



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ORIGINAL

Análisis de la mortalidad prematura por suicidio en España en el periodo 2016-2020



J.M. Rosales-Crespo^{a,b,c,1}, C. Lagares-Franco^{d,e,f,*,1}, J. Almenara-Barrios^{e,f,g,1},
M. Rojas-Ariza^{b,1} y C. O'Ferrall-González^{b,c,f,1}

^a Servicio de Salud Mental, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, España

^b Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

^c Grupo PAIDI CTS391: Grupo Multidisciplinario para el Progreso de la Salud Mental, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

^d Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

^e Grupo PAIDI CTS553: Sistemas de Información Sanitaria, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

^f Instituto de Investigación e Innovación en Ciencias Biomédicas (INIBICA), Grupo CO15, Población y Salud: Determinantes e Intervenciones, Cádiz, España

^g Departamento de Biomedicina, Biotecnología y Salud Pública, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

Recibido el 29 de septiembre de 2024; aceptado el 13 de noviembre de 2024

Disponible en Internet el 20 de diciembre de 2024

PALABRAS CLAVE

Suicidio;
Métodos de suicidio;
Años potenciales de vida perdidos;
Esperanza de vida;
Razón de mortalidad por sexo

Resumen

Objetivo: Cuantificar la pérdida de vida por suicidio en España frente al resto de causas de muerte y tipificar las diferencias por sexo y método elegido para provocar la muerte.

Métodos: Estudio observacional con datos retrospectivos de mortalidad que analiza los 2.175.334 registros de defunción en España en el periodo 2016-2020 facilitados por el Instituto Nacional de Estadística. Se calcularon los años potenciales de vida perdidos (APVP), APVP promedio, la razón de APVP y la esperanza de vida (EV) por suicidio según el sexo y el método letal empleado. Se compararon estos indicadores con el resto de las causas de muerte.

Resultados: El promedio de APVP por suicidio fue de 28 años, solo superado por enfermedades relacionadas con la infancia y el embarazo. La EV se situó entre los 46,7 y 68 años encontrando que las principales diferencias en relación con el sexo están vinculadas al método de suicidio empleado, con razones de APVP situadas entre 0,9 (envenenamiento por alcohol) y 27 (disparo de arma corta).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carolina.lagares@uca.es (C. Lagares-Franco).

¹ J.M. Rosales-Crespo, J. Almenara-Barrios, C. Lagares-Franco y C. O'Ferrall-González han participado en la concepción y el diseño del estudio, el análisis y la interpretación de los datos. J.M. Rosales-Crespo ha participado en la recogida de datos. J.M. Rosales-Crespo, C. Lagares-Franco, C. O'Ferrall-González y M. Rojas-Ariza han participado en la escritura del artículo. J.M. Rosales-Crespo, J. Almenara-Barrios, C. O'Ferrall-González, M. Rojas-Ariza y C. Lagares-Franco han participado en la revisión y aprobación de la versión definitiva del documento.

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2024.102433>

1138-3593/© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Conclusiones: En el periodo de estudio en España, el suicidio se constituye como la primera causa de mortalidad prematura evitable. Las estrategias preventivas deberían incluir necesariamente el análisis de los posibles métodos al alcance de las personas en riesgo de autolisis en función del sexo.

© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Suicide;
Methods of suicide;
Potential years of life lost;
Life expectancy;
Sex-specific mortality rate

Analysis of premature mortality due to suicide in Spain in the period 2016-2020

Abstract

Objective: To quantify the loss of life due to suicide in Spain compared to other causes of death and to typify the differences by sex and method chosen to caused death.

Methods: Observational study with retrospective mortality data analysing the 2,175,334 death records in Spain in the period 2016-2020 provided by the National Institute of Statistics. Potential years of life lost, average potential years of life lost, the ratio of potential years of life lost and life expectancy due to suicide were calculated according to sex and the lethal method used. These indicators were compared with the other causes of death.

