

Tentativa suicida versus intención suicida: un estudio de las características diferenciales

FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, C.*; SÁIZ MARTÍNEZ, P. A.**; GONZÁLEZ G-PORTILLA, M. P.**; GONZÁLEZ SEIJO, J. C.* y BOBES GARCÍA, J.**

* Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias. ** Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.

Attempted suicide versus suicidal ideation: A study of differential characteristics

Resumen

Introducción: *Las conductas suicidas son consideradas, a nivel internacional, un grave problema de salud, y por ello se multiplican los trabajos encaminados a la búsqueda de factores que puedan influir en las mismas.*

Objetivos: *Determinar si existen diferencias entre los pacientes que realizan un acto suicida y aquellos que sólo lo manifiestan como intención.*

Pacientes y método: *Durante los años 1997-98 se entrevistó a un total 134 pacientes ingresados en la unidad de Psiquiatría del Hospital de Jove (Gijón), por tentativa de suicidio (n= 49), ideación suicida (n= 38) y otros trastornos psiquiátricos –grupo control– (n= 47). Todos los pacientes cumplimentaron un «Protocolo de Investigación de la Conducta Suicida», con diversas variables sociodemográficas y clínicas, además de las Escalas de Ideación Suicida, Escala de Desesperanza, Escala de Hamilton para la Depresión y Cuestionario de Personalidad de Eysenck-Versión de Adultos.*

Resultados: *No se encontraron diferencias significativas, entre los grupos de ideación y tentativa, en las variables sociodemográficas o clínicas estudiadas. Ambos grupos (ideación y tentativa) sólo se diferencian en la intensidad de la desesperanza, medida a través de la escala de Beck (mayor en el grupo de ideación) y la inestabilidad emocional, en el sexo femenino (mayor también en el grupo de ideación).*

Palabras clave: *Tentativa suicida. Ideación suicida. Estudio caso-control.*

Summary

Introduction: *Suicidal behaviours are internationally considered as a serious health problem and, consequently, considerable efforts are being made in the search for factors related with this behaviour.*

Objectives: *To determine if there are any differences between those who attempted suicide and those with suicidal ideation.*

Patients and method: *During 1997-98, we interviewed a total of 134 patients hospitalised due to attempted suicide (n= 49), suicidal ideation (n= 38), and a control group made up of other psychiatric patients (n= 47) in the Psychiatric Unit of the Hospital de Jove (Gijón). All patients completed the «Protocol for Investigation of Suicidal Behaviour» which contains different sociodemographic and clinical variables, and the Scale for Suicide Ideation, Hopelessness Scale, Hamilton Depression Rating Scale, and Eysenck Personality Questionnaire-Adult form.*

Results: *No significant differences were found in sociodemographic or clinical variables between the suicidal ideation and attempted suicide groups. Only the intensity of hopelessness as measured on the Beck scale (greater in the suicidal ideation group) and emotional instability in females (also greater in the suicidal ideation group) are the variables which differentiate those who present suicidal ideation and those who attempt suicide.*

Key words: *Attempted suicide. Suicide ideation. Case-control study.*

El aumento de las conductas suicidas en las últimas décadas ha llevado a los organismos internacionales a plantearse una reducción de las mismas. Así lo tienen reflejado la OMS en su objetivo número 12 para Europa en el año 2000, y el documento Healthy People 2000 en EE. UU.

Las tasas españolas de tentativas de suicidio son menores que las del resto de países europeos (1, 2), con variaciones según las regiones (3), pero no por ello deben de dejar preocuparnos: sabemos que una historia de

amenazas y tentativas de suicidio es un factor de riesgo y un potente predictor de futuras tentativas y suicidios (4, 5). Además, un alto porcentaje de pacientes suele acudir a su médico o psiquiatra los días previos (6). Los clínicos que trabajamos en hospitales de referencia nos encontramos con estas situaciones, que hemos de valorar adecuadamente para decidir sobre el tratamiento y protección más oportuna en cada caso. Hemos de tener en mente los factores de riesgo importantes, que se analizan con detalle en dos recientes monografías (7, 8).

