</sup>	42	3,4 <sup>c</sup>	
<b>Sexo</b>							
Mujer	77.099	55,2 <sup>a</sup>	5.903	62,8 <sup>b</sup>	687	55,1 <sup>a</sup>	<0,001
Hombre	62.561	44,8 <sup>a</sup>	3.490	37,2 <sup>b</sup>	560	44,9 <sup>a</sup>	
<b>Franja Horaria</b>							
Mañana	58.769	38,7 <sup>a</sup>	3.133	31,5 <sup>b</sup>	395	28,6 <sup>c</sup>	<0,001
Tarde	54.179	35,6 <sup>a</sup>	3.779	38,0 <sup>b</sup>	541	39,2 <sup>b</sup>	
Noche	39.052	25,7 <sup>a</sup>	3.039	30,5 <sup>b</sup>	444	32,2 <sup>b</sup>	
<b>Tipo de día</b>							
Laborables	100.143	65,9 <sup>a</sup>	6.712	67,5 <sup>b</sup>	942	68,3 <sup>a,b</sup>	0,001
Festivos	51.857	34,1 <sup>a</sup>	3.239	32,5 <sup>b</sup>	438	31,7 <sup>a,b</sup>	
<b>Trimestres</b>							
Primero	35.116	23,1 <sup>a</sup>	2.080	20,9 <sup>b</sup>	276	20,0 <sup>b</sup>	<0,001
Segundo	35.857	23,6 <sup>a</sup>	2.450	24,6 <sup>b</sup>	312	22,6 <sup>b</sup>	
Tercero	40.362	26,6 <sup>a</sup>	2.848	28,6 <sup>b</sup>	399	28,9 <sup>b</sup>	
Cuarto	40.665	26,8 <sup>a,b</sup>	2.573	25,9 <sup>b</sup>	393	28,5 <sup>a</sup>	
<b>Nº recursos movilizados</b>							
Ninguno	32.530	21,4 <sup>a</sup>	4.072	40,9 <sup>b</sup>	209	15,1 <sup>c</sup>	<0,001
Uno	111.753	73,5 <sup>a</sup>	5.604	56,8 <sup>b</sup>	1.101	79,8 <sup>c</sup>	
Dos o más	7.717	5,1 <sup>a</sup>	275	2,8 <sup>b</sup>	70	5,1 <sup>a</sup>	
<b>Tipo de resolución</b>							
Traslado sanitario	51.468	33,9 <sup>a</sup>	2.180	21,9 <sup>b</sup>	781	56,6 <sup>c</sup>	<0,001
No traslado	100.532	66,1 <sup>a</sup>	7.771	78,1 <sup>b</sup>	599	43,4 <sup>c</sup>	

*Nota:* las proporciones que comparten el mismo superíndice no son estadísticamente diferentes entre sí

las diferencias fueron estadísticamente significativas, tanto en comparación con las físicas (55,2%) como frente a las demandas por conducta suicida (55,1%). Los hombres mostraron significativamente menos llamadas por problemas psiquiátricos (37,2%) que por motivos físicos (44,8%) o por conducta suicida (44,9%).

Las personas que solicitaron ayuda por conducta suicida realizaron sus llamadas más frecuentemente durante la tarde (39,2%) y la noche (32,2%), con frecuen-

cias similares a las demandas realizadas por problemas psiquiátricos; y las llamadas por problemas físicos fueron más frecuentes por las mañanas, entre las siete y las doce horas, con una frecuencia (38,7%) significativamente mayor que en los otros dos grupos.

Las demandas por conducta suicida, junto con las demandas psiquiátricas, fueron aumentando a lo largo del año, siendo en el tercer y cuarto trimestre cuando más llamadas se realizaron. Concretamente,

**Tabla 2.** Características y comparación de las demandas por conducta suicida (ideación, amenaza/intento y suicidio consumado), en función de las variables independientes