Results: The average number of potential years of life lost due to suicide was 28 years, second only to childhood and pregnancy-related diseases. Life expectancy ranged from 46.7 to 68 years, finding that the main differences in relation to sex were linked to the method of suicide used, with ratios of potential years of life lost ranging from 0.9 (alcohol poisoning) to 27 (shooting with a short weapon).

Conclusions: In the study period in Spain, suicide is the leading cause of preventable premature mortality. Preventive strategies should necessarily include the analysis of possible methods available to people at risk of self-harm according to gender.

© 2024 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El suicidio es un fenómeno muy complejo en el que intervienen factores asociados a diferentes problemáticas sociales, a distintos perfiles psicológicos o a trastornos de salud mental¹. Cada año se producen en el mundo más de 700.000 muertes por suicidio, siendo esta una cifra infraestimada debido a las limitaciones de las estadísticas nacionales e internacionales para registrar muchos de los casos de suicidio consumado².

Se sitúa entre las principales causas de muerte violenta en el mundo, concretamente representa el 50% de todas ellas en hombres y el 71% en mujeres³. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que supone más del 2% de la carga de morbilidad en el mundo⁴, por lo que es considerado como un problema de salud pública de elevada magnitud a nivel mundial².

En España, estudios recientes coinciden en que el suicidio es un problema de salud pública creciente y sociosanitario de primer orden⁵. Los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de España indican que en el año 2021 la tasa de suicidio se situó en 8,45 por 100.000 habitantes con un total de 4.003 defunciones, situándola como la primera causa de mortalidad externa superando a los accidentes de tráfico⁶.

Por otra parte, el suicidio contribuye a la mortalidad prematura situándose como la cuarta causa de muerte entre los

jóvenes de 15 a 29 años, además, más de la mitad de las muertes por suicidio anuales se producen en el intervalo de edad de 40 a 64 años⁷.

En este sentido, en los últimos años, se han llevado a cabo investigaciones a nivel internacional que tratan de cuantificar y poner de manifiesto un aumento del riesgo de mortalidad prematura en personas que fallecen por suicidio⁷. Sin embargo, a pesar de la creciente magnitud de este problema, la evidencia en términos de mortalidad prematura por suicidio en España es escasa. La falta de datos precisos dificulta la comprensión del impacto que tiene en la sociedad⁸, limitando además la implementación de estrategias efectivas de prevención y promoción de la salud mental.

Este estudio aborda esta brecha de conocimiento al cuantificar la pérdida de vida por suicidio en España entre los años 2016 y 2020 en comparación con otras causas de muerte, analizando las diferencias por sexo y por método letal empleado, utilizando para ello indicadores específicos de mortalidad prematura como son los años potenciales de vida perdidos (APVP) y la esperanza de vida (EV)⁹. De este modo, mediante el uso de estos indicadores, este trabajo pretende proporcionar una información más clara de la magnitud del problema.

A nivel de Atención Primaria de salud (AP) pretende ser una herramienta para la concienciación de los profesionales, siguiendo las directrices marcadas por la OMS¹⁰. Además, en consonancia con las líneas de actuación de la Agenda

2030 para el Desarrollo Sostenible¹¹, este estudio ofrece una visión del impacto del suicidio en la mortalidad prematura en España que puede favorecer la formulación de políticas públicas de prevención y fomentar un enfoque integral y efectivo en la lucha contra este fenómeno devastador.

Material y método

Se trata de un estudio observacional retrospectivo basado en el cálculo de la mortalidad prematura que hace referencia a las muertes acaecidas a una edad más temprana de lo esperado para una población dada, en concreto, se refiere a la pérdida de años de vida que resulta de fallecimientos que ocurren a edades relativamente jóvenes¹². Se utilizaron los datos procedentes de los registros de defunciones ocurridas en España en el periodo 2016-2020, proporcionados por el INE. Las causas de muerte estuvieron codificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10.^a revisión (CIE-10)¹³. Se seleccionaron los registros en cuya causa de defunción se encontraba codificada una muerte por suicidio, en concreto, los códigos X69-X84 (grupo de lesiones autoinfligidas intencionalmente).