TABLA I Factores sociodemográficos

	<i>Tentativa</i>		<i>Ideación</i>		<i>Control</i>	
<i>Sexo [N (%)]</i>						
Varón	25	(51)	18	(47,4)	27	(57,4)
Mujer	24	(49)	20	(52,6)	20	(42,6)
<i>Edad [X (SD)]</i>	39,1	(15,6)	42,5	(16,9)	39,4	(14,3)
<i>Lugar nacimiento [N (%)]</i>						
Gijón	22	(44,9)	11	(28,9)	19	(40,4)
Resto de Asturias	12	(24,5)	17	(44,7)	16	(34)
España	13	(26,5)	7	(18,4)	9	(19,1)
Extranjero	2	(4,1)	3	(7,9)	3	(6,4)
<i>Estado civil [N (%)]</i>						
Solteros	18	(36,7)	15	(39,5)	22	(46,8)
Casados/Pareja estable	25	(51)	14	(36,8)	18	(38,3)
Viudos	2	(4,1)	2	(5,3)	1	(2,1)
Separados	4	(8,2)	7	(18,4)	6	(12,8)
<i>Nivel educativo [N (%)]</i>						
Sin estudios	6	(12,2)	3	(7,9)	4	(8,5)
Estudios Primarios	26	(53,1)	24	(63,2)	29	(61,7)
Bachiller/Formación Profesional	15	(30,6)	9	(23,7)	10	(21,3)
Diplomado/Licenciado	2	(4,1)	2	(5,3)	4	(8,5)
<i>Actividad laboral [N (%)]</i>						
Activos	7	(14,3)	7	(18,4)	8	(17)
Inactivos	34	(69,4)	22	(57,9)	32	(68,1)
Amas de casa	6	(12,2)	6	(15,8)	6	(12,8)
Estudiantes	2	(4,1)	3	(7,9)	1	(2,1)
<i>Nivel socioeconómico [N (%)]</i>						
Media-Alta	2	(4,1)	1	(2,6)	5	(10,6)
Media-Media	20	(40,8)	15	(39,5)	14	(29,8)
Media-Baja	22	(44,9)	17	(44,7)	23	(48,9)
Baja-Baja	5	(10,2)	5	(13,2)	5	(10,6)
<i>Convivencia [N (%)]</i>						
Familia	39	(79,6)	31	(81,6)	41	(87,2)
Solo	6	(12,2)	7	(18,4)	4	(8,5)
Institución/Amigos	4	(8,2)	0	(0)	2	(4,3)

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos.

Los datos que aportan las publicaciones nacionales (9, 10) e internacionales (11) nos dan un perfil similar de los pacientes que cometen una tentativa de suicidio: mujeres jóvenes, solteras, estudiantes o amas de casa, que elige la intoxicación medicamentosa, con pocas probabilidades de éxito y diagnosticada de trastorno adaptativo. Pero también hay un subgrupo de pacientes, de características diferentes que podíamos considerar como «suicidios frustrados» (12): varones, de mayor edad, con mayor planificación, usando métodos de alta letalidad, y presentando una menor psicopatología del carácter. Finalmente otros no relacionan claramente la letalidad del método con la intencionalidad de la conducta (13).

Por otra parte, se ha señalado un continuun desde la ideación hasta el acto, en el que intervienen distintas variables (14), denominado también síndrome presuicida, que se caracterizaría por un progresivo estrechamiento y reducción del ámbito de vida psíquico, un pensamiento rígido y dicotómico que restringe la capacidad de ver alternativas, una inhibición de los impulsos agresivos, humor depresivo, desesperanza y desesperación, insoporta-

ble dolor psicológico con impotencia y desamparo. A nivel comunitario los factores de riesgo para personas con ideación o tentativa de suicidio parecen ser los mismos (15) pero a nivel hospitalario se ha encontrado alguna diferencia (16).

PACIENTES Y MÉTODO

La muestra se ha extraído de los pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría del Hospital de Jove, Gijón, en los años 1997 y 1998. Han sido 49 pacientes que realizaron un intento de suicidio, 38 con ideación suicida expresa (hayan ingresado o no por este motivo) y un grupo control formado por 47 pacientes de la similar edad y sexo, que no hayan ingresado por realizar una tentativa ni presenten ideación suicida.