Variables	Ideación suicida		Amenaza/ Intento suicida		Suicidio consumado		Significación <i>p</i>
	<i>n</i>	M (DT)	<i>n</i>	M (DT)	<i>n</i>	M (DT)	
<b>Edad Media</b>	157	41,5 <sup>a</sup> (15,7)	1.029	40,6 <sup>a</sup> (14,9)	22	62,2 <sup>b</sup> (17,3)	<0,001
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p</i>
<b>Intervalos de edad</b>							
< 15	3	1,6 <sup>a</sup>	14	1,4 <sup>a</sup>	0	0,0 <sup>a</sup>	<0,001
16-30	46	24,6 <sup>a</sup>	251	24,4 <sup>a</sup>	0	0,0 <sup>b</sup>	
31-45	72	38,5 <sup>a</sup>	444	43,1 <sup>a</sup>	5	22,7 <sup>a</sup>	
46-60	47	25,1 <sup>a</sup>	219	21,3 <sup>a</sup>	6	27,3 <sup>a</sup>	
61-75	12	6,4 <sup>a</sup>	73	7,1 <sup>a</sup>	4	18,2 <sup>b</sup>	
>75	7	3,7 <sup>a</sup>	28	2,7 <sup>a</sup>	7	31,8 <sup>b</sup>	
<b>Sexo</b>							
Mujer	109	57,7 <sup>a</sup>	574	55,4 <sup>a</sup>	4	18,2 <sup>b</sup>	0,002
Hombre	80	42,3 <sup>a</sup>	462	44,6 <sup>a</sup>	18	81,8 <sup>b</sup>	
<b>Franja Horaria</b>							
Mañana	64	30,9 <sup>a</sup>	324	28,1 <sup>a</sup>	7	31,8 <sup>a</sup>	0,715
Tarde	85	41,1 <sup>a</sup>	448	38,9 <sup>a</sup>	8	36,4 <sup>a</sup>	
Noche	58	28,0 <sup>a</sup>	379	32,9 <sup>a</sup>	7	31,8 <sup>a</sup>	
<b>Tipo de día</b>							
Laborables	147	71,0 <sup>a</sup>	779	67,7 <sup>a</sup>	16	72,7 <sup>a</sup>	0,575
Festivos	60	29,0 <sup>a</sup>	372	32,3 <sup>a</sup>	6	27,3 <sup>a</sup>	
<b>Trimestres</b>							
Primero	57	27,5 <sup>a</sup>	215	18,7 <sup>b</sup>	4	18,2 <sup>a,b</sup>	0,023
Segundo	46	22,2 <sup>a</sup>	260	22,6 <sup>a</sup>	6	27,3 <sup>a</sup>	
Tercero	41	19,8 <sup>a</sup>	351	30,5 <sup>b</sup>	7	31,8 <sup>a,b</sup>	
Cuarto	63	30,4 <sup>a</sup>	325	28,2 <sup>a</sup>	5	22,7 <sup>a</sup>	
<b>Nº Recursos movilizados</b>							
Ninguno	31	15,0 <sup>a,b</sup>	178	15,5 <sup>b</sup>	0	0,0 <sup>a</sup>	0,385
Uno	166	80,2 <sup>a</sup>	914	79,4 <sup>a</sup>	21	95,5 <sup>a</sup>	
Dos o más	10	4,8 <sup>a</sup>	59	5,1 <sup>a</sup>	1	4,5 <sup>a</sup>	
<b>Tipo de resolución</b>							
Traslado sanitario	63	30,4 <sup>a</sup>	326	28,3 <sup>a</sup>	6	27,3 <sup>a</sup>	0,818
No traslado	144	69,6 <sup>a</sup>	825	71,7 <sup>a</sup>	16	27,3 <sup>a</sup>	

*Nota:* las proporciones que comparten el mismo superíndice no son estadísticamente diferentes entre sí.

las demandas por conducta suicida fueron significativamente más frecuentes que las demandas por problemas físicos en el tercer trimestre (28,9 vs 26,6%) y que las demandas psiquiátricas en el cuarto trimestre (28,5 vs 25,9%). El análisis por meses reveló que las llamadas se realizaron principalmente durante el mes de agosto, siendo la diferencia estadísticamente sig-

nificativa respecto a las demandas por problemas físicos.

Las demandas por conducta suicida y problemas físicos movilizaron más recursos que las demandas psiquiátricas, y las demandas por conducta suicida requirieron el traslado a un centro sanitario más frecuentemente (56,7%) que las físicas (33,9%) y psiquiátricas (21,9%).