Se analizaron el sexo, la edad, la causa de muerte y el método empleado en el suicidio, calculando los APVP y la EV como indicadores específicos de mortalidad prematura. La EV es el promedio de años que podría vivir una persona si se mantienen las tendencias actuales en las tasas de mortalidad específicas por edad¹⁴, mientras que los APVP miden el número de años que una persona podría haber vivido según la EV y no lo hizo por fallecer de manera prematura¹⁵.

Para el cálculo de los APVP se estableció como intervalo de edad el comprendido entre uno y 79 años ajustándonos a los límites establecidos por el INE para determinar este indicador. Se calculó el número de APVP absolutos y promedio, denominado APVP medios (APVPM), utilizando las fórmulas habituales para estos indicadores¹⁶. Una forma simplificada de expresar la fórmula que permite su cálculo es la siguiente:

$$APVP = \sum_{i=l}^L [(L-i) \cdot d_i] \quad (1)$$

Donde L es la edad límite superior establecida; l , es la edad límite inferior establecida; i , es la edad a la que se produce el fallecimiento y; d_i , el número de defunciones en cada intervalo de edad.

$$APVPM = \frac{N^{\circ} \text{ total APVP}}{N^{\circ} \text{ total defunciones}} \quad (2)$$

Para estimar la EV se utilizó el método propuesto por Sullivan¹⁷ que combina la mortalidad y la morbilidad en la misma tabla de vida o tabla de mortalidad, a partir de la prevalencia observada del evento o fenómeno de estudio. Para la construcción de las tablas de mortalidad fue necesaria la distribución de defunciones por edad y la distribución por edades de la población objeto de estudio. El cálculo de la EV se obtuvo del cociente entre el total de años por vivir a partir de una edad x y el número de supervivientes a la edad

Años Potenciales de Vida Perdidos

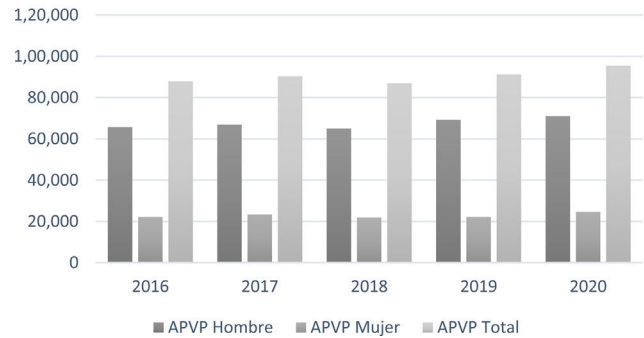


Figura 1 Distribución de los años potenciales de vida perdidos por año y sexo

Fuente: INE. Elaboración propia, 2024.

APVP: años potenciales de vida perdidos.

x , siendo la edad utilizada 0 o EV al nacer, cuya expresión matemática es:

$$EV = \frac{\sum L_x}{l_x} \quad (3)$$

Donde L_x es el número total de años vividos en el intervalo de edad ($x, x+n$) y l_x son los supervivientes en la edad exacta x .

Los cálculos de los APVP, APVPM y EV se realizaron en función del sexo y el método empleado para el suicidio. Además, se realizó una comparación entre las cifras de APVP, APVPM y EV en las personas que fallecieron por suicidio con estos mismos indicadores para el resto de las causas de muerte agrupadas en función de los distintos capítulos de la CIE-10 en el periodo 2016-2020.

Para llevar a cabo el cálculo de los distintos indicadores se utilizó el programa estadístico Epidat 4.2 (Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, España).

Resultados

En el periodo 2016-2020 se produjeron en España un total de 18.430 defunciones por suicidio lo que supone una tasa media anual de 7,87 personas por cada 100.000 habitantes, de los cuales 13.718 (74,43%) corresponden al sexo masculino. La distribución de los APVP por sexo y año puede observarse en la figura 1. La tabla 1 especifica, para las mismas variables, las cifras de APVP y las de APVPM y EV. Se observa que en el periodo de estudio se perdieron un total de 451.756 años siendo el promedio igual 28,33 años. El año 2020 concentra un mayor número de APVP, sin embargo, en 2017 se alcanza el mayor número de APVPM. Con respecto al sexo, son los hombres los que obtienen cifras más elevadas de APVP en los cinco años de estudio, estando la EV más igualada en ambos grupos.