Adoptamos la definición de la OMS: «Acto suicida es el hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos; suicidio la muerte que resulta de un acto

TABLA II Antecedentes familiares

	<i>Tentativa</i>	<i>Ideación</i>	<i>Control</i>	<i>p</i>
Af. psiquiátricos [N (%)]	40 (81,6)	34 (89,5)	37 (78,7)	
Af. suicidio [N (%)]	6 (12,2)	6 (15,8)	9 (19,1)	
Af. tentativas [N (%)]	6 (12,2)	11 (28,9) ^a	5 (10,6) ^a	0,047*

* Chi cuadrado; a= grupos con diferencias estadísticamente significativas.

suicida, e intento de suicidio el acto suicida cuyo resultado no fue la muerte».

De forma voluntaria han cumplimentado el «Protocolo de Investigación sobre Conducta Suicida» diseñado por el Área de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo y los Servicios de Salud Mental de Principado de Asturias, en el que se recogen variables sociodemográficas, antecedentes personales, antecedentes familiares, diagnóstico (CIE-10), y varios instrumentos de evaluación: Escala de ideación suicida de Beck (17), Escala de Desesperanza de Beck (18), Escala Hamilton de Depresión (19) y Cuestionario de Personalidad EPQ-A (20).

El procesamiento estadístico de los datos fue realizado mediante el Paquete Estadístico de Ciencias Sociales SPSS. En el análisis estadístico de las variables cuantitativas se utilizó el test t de Student para muestras independientes o un análisis de la varianza (Anova Oneway), utilizando el test de Duncan para clarificar la naturaleza de los hallazgos realizados tras la realización del anova. Para las variables cualitativas se utilizó la prueba chi cuadrado con corrección de Yates, siempre que ello ha sido posible y el test exacto de Fisher. El nivel de significación estadística fue en todos los casos del 5%.

RESULTADOS

Los principales datos sociodemográficos se exponen en la tabla I, y en ninguno de ellos hay diferencias significativas entre los grupos. Los porcentajes de hombres y mujeres son prácticamente idénticos, con un leve predominio del sexo masculino en las tentativas, y rozan todos la cuarentena. Predominan en general los nacidos en la ciudad y su concejo, y los solteros, viudos y separados,

excepto en el grupo de tentativas. Más de dos tercios no realizaron estudios o se quedaron en los primarios. Los porcentajes de activos (excluidos amas de casa y estudiantes) no llegan al 20%, y pertenecen casi todos a las clases media-media o media-baja. Conviven con la familia la mayoría de los pacientes.

En la tabla II se muestran los antecedentes familiares. Se presenta patología psiquiátrica familiar en un alto porcentaje de los casos. Los intentos de suicidio previos o suicidios consumados en los familiares muestran cifras nada desdeñables. Pero tampoco hay diferencias significativas entre el grupo de tentativas o el de ideación (sólo éste último grupo se diferencia del control en su mayor número de antecedentes familiares de tentativas, $p=0,047$).

Los antecedentes personales se resumen en la tabla III. Casi todos los pacientes tienen antecedentes personales psiquiátricos, y más del 60% estuvieron ingresados previamente. Hay altos porcentajes de enfermedad somática, que varían del 37 al 59% según los grupos y las pérdidas familiares tempranas lo hacen entre el 14 y el 23% de nuestra muestra. Entre un tercio y la mitad de la misma consume tóxicos de manera perjudicial (alcohol y otros, excepto tabaco). Sin embargo, todos estos antecedentes personales son similares en el grupo de tentativas e ideación. Incluso la existencia de tentativas previas y el número de estas sólo diferencia al grupo de tentativas del grupo control ($p=0,001$ y $p=0,02$ respectivamente).