### **Comparación de las demandas por ideación, amenaza/intento y suicidio consumado**

La demanda por conducta suicida ( $n=1.151$ ) más frecuente fue la amenaza/intento de suicidio (83,4%). Las otras dos categorías mostraron bajas frecuencias (15,0% de ideación suicida y 1,6% de suicidio consumado).

La edad arrojó diferencias estadísticamente significativas entre suicidio consumado y las otras dos categorías. Por intervalos de edad, la ideación y amenaza/intento de suicidio se suelen dar en edades más jóvenes (16-45 años), en tanto que el suicidio consumado se da más en edades avanzadas, a partir de los 61 años, pero las diferencias estadísticamente significativas sólo aparecieron para el suicidio consumado en los mayores de 75 años (Tabla 2).

Las mujeres presentaron significativamente más ideación y amenaza/intento de suicidio frente a los hombres que presentaron significativamente más suicidios consumados.

Las demandas por ideación variaron significativamente según la época del año: fueron más frecuentes que las amenazas/intentos en el primer trimestre y menos frecuentes en el tercero. El suicidio consumado no mostró diferencias respecto a las otras dos conductas en ningún trimestre del año.

### **Factores asociados a las demandas por conductas suicidas**

Se observó una probabilidad significativamente mayor de que la demanda sea por conducta suicida que por problemas psiquiátricos en todos los intervalos de edad (Tabla 3). La probabilidad fue hasta seis veces mayor en el intervalo de 31-45 años, más de cinco veces para los intervalos 46-60 y 16-30, más de cuatro veces para los menores de 15 años y, finalmente, más de dos veces para el intervalo de 61-75 años, en relación con los mayores de 75 años (categoría de referencia). La mayor probabilidad de realizar llamadas en la franja horaria aumenta a medida que avanza el día. Así, por la tarde es 1,22 ve-

ces más probable que se realicen las llamadas mientras que por la noche es 1,48 veces más probable.

Finalmente, es hasta tres veces más probable que las llamadas por suicidio movilicen algún recurso sanitario y que el demandante sea trasladado al hospital de referencia que si la demanda es psiquiátrica.

En el modelo para las demandas por conducta suicida vs. físicas (Tabla 3) el grupo de edad que presentó una mayor probabilidad fue el de 31-45 años, seguidos de los intervalos de 16-30 años, 46-60 años, 15-30 años y, finalmente, los comprendidos entre los 61-75 años, respecto a los mayores de 75 años. Las mujeres presentaron una probabilidad significativamente mayor de demandas por conducta suicida respecto a los hombres. Es más probable que las llamadas por conducta suicida se realicen por la tarde o por la noche y durante el cuarto trimestre del año. Asimismo, es significativamente más probable que movilice más de un recurso sanitario y que el demandante sea trasladado al hospital, frente a las demandas por problemas físicos.

## **DISCUSIÓN**

El objetivo de este estudio fue analizar las demandas realizadas al CCUE de la provincia de Málaga durante un año, por conducta suicida (en comparación con las demandas por problemas físicos o psiquiátricos) y dentro de la conducta suicida, analizar la ideación suicida, las amenazas/intentos de suicidio y el suicidio consumado. Los resultados de este estudio indican características diferenciales específicas principalmente entre las demandas por conducta suicida y demandas por problemas físicos y, en menor medida, frente a las demandas psiquiátricas.

El 0,84% del total de demandas fueron categorizadas como conducta suicida ( $n = 1.380$ ), porcentaje ligeramente inferior al 1,01% ( $n=1.685$ ) encontrado por Fernández-Egido y col<sup>19</sup> en el total de urgencias de la Comunidad Autónoma de Madrid. Sin embargo, este porcentaje es el doble, aún