La tabla 2 recoge la distribución de cifras totales de APVP, APVPM y EV en el periodo objeto de estudio en función de la causa de suicidio, así como las cifras de APVP y APVPM en función del sexo. En ella se observa que las causas con mayor número de APVP son ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación; saltar desde un lugar elevado y envenenamiento por otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y

Tabla 1 Años potenciales de vida perdidos, años potenciales de vida perdidos medios y esperanza de vida en personas que fallecieron por suicidio en España en el periodo 2016-2020 en función del sexo

Año	APVP			APVPM			EV		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
2016	65.660	22.156	87.816	28,50	27,70	28,29	56,2	56,46	56,27
2017	66.900	23.432	90.332	29,01	27,25	28,53	56,34	56,33	56,34
2018	65.013	21.837	86.850	28,83	27,30	28,43	56,1	57,2	56,38
2019	69.111	22.176	91.286	28,59	27,75	28,38	55,95	56,14	56
2020	70.901	24.571	95.472	28,25	27,42	28,03	56,87	56,67	56,82
Total	337.584	114.172	451.756	28,63	27,48	28,33	56,3	56,55	56,37

Fuente: INE. Elaboración propia, 2024.

APVP: años potenciales de vida perdidos; APVPM: años potenciales de vida perdidos medios; EV: esperanza de vida.

los no especificados. Estas causas difieren de las que proporcionan mayores cifras de APVPM: envenenamiento por narcóticos y psicodislépticos no clasificados en otra parte; colisión de vehículo de motor y envenenamiento por otros gases y vapores. Con respecto a la EV, las cifras más bajas se obtienen para las mismas causas que los APVPM, aunque no en el mismo orden. Con respecto al sexo, tanto en hombres como mujeres, las causas que arrojan mayor número de APVP son ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación y saltar desde un lugar elevado. En el caso de los APVPM las causas que acumulan mayores cifras en hombres son: envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a narcóticos y psicodislépticos, no clasificados en otra parte; envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a otros gases y vapores y lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor; mientras que en el caso de las mujeres las principales causas son: lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta; envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo y lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.

Se compararon las cifras de APVP de nuestra muestra con las cifras de APVP para el resto de las causas de muerte durante el mismo periodo en España (tabla 3), situándose el suicidio como sexta causa con más años perdidos. Sin embargo, en relación con los APVPM se posiciona en cuarto lugar, por detrás de enfermedades propias del embarazo, parto y puerperio; afecciones originadas en el periodo perinatal; y malformaciones congénitas. Este patrón se repite cuando se analiza la EV.

Discusión

Este estudio evidencia que el promedio de APVP por suicidio supera al resto de las causas de muerte con excepción de las que están relacionadas con el embarazo y la infancia. Las diferencias por sexo se centran en los métodos de suicidio empleados con una razón de prevalencia mayor para el uso de armas en los hombres y de envenenamiento por alcohol en las mujeres. La EV se sitúa en torno a los 56 años manteniéndose estable y sin diferencias por sexo ni a lo largo del periodo de estudio. Además, tal y como señalan la OMS² y el Observatorio del Suicidio en España¹⁸, se constata que, por cada mujer fallecida, se suicidan tres hombres.

En valores absolutos, es en 2020 cuando se alcanza el mayor número de APVP, coincidiendo con el primer año de pandemia que provocó una gran mortalidad por COVID-19. Esta pandemia supuso una importante repercusión en la salud mental de la población con un aumento de síntomas depresivos, ansiedad e insomnio¹⁹, lo que se relaciona con un incremento del riesgo de suicidio, tal y como demuestran varios estudios internacionales^{20,21}. Este resultado revela la necesidad de intensificar la atención a la salud mental y al riesgo de suicidio en tiempo de crisis y estrés social²².