Los grupos diagnósticos (CIE-10) se presentan en la tabla IV. Predominan en el grupo de tentativas los trastornos afectivos, seguido de los trastornos de personalidad y trastornos psicóticos, mientras que en el grupo de ideación se mantiene primero el grupo de trastornos

TABLA III Antecedentes personales

	<i>Tentativa</i>	<i>Ideación</i>	<i>Control</i>	<i>P</i>
A. P. psiquiátricos [N (%)]	49 (100)	35 (92,1)	43 (91,5)	
Tentativas previas [N (%)]	33 (67,3) ^a	19 (50)	14 (29,8) ^a	0,001*
N.º tent. previas [X (Sd)]	1,7 (2,4) ^a	1,1 (2)	0,7 (1,6) ^a	0,020**
Ingresos previos [N (%)]	34 (69,4)	23 (60,5)	29 (61,7)	
Enferm. somática [N (%)]	29 (59,2)	14 (36,8)	22 (46,8)	
Pérdidas precoces [N (%)]	7 (14,3)	9 (23,7)	7 (14,9)	
Consumo tóxicos [N (%)]	23 (46,9)	13 (34,2)	16 (34)	

* Chi cuadrado; ** Anova de un factor con test de Duncan; a= grupos con diferencias estadísticamente significativas.

TABLA IV Diagnóstico

Diagnóstico CIE-10 [N(%)]	Tentativa	Ideación	Control	p
Orgánicos	1 (2)	0 (0)	1 (2,1)	0,003*
Tóxicos	2 (4,1)	3 (7,9)	4 (8,5)	
Psicosis	12 (24,5) ^a	9 (23,7) ^b	29 (61,7) ^{a, b}	
Afectivos	15 (30,6)	12 (31,6)	6 (12,8)	
Neuróticos	5 (10,2)	6 (15,8)	4 (8,5)	
Fisiológicos	0 (0)	2 (5,3)	0 (0)	
Personalidad	14 (28,6)	6 (15,8)	3 (6,4)	

* Chi cuadrado; a, b= grupos con diferencias estadísticamente significativas.

afectivos, pero en segundo lugar los trastornos psicóticos y en tercer lugar empatados los trastornos de personalidad y trastornos neuróticos. Únicamente se observan diferencias estadísticamente significativas en el caso de los trastornos psicóticos, más abundantes en el grupo control que en los de ideación o tentativas.

Los datos de la valoración psicométrica se presentan en la tabla V. Los grupos de tentativa e ideación no se diferencian en la intensidad de la ideación suicida, que es algo superior en el grupo de tentativas.

La escala de desesperanza de Beck parece discriminar claramente los tres grupos estudiados ($p= 0,000$), aumentando la intensidad desde el grupo control (4 puntos - desesperanza nula) hasta el grupo de tentativa (8,1 puntos, cercano a los 10 que son señalados por el autor como de riesgo para pasar al acto) y el grupo de ideación (10,8 puntos).

La intensidad de la depresión medida por la escala de Hamilton es casi igual en los grupos de ideación (17,8 puntos) y tentativas (17,9 puntos), a tan sólo medio punto de «depresión mayor». Para esta escala se observan diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,000$) entre estos dos grupos -ideación y tentativas- y el grupo control (9,2 puntos).

Los varones del grupo de ideación obtienen puntuaciones más elevadas en la subescala de neuroticismo del EPQ que los del grupo de tentativas (percentiles 90 y 80, respectivamente), y todavía más elevadas que las del gru-

po control, si bien sólo se observan diferencias estadísticamente significativas entre los controles y los otros dos grupos -ideación y tentativas- ($p= 0,003$). Por otra parte, los tres grupos obtienen puntuaciones bajas en la subescala de extroversión (percentiles 30 y 45) y altos en la de psicoticismo (percentiles 80 y 85), pero sin diferencias significativas.

En las mujeres se repiten los mismos hechos, pero esta vez las diferencias ya son significativas entre los grupos de ideación y tentativas en la escala de neuroticismo ($p= 0,006$), y de estos dos grupos con el de control en la escala de extroversión ($p= 0,003$).