**Tabla 3.** Factores asociados a las demandas por conductas suicida *vs* demandas psiquiátricas y *vs* demandas físicas

Variables	Demandas psiquiátricas (n = 9.353)			Demandas físicas (n = 138.950)				
	OR	IC (95%)	p	OR	IC (95%)	p		
<b>Intervalos de edad</b>								
<15	4,77	2,54	8,76	<0,001	7,78	4,40	13,74	<0,001
16-30	5,27	3,76	7,43	<0,001	31,00	22,28	43,14	<0,001
31-45	6,19	4,45	8,62	<0,001	43,43	31,52	59,84	<0,001
46-60	5,86	4,17	8,27	<0,001	19,43	13,96	27,03	<0,001
61-75	2,80	1,90	4,11	<0,001	3,60	2,49	5,22	<0,001
> 75	1				1			
<b>Sexo</b>								
Hombre	1				1			
Mujer	1,00	0,88	1,14	0,960	1,45	1,29	1,63	<0,001
<b>Franja horaria</b>								
Mañana	1				1			
Tarde	1,22	1,04	1,43	0,012	1,45	1,26	1,66	<0,001
Noche	1,48	1,25	1,74	<0,001	1,43	1,23	1,66	<0,001
<b>Tipo de día</b>								
Laborables	1				1			
Festivos	1,06	0,92	1,21	0,430	0,91	0,81	1,03	0,158
<b>Trimestres</b>								
Primero	1				1			
Segundo	0,88	0,72	1,10	0,190	1,00	0,84	1,19	0,966
Tercero	1,05	0,88	1,26	0,584	1,13	0,96	1,34	0,134
Cuarto	1,10	0,92	1,33	0,302	1,24	1,05	1,47	0,011
<b>Nº recursos movilizados</b>								
Ninguno	1				1			
Uno	3,06	2,49	3,76	<0,001	1,73	1,41	2,11	<0,001
Dos o más	3,15	2,19	4,52	<0,001	1,13	0,81	1,57	0,469
<b>Tipo de resolución</b>								
No traslado	1				1			
Traslado sanitario	3,14	2,71	3,63	<0,001	2,10	1,84	2,40	<0,001

eliminando los 22 suicidios consumados, al encontrado en Mejías y col<sup>20</sup> en Granada, que fue de 0,44% (n = 318).

Las mujeres realizaron más demandas por conducta suicida (55,1%) que los hombres (44,9%), lo que es un aspecto encontrado habitualmente en las diferentes investigaciones<sup>7,19-23</sup>, aunque no hubo diferencias con las demandas de tipo físico y sí

con respecto a las demandas psiquiátricas, donde el porcentaje de mujeres fue superior. Las mujeres mostraron significativamente más ideación o intentos de suicidio y los hombres significativamente más suicidios consumados, lo que coincide con un estudio reciente realizado en Navarra en el que los varones llevaron a cabo el 75% de los suicidios consumados<sup>24</sup>.

La edad media de 41,15±15,7 años es semejante a la encontrada por Fernández-Egido y col (40 ±16 años)<sup>19</sup>, pero superior a la encontrada en otros trabajos: 32,5 por Nogue y col<sup>25</sup>, 35 por Vázquez y col<sup>26</sup>, o 37 (mediana) por Mateos y col<sup>21</sup>. En general, suele haber bastante acuerdo en que las demandas por conducta suicida se concentran en edades jóvenes (principalmente entre los 30-50 años)<sup>7,19,20,22,26</sup>, como en el presente trabajo, en tanto que las demandas por problemas físicos se dan significativamente más en edades por encima de los 75 años. Así mismo, la ideación e intentos se dan significativamente en edades jóvenes (16-45 años), en tanto que los pocos suicidios consumados registrados se dieron en edades más elevadas, en concreto a partir de los 46 años, y especialmente en edades superiores a los 75 años.

Tanto en su distribución por meses, trimestres o estaciones del año la inconsistencia de los resultados en la mayoría de las publicaciones es muy elevada<sup>27,28</sup>. Cabe pensar que en este aspecto hay implicados diversos factores de tipo geográfico, climático, cultural y personal (biológicos y psicológicos), que operan interactivamente. En este estudio, las demandas por conducta suicida se dieron más significativamente en agosto y diciembre, en tanto que la mayoría de las publicaciones suelen hablar de la primavera o inicio del verano y apenas en diciembre<sup>6,29,30</sup>. También la conducta suicida se dio más frecuentemente por la tarde, en comparación con las demandas físicas y psiquiátricas. Ha habido intentos explicativos que pudiera dar razón de la variabilidad estacional, empezando por el mismo Durkheim<sup>28</sup> que mostró que existe una relación inversa entre la fortaleza de los vínculos sociales (y particularmente los vínculos familiares) y la propensión para el suicidio. De este modo, proponía que las fluctuaciones correrían paralelas a los ritmos de la vida social, al considerar que los meses de agosto y diciembre (por las vacaciones y las fiestas de Navidad) son meses de gran actividad social, pudiéndose producir el suicidio de aquellas personas que no tengan dicha actividad.