Es importante destacar que el aumento de cifras de APVP durante la pandemia por COVID-19 podría ser debido a un efecto cosecha²³ durante el periodo de confinamiento. Por ello, se han calculado los APVP y APVPM en 2021, que muestran un aumento de las cifras de APVP en 2021 con 98.395 años perdidos y un promedio de APVP de 28,24 años. Este aumento en las cifras de APVP permite descartar la hipótesis de la influencia de un efecto cosecha en las muertes por suicidio durante el periodo de confinamiento por COVID-19.

Por otra parte, este estudio es consistente con la tendencia global de tasas de suicidio más elevadas en hombres que en mujeres², aportando además una valoración cuantitativa del número de años de vida que se pierden de forma prematura y evidencia la necesidad de desarrollar programas y políticas de prevención que tengan en cuenta estas diferencias^{24,25}.

Al desglosar las causas de suicidio, tal y como indica el Observatorio del Suicidio en España¹⁸, se observa que los métodos como el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, y saltar desde un lugar elevado, proporcionan un mayor número de APVP para ambos sexos. Sin embargo, el análisis de los métodos de suicidio pone de manifiesto que ninguno de ellos predomina en las mujeres, observando diferencias muy marcadas en los hombres en algunos casos. En concreto, en el disparo de armas largas, por cada año de vida perdido en la mujer el hombre pierde 27 años.

Comparando la mortalidad prematura por suicidio con otras causas de muerte, se observa que este se posiciona como la sexta causa de APVP en el periodo estudiado. Sin embargo, cuando se considera el promedio de APVP por cada defunción, en la que se tiene en cuenta el número de personas fallecidas por cada causa, y la EV, el suicidio ocupa la cuarta posición. Esto refleja la edad temprana a la que se producen las muertes por suicidio²⁶.

Tabla 2 Años potenciales de vida perdidos, años potenciales de vida perdidos medios y esperanza de vida en personas fallecidas en España en el periodo 2016-2020 en función de la causa de suicidio

Causa de suicidio	APVP			Razón APVP hombre /mujer	APVPM			EV
	Hombre	Mujer	Total		Hombre	Mujer	Total	
X60- Envenenamiento por analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos	471	377	848	1,2	29,44	29,00	29,24	57,29
X61- Envenenamiento por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte	5.490	4.615	10.104	1,2	30,00	25,22	27,61	54,59
X62- Envenenamiento por narcóticos y psicodislépticos, no clasificados en otra parte	1.686	466	2.152	3,6	35,13	29,13	33,63	46,74
X63- Envenenamiento por otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo	244	143	387	1,7	30,50	35,75	32,25	51,78
X64- Envenenamiento por otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados	16.925	13.397	30.321	1,3	29,54	27,51	28,60	53,34
X65- Envenenamiento por alcohol	431	484	915	0,9	28,73	30,25	29,52	51,16
X66- Envenenamiento por disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores	169	162	331	1,0	21,13	27,00	23,64	61,24
X67- Envenenamiento por otros gases y vapores	6.747	932	7.679	7,2	32,59	31,07	32,40	49,52
X68- Envenenamiento por plaguicidas	644	69	713	9,3	20,13	23,00	20,37	68,02
X69- Envenenamiento por otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados	4.352	3.412	7.764	1,3	26,54	23,37	25,05	60,94
X70- Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	173.335	36.753	210.087	4,7	28,55	30,35	28,85	55,98
X71- Ahogamiento y sumersión	4.569	2.904	7.473	1,6	18,88	18,38	18,68	67,41
X72- Disparo de arma corta	4.483	166	4.649	27,0	26,68	41,50	27,03	56,14
X73- Disparo de rifle, escopeta y arma larga	5.909	246	6.154	24,0	25,58	35,14	25,86	57,02
X74- Disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas	10.232	503	10.735	20,3	27,29	31,44	27,46	54,74
X75- Material explosivo	82	34	115	2,4	16,40	34,00	19,17	65,29
X76- Humo, fuego y llamas	1.124	525	1.649	2,1	28,10	29,17	28,43	53,15
X77- Vapor de agua, otros vapores y objetos calientes	-	-	-	-	-	-	-	-
X78- Objeto cortante	8.045	1.435	9.479	5,6	26,55	22,08	25,76	59,63
X79- Objeto romo o sin filo	-	-	-	-	-	-	-	-
X80- Saltar desde un lugar elevado	72.504	40.139	112.643	1,8	29,89	26,18	28,45	57,17
X81- Arrojar o colocarse delante de objeto en movimiento	7.417	2.738	10.155	2,7	29,91	34,23	30,96	51,94
X82- Colisión de vehículo de motor	3.165	734	3.899	4,3	32,30	34,95	32,76	50,94
X83- Otros medios especificados	1.121	285	1.406	3,9	31,14	21,92	28,69	57,60
X84- Otros medios no especificados	12.663	5.490	18.153	2,3	29,31	28,59	29,09	55,01