DISCUSIÓN

A la vista de nuestros resultados podemos decir que los pacientes ingresados por tentativas e ideación suicida presentan un perfil sociodemográfico similar. El sexo no sirve de discriminante, y si bien como manifestamos anteriormente las mujeres suelen realizar más tentativas, autores como Mann et al (21) o en la revisión citada de Soto Loza y Ruiz Otazo (9) encuentran el sexo contrario en pacientes ingresados por tentativas. La edad media en ambos grupos también es similar a la media de los estudios internacionales para las tentativas: 38,1 años da Bille-Brahe (22). El estado civil, que parece más determinado en los suicidios consumados, no lo parece tanto para

TABLA V Valoración psicométrica

	Tentativa	Ideación	Control	p	
Escala Ideación [X (SD)]	13,5 (6,9)	11,6 (6,8)			
Escala Desesperanza [X (SD)]	8,1 (5) ^{a,c}	10,8 (5,5) ^{b,c}	4,3 (3,8) ^{a,b}	0,000*	
Escala Depresión [X (SD)]	17,9 (5,7) ^b	17,8 (6,4) ^a	9,2 (5,2) ^{a,b}	0,000*	
<i>EPQ-A</i>					
<i>Neuroticismo</i>	Hombres	17,2 (5,3) ^a	19,1 (3,2) ^b	13,8 (5,9) ^{a,b}	0,003*
	Mujeres	17,8 (4,8) ^b	20,6 (3,1) ^{a,b}	15,8 (5,5) ^a	0,006*
<i>Extroversión</i>	Hombres	10,1 (4,8)	9,9 (4,7)	11,4 (4,3)	
	Mujeres	7,7 (5,6) ^b	6,7 (3,5) ^a	11,7 (4,1) ^{a,b}	0,003*
<i>Psicoticismo</i>	Hombres	4,2 (2,7)	5,1 (2,1)	4,5 (2,6)	
	Mujeres	5,1 (2,9)	4,6 (1,9)	4,6 (1,9)	

* Anova de un factor con test de Duncan; a, b, c = grupos con diferencias estadísticamente significativas.

las tentativas (23) o la ideación (24). En nuestros datos predominan los casados en las tentativas y los solteros en ideación, pero sin diferencias significativas. Coincidimos con Schmidtke et al (2) en que la presentación de tentativas es más frecuente en aquellos pacientes con nivel medio o bajo de estudios, media o baja clase social y escasa actividad laboral. No obstante, no encontramos diferencias, en estos parámetros, entre el grupo de tentativas y el de ideación, lo cual coincide con lo reportado previamente por Hintikka et al (25).

Tanto el alto nivel de patología psiquiátrica (26, 27), como el de conductas suicidas en familiares de pacientes con tentativas (28, 29) son hechos bien establecidos, que también se reflejan en los grupos estudiados por nosotros, no siendo por tanto útiles como buenos diferenciadores entre ambos grupos.

Los antecedentes personales considerados en nuestro estudio tampoco nos sirven para diferenciar al grupo de tentativas del de ideación, y tal como sugiere Hagnell (30) las conductas suicidas se presentan casi exclusivamente en sujetos con patología mental. Nuestros pacientes tienen mayores porcentajes de enfermedad somática que los estudiados por Holley et al (31) o Vilhjalmsson et al (24). Fernández Rivas et al (32, 33) revisan recientemente la controversia sobre pérdidas tempranas en tentativas, sugiriendo que la relación con los padres es más importante que las pérdidas, y así en nuestros datos tampoco hay diferencias entre los grupos de conductas suicidas y resto de pacientes ingresados. También las altas cifras de consumo de tóxicos –entre un tercio y la mitad de la muestra– coinciden con las aportadas por Franco Martín et al en Zamora (29). Finalmente el número de tentativas previas es similar a las referidas por Bille-Brahe en el estudio multicéntrico de la OMS (22) o los datos nacionales de Álvarez Méndez et al (28), y diferencian al grupo de tentativas del grupo control, pero no al de ideación.

En cuanto a las categorías diagnósticas, nuestros datos son congruentes con los de Holley et al (31) y Franco Martín et al (29), con un predominio de trastornos afectivos, trastornos de personalidad y trastornos psicóticos. Las diferencias significativas sólo existen con el grupo control a nivel de los trastornos psicóticos. Es decir, el diagnóstico es similar en los pacientes con ideación o con tentativa de suicidio.