Finalmente, la mayoría de las urgencias por conducta suicida suponen un alto cos-

te económico, ya que frecuentemente movilizaron más de un recurso y requirieron traslado al hospital, tal como ha sido descrito en otras investigaciones<sup>19,20</sup>.

En el presente estudio hay que destacar una serie de limitaciones importantes. La primera limitación tiene que ver con lo indicado por De Leo y col<sup>4</sup> sobre los problemas derivados de la definición de conducta suicida y, por consiguiente, de la precisión del registro. Concretamente en nuestro estudio, entraña una gran dificultad la evaluación precisa de la conducta suicida por teléfono y la subsiguiente toma de decisiones. Esto ha podido suponer que se hayan registrado como intentos de suicidio conductas que, pudiendo denominarse suicidas, no son estrictamente intentos de suicidio o que se hayan registrado como intentos aquellos que posteriormente terminaron en muerte en el hospital. De este modo, contrasta el relativamente bajo número de llamadas por ideación y de casos registrados como suicidio consumado frente a las llamadas por amenaza o intento de suicidio. La segunda limitación importante se debe a que el sistema de clasificación del CCUE no sigue un sistema internacional, por ejemplo la Clasificación Internacional de Enfermedades, de modo que los datos puedan ser comparables en otras comunidades y con otros estudios internacionales. La tercera limitación es que se trata de un estudio descriptivo que utiliza información que inicialmente no fue diseñada para la investigación, lo que puede repercutir en la fiabilidad de los datos, sin embargo presenta la ventaja de que los datos están recogidos a partir de la práctica clínica diaria y que corresponden a todas las demandas realizadas en Málaga, por lo que consideramos que son representativos de la realidad asistencial de las urgencias extrahospitalarias en esta provincia.

Independientemente de estas limitaciones e introduciendo todas las mejoras pertinentes, especialmente en la clasificación y registro de las llamadas, la existencia de líneas telefónicas disponibles para los usuarios con problemas de comportamiento suicida durante 24 horas al día hay que considerarlas de gran importancia para a la

prevención. Este trabajo, en la misma línea de trabajos similares, vuelve a mostrar que existen características diferenciales en las demandas por conducta suicida que revisten una especial relevancia para la prevención del suicidio.

En conclusión, los resultados indicaron características diferenciales de las llamadas por conducta suicida potencialmente relevantes para la prevención del suicidio. Se puede decir que las personas que realizan demandas al servicio provincial de Urgencias y Emergencias de Málaga por conducta suicida son preferentemente más jóvenes, mujeres, llaman con más asiduidad por la tarde-noche, movilizan más de un recurso sanitario y son trasladadas más frecuentemente a un centro sanitario que las personas que realizan demandas psiquiátricas o físicas. Por el contrario, las demandas por suicidio consumado se dan más frecuentemente en edades más avanzadas y en varones que las demandas por ideación y amenaza/intento de suicidio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. HAVE M, DE GRAAF R, VAN DORSSELAER J, VERDURMEN H, VAN'T LAND S, VOLLEBERH W et al. Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. *Can J Psychiatry* 2009; 54: 824-833.
2. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Publicado en 2003. [apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf). Consultado el 3 de diciembre de 2015.
3. Organización Mundial de la Salud. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Publicado en 2012. [http://www.who.int/mental\\_health/publications/prevention\\_suicide\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/). Consultado el 5 de abril de 2016.
4. DE LEO D, BURGIS S, BERTOLOTE JM, KERKHOFF AJFM, BILLE-BRAHE U. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre study. *Crisis* 2006; 27: 4-15.
5. Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide: a global imperative. Publicado en 2014. [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/). Consultado el 15 de marzo de 2016.
6. FERNÁNDEZ-NIÑO JA, ASTUDILLO-GARCÍA CI, BOJORQUEZ-CHAPELA I, MORALES-CARMONA E, MONTOYA-RODRIGUEZ AA, PALACIO-MEJIA LS. The Mexican cycle of suicide: A national analysis of seasonality, 2000-2013. *PLoS One* 2016; 11: 2000-2013. doi: 10.1371/journal.pone.0146495
7. GABILONDO A, ALONSO J, PINTO-MEZA A, VILAGUT G, FERNÁNDEZ A, SERRANO-BLANCO A et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin (Barc)* 2007; 129: 494-500.
8. BEAUTRAIS AL. Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 1-11.
9. COOPER J, KAPUR N, WEBB R, LAWLOR M, GUTHRIE E, MACKWAY-JONES K et al. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 297-303.
10. GAIRIN I, HOUSE A, OWENS D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 28-33.
11. OWENS D, HORROCKS J, HOUSE A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 193-199.
12. SCOCCO P, DE GIROLAMO G, VILAGUT G, ALONSO J. Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders-World Mental Health study. *Compr Psychiatry* 2008; 49: 13-21.
13. SUOMINEN K, ISOMETSÄ E, SUOKAS J, HAUKKA J, ACHE K, LÖNNQVIST J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 562-563.
14. WANG AG, MORTENSEN G. Core features of repeated suicidal behaviour: a long term follow-up after suicide attempts in a low-suicide-incidence population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 103-107.
15. HARRIS EC, BARRACLOUGH BM. Suicide as an outcome for medical disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-228.
16. CÓRDOBA-DOÑA JA, SAN SEBASTIÁN M, ESCOBAR-PUJOLAR A, MARTÍNEZ-FAURE J, GUSTAFSSON PE. Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, Southern Spain. *Int J Equity Health* 2014; 13:55.
17. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 617-626.
18. GUZMÁN-PARRA J, MARTÍNEZ-GARCÍA A.I., GUILLÉN-BENÍTEZ C, CASTRO-ZAMUDIO S, JIMÉNEZ-HERNÁNDEZ M, MORENO-KÜSTNER B. Factores asociados a