Fuente: INE. Elaboración propia, 2024.

APVP: Años potenciales de vida perdidos; APVPM: años potenciales de vida perdidos medios; EV: esperanza de vida

La disminución en la EV observada supone la pérdida de una población en edad laboral activa, que conlleva, además del sufrimiento personal, un coste social y económico añadido. El conocimiento de los métodos más empleados que

aporta este estudio, así como las diferencias entre hombres y mujeres debe tenerse en cuenta en el diseño de los programas de prevención, en consonancia con las directrices marcadas por la OMS²⁷.

Tabla 3 Años potenciales de vida perdidos, años potenciales de vida perdidos medios y esperanza de vida por las distintas causas de muerte comparados con el suicidio en el periodo 2016-2020

Grupo diagnóstico	APVP 2016-2020	Grupo diagnóstico	APVPM 2016-2020	Grupo diagnóstico	EV2016-2020
II. Tumores	4.745.281	XV. Embarazo, parto y puerperio	44,25	XV. Embarazo, parto y puerperio	36,07
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	2.079.010	XVI. Afecciones originadas en el periodo perinatal	41,55	XVI. Afecciones originadas en el periodo perinatal	37,61
XX. Causas externas de mortalidad	1.253.736	XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	29,90	XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	54,87
X. Enfermedades del sistema respiratorio	658.878	Suicidio	28,33	Suicidio	56,37
XI. Enfermedades del sistema digestivo	616.171	XX. Causas externas de mortalidad	26,40	XX. Causas externas de mortalidad	67,17
Suicidio	451.756	XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	19,02	II. Tumores	74,12
VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	432.606	III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	15,01	XI. Enfermedades del sistema digestivo	78,53
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	429.525	I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	14,80	XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	79,08
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	303.789	XI. Enfermedades del sistema digestivo	14,07	I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	81,03
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	228.017	II. Tumores	13,88	III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	81,27
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	106.415	IX. Enfermedades del sistema circulatorio	12,15	IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	81,98
V. Trastornos mentales y del comportamiento	98.350	VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso central y de los órganos de los sentidos	11,96	VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso central y de los órganos de los sentidos	82,03
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	75.659	IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11,38	IX. Enfermedades del sistema circulatorio	82,11
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	50.441	XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	10,95	X. Enfermedades del sistema respiratorio	83,07

Tabla 3 (continuación)

Grupo diagnóstico	APVP 2016-2020	Grupo diagnóstico	APVPM 2016-2020	Grupo diagnóstico	EV2016-2020
III. Enfermedades sangre y de órganos hematopoyéticos	43.382	X. Enfermedades del sistema respiratorio	10,74	XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	84,65
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	14.558	XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	9,12	XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	84,89
XVI. Afecciones originadas en el periodo perinatal	5.650	XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	8,67	XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	85,01
XV. Embarazo, parto y puerperio	2.253	V. Trastornos mentales y del comportamiento	7,88	V. Trastornos mentales y del comportamiento	86,57

Fuente: INE. Elaboración propia, 2024.

APVP: años potenciales de vida perdidos; APVPM: años potenciales de vida perdidos medios; EV: esperanza de vida.