Finalmente, en la valoración psicométrica es donde encontramos alguna diferencia entre los grupos de ideación y tentativas. En ambos la intensidad de la ideación suicida es similar y coincide con los datos previamente aportados por Beck et al (17). Sin embargo, sí existen diferencias en la intensidad de la desesperanza, que sigue un gradiente descendente desde el grupo de ideación, al de tentativas y al de control. Podemos explicar la menor puntuación en el grupo de tentativas, puesto que ya pasaron al acto y parte de los componentes vivenciales previos al mismo disminuyen en intensidad. Algunos autores como Lester (34) opinan que la intensidad de la desesperanza es un factor de riesgo mayor que la depresión. En este sentido parecen ir nuestros datos: mientras que en la

escala de desesperanza, como ya se ha mostrado con anterioridad, hay diferencias significativas entre los grupos de ideación (mayor puntuación, antes de pasar al acto) y tentativa (menos puntuación, posterior al acto), en la escala de depresión, nuestros grupos de tentativas e ideación sólo se diferencian en una décima en su puntuación (a medio punto de «depresión mayor»). La depresión, tal y como está bien establecido (25, 35, 36) y nosotros confirmamos tanto con el diagnóstico como con la puntuación obtenida en la escala de Hamilton, influye claramente en la conducta e ideación suicida, siendo estadísticamente significativas las diferencias entre estos dos grupos y el grupo control.

Autores como Roy (37) refieren valores altos de neuroticismo y bajos de extraversión en el cuestionario de personalidad EPQ en pacientes con tentativas de suicidio, pero no diferencian entre hombres y mujeres. Nordström (38) señala un aumento del neuroticismo y psicoticismo, también sin diferenciar sexo. Nuestros datos se muestran de acuerdo en parte: los pacientes varones con ideación puntúan más alto en neuroticismo que los que han cometido tentativa o los del grupo control (si bien sólo encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de ideación y tentativas con el grupo control). En las mujeres ocurre algo similar, si bien en ellas sí que se observan diferencias significativas entre el grupo de tentativa e ideación. Es decir, las mujeres con ideación suicida se muestran más inestables emocionalmente que las que han pasado al acto. Asimismo las mujeres con conducta e ideación suicida serían más introvertidas que el resto de pacientes ingresadas.

A la vista de nuestros resultados, podemos concluir que las diferencias entre pacientes ingresados por tentativa de suicidio y los ingresados por ideación son fundamentalmente de tipo psicopatológico. Así, el grupo de tentativas se caracteriza por una menor intensidad de la desesperanza, y un menor grado de inestabilidad emocional, si bien esto último sólo se aprecia dentro del sexo femenino.

Consideramos, por último, que estas conclusiones previas deberían de ser confirmadas, al menos en lo que al grupo de ideación respecta, mediante la realización de estudios con diferente diseño, en que se valorasen dichos factores antes y después del ingreso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Platt S, Bille Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, et al. Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:97-104.
2. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rate, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the QWHO/EURO multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:327-38.