- las demandas psiquiátricas a los servicios de urgencias extra-hospitalarios de Málaga (España). *Salud Ment* 2016; 39: 287-294.
19. FERNÁNDEZ-EGIDO C, GARCÍA-HERRERO G, ROMERO-GARCÍA R, MARQUINA-SANTOS J. Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias. *Emergencias* 2008; 20: 328-331.
  20. MEJÍAS Y, GARCÍA-CARO M, SCHMIDT J, QUERO A, GORLAT B. Estudio preliminar de las características del intento de suicidio en la provincia de Granada. *An Sist Sanit Navar* 2011; 34: 431-441.
  21. MATEOS AA, HUERTA A, BENITO MA. Características epidemiológicas del intento autolítico por fármacos. *Emergencias* 2007; 19: 251-254.
  22. NOCK MK, BORGES G, BROMET EJ, ALONSO J, ANGERMEYER M, BEAUTRAIS A et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 98-105.
  23. GALLEGO JCF, PÁRAMO M, GUDE F. Perfil de los intentos de suicidio en el servicio de urgencias de un hospital. *Psiquis* 1999; 20: 1-7.
  24. AZCÁRATE L, PEINADO R, BLANCON M, GOÑI A, CUESTA MJ, PRADINI I et al. Características de los suicidios consumados en Navarra en función del sexo (2010-2013). *An Sist Sanit Navar* 2015; 38: 9-20.
  25. NOGUE S, RUIZ J, CARMONA J, MILLA J. Epidemiología de la tentativa de suicidio en el Servicio de Urgencias. *Emergencias* 1989; 1: 5-8.
  26. VÁZQUEZ LIMA MJ, ALVAREZ RODRÍGUEZ C, LÓPEZ-RIVADULLA LAMAS M, CRUZ LANDEIRA A, ABELLÁS ALVAREZ C. Epidemiology of suicide attempts in a public health care area: the perspective of an emergency medical service. *Emergencias* 2012; 24: 121-125.
  27. GABENESH H. When promises fail : a theory of temporal fluctuations in suicide. *Soc Forces* 1988; 67: 129-145.
  28. DURKHEIM, E. *Le suicide*. Paris: PUF, 2002.
  29. AJDACIC-GROSS V, BOPP M, RING M, GUTZWILLER F, ROSSLER W. Seasonality in suicide—a review and search of new concepts for explaining the heterogeneous phenomena. *Soc Sci Med* 2010; 71: 657-666.
  30. ROEHNER BM. How can one explain changes in the monthly pattern of suicide? *Physica A* 2015; 424: 350-362.