3. Iglesias García C, Álvarez Riesgo JA. Un estudio del suicidio en Asturias: incremento de la frecuencia en las dos últimas décadas. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27: 217-22.
4. Isometsa ET, Lonnqvist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry* 1998;173: 531-5.
5. Sohlman B, Lehtinen V. Mortality among discharged psychiatric patients in Finland. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:102-9.
6. Madoz-Gurpide A, Baca-García E, Díaz Sastre C, Cerverino A, Guerrero D, Saiz J. Demanda de asistencia previa al intento de suicidio. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:329-33.
7. Bobes García J, González Seijo JC, Saiz Martínez PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson; 1997.
8. Ros Montalbán S. La conducta suicida. Madrid: Editorial Libro del Año; 1997.
9. Soto Loza AA, Ruiz Otazo A. Epidemiología del suicidio en España. *Monogr Psiquiatr* 1995;7:14-20.
10. Tejedor Azpeitia MC, Díaz Pérez AM, Álvarez Martínez E, Castilon Zazurca JJ, Perica Y, Hosta JM. Intento de suicidio: cambios epidemiológicos entre 1969-1996. Estudio retrospectivo de 1.150 casos. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:292-8.
11. Cosar B, Kocal N, Arikian Z, Isik E. Suicide attempts among Turkish psychiatric patients. *Can J Psychiatry* 1997;42:1072-5.
12. Mann JJ. Psychobiologic predictors of suicide. *J Clin Psychiatry* 1987;48(Supl, 12):39-43.
13. Hernández Martínez J, Jeri Gutiérrez CE, Arnaldos Herrero JD. Tentativa de suicidio en el Hospital General. Casuística. *An Psiquiatría* 1989;5:43-8.
14. Bobes J, Saiz Martínez PA, González García-Portilla MP, Bousoño García M. Depresión y conducta suicida. En: Ayuso Gutiérrez JL, Saiz Ruiz J, coord. Depresión, visión actual. Madrid: Grupo Aula Médica; 1997.
15. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:617-26.
16. McCann JT, Gergelis RE. Utility of the MCMI-II in assessing suicide risk. *J Clin Psychol* 1990;46:764-70.
17. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicidal Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979;47:343-82.
18. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychology* 1975;42:861-5.
19. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:51-6.
20. Eysenck HK, Eysenck SBH. *Manual of Eysenck Personality Inventory*. London: University of London Press; 1964.
21. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999;156:181-9.
22. Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D, Schmidtke A, Crepet P, Lonnqvist J, et al. A repetition-prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first report from Part II of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide in co-operation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:81-6.
23. González García-Portilla MP, Saiz Martínez PA, Bobes García J, González-Quiros Corujo P. Factores sociodemográficos. En: Bobes García J, González Seijo JC, Saiz Martínez PA, eds. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson; 1997.
24. Vilhjalmsón R, Kristjansdóttir G, Sveinbjarnardóttir E. Factors associated with suicide ideation in adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:97-103.
25. Hintikka J, Kontula O, Saarinen P, Transkanen A, Koskela D, Viinamaki H. Debt and suicidal behaviour in the Finnish general population. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:493-6.
26. González Seijo JC, Ramos Vicente YM, Lastra Martínez I, De Dios Vega JL, Carbonell Masia C. Factores familiares en las tentativas de suicidio de adolescentes. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1996;24:12-8.
27. Johnson BA, Brent DA, Bridge J, Connolly J. The familial aggregation of adolescence suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97:18-24.
28. Álvarez Méndez MJ, Martínez Hernández M, Delgado Criado M, Areses Troncoso E, De Gregorio González C. Epidemiología del intento autolítico en el Área IX de Salud Mental de la CAM. *Psiquiatr Públ* 1997;9: 250-9.
29. Franco Martín MA, Monforte Porto JA, Fernández Rojo C, Díez Boizas J. Intentos de suicidio en Zamora. Estudio retrospectivo de los años 1989-1994. *Psiquis* 1997;18:208-17.
30. Hagnell O, Lanke J, Rorsman B. Suicide rates in the Lundby study: mental illness as a risk factor for suicide. *Neuropsychobiology* 1981;7:248-53.
31. Holley HL, Fick G, Love EJ. Suicide following an inpatient hospitalization for a suicide attempt: a Canadian follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:543-51.
32. Fernández Rivas A, González Torres MA, Mondragón MS, Noguera B, Lasa A. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck aplicada a una muestra de tentativas de suicidio de adolescentes y adultos jóvenes. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil* 1995;1:45-51.
33. Fernández Rivas A, González Torres MA, Lasa Zulueta A. Aspectos diferenciales de las familias de adolescentes y jóvenes adultos que realizan tentativas de suicidio. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1998;26:97-103.
34. Lester D. *Why people kill themselves*. Springfield: Charles Thomas; 1983.
35. Krupinski M, Fischer A, Grohmann R, Engel R, Hollweg M, Moller HJ. Risk factors for suicides of inpatients with depressive psychoses. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998;248:141-7.

36. Goodwin FK, Jamison KR. Suicide. En: Goodwin FK, Jamison KR, eds. Manic-depressive illness. Oxford University Press; 1990.
37. Roy A. Is introversion a risk factor for suicidal behavior in depression? *Psychol Med* 1998;28:1457-61.
38. Nordstrom P, Schalling D, Asberg M. Temperamental vulnerability in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:155-60.

Correspondencia
C. Fernández González
San Bernardo, 48, 3.º
33201 Gijón
E-mail: cfernang@telecable.es