Los resultados obtenidos en este estudio están en consonancia con los encontrados en otros países que evalúan el impacto del suicidio por edad y sexo en términos de EV²⁸ o APVP^{29,30}. En España, está constatado el exceso de mortalidad y mortalidad prematura en pacientes con esquizofrenia³¹, uno de los factores de riesgo más prevalentes de suicidio. Sin embargo, no hay estudios que cuantifiquen la mortalidad prematura por suicidio en términos de APVP y EV estableciendo diferencias por sexo u otras causas de mortalidad.

Como destaca tanto la OMS¹⁰ como la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria³², la AP se constituye como eje fundamental para la prevención del suicidio en el sistema sanitario. Atendiendo a los datos de suicidio en este estudio y a la cifra de médicos de AP proporcionada en el último informe anual del Sistema Nacional de Salud³³, podemos estimar que existe una probabilidad del 49,92% de que un médico de AP se encuentre con un caso de suicidio cada cinco años. Por tanto, la AP se constituye como el primer nivel de atención a las personas que muestran conductas suicidas, por ello, resulta fundamental elaborar programas formativos destinados a los profesionales de la AP con el objetivo de mejorar la atención en prevención del suicidio y aumentar la concienciación de estos profesionales. En este sentido, este estudio se constituye como una herramienta que cuantifica la magnitud y la gravedad de la conducta suicida.

Este estudio muestra el impacto del suicidio en las cifras de mortalidad prematura, además, es importante destacar que la conducta suicida no solo incluye el suicidio consumado, sino que detrás de cada suicidio existen diversas tentativas suicidas consideradas como el principal factor predictor de esta conducta³⁴. El fenómeno del suicidio está influenciado por diversos factores biopsicosociales³⁵, es por ello, que resulta fundamental continuar ampliando este campo de investigación y tratar de dilucidar los distintos perfiles de riesgo para la conducta suicida con especial énfasis en el perfil profesional, ya que se ha constatado que los factores ocupacionales juegan un papel fundamental como factor de riesgo³⁶. Por todo ello, ahondar en el conocimiento de los perfiles de riesgo de los pacientes suicidas, realizar

un seguimiento cercano con el apoyo de enfermería, permitir alertar por escrito del riesgo suicida en los Sistemas de Información Sanitaria y considerar los potenciales métodos letales de los que disponen a su alcance los pacientes, abordándolos con ellos y sus familias, pueden constituir valiosas herramientas preventivas.

En definitiva, los registros de defunción confirman que el suicidio se sitúa como la principal causa de mortalidad prematura, medida en cifras de APVP y EV, por delante de las principales enfermedades crónicas y causas externas de mortalidad. Los métodos de suicidio empleados son los que establecen las principales diferencias en relación con el sexo.

Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, aunque los datos son robustos, existe la posibilidad de que algunas defunciones no se hayan codificado adecuadamente como suicidios sino como defunciones accidentales, lo que provoca una subnotificación³⁷.

Por otra parte, el cálculo de la EV puede verse afectado por el efecto de cohorte durante el último año de estudio por la pandemia de COVID-19, que se ha asociado con un aumento en las tasas de suicidio, lo que podría haber subestimado la EV. Finalmente, también como consecuencia de la pandemia sufrida en 2020, la EV pudo verse afectada por el efecto tempo, que alerta sobre las posibles alteraciones en las tasas de mortalidad anuales.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Hawton K, Pirkis J. Suicide is a complex problem that requires a range of prevention initiatives and methods of evaluation. *Br J Psychiatry*. 2017;210:381–3, <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.116.197459>.
- World Health Organization. Suicide. Ginebra: WHO; 2021 [consultado 9 May 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Ginebra: WHO; 2014 [consultado 9 May 2024]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/.
- World Health Organization. World Suicide Prevention Day. Ginebra: WHO; 2012 [consultado 9 May 2024]. Disponible en: <https://www.emro.who.int/media/news/suicide-prevention-day2012.html>.
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Salud mental y salud pública en España: Vigilancia epidemiológica. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2018.
- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. INE: 2022. [consultado 16 May 2024]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf.
- Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15:1425.
- Navarrete EM, Herrera J, Leon P. Los límites de la prevención del suicidio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019;39:193–214, <http://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100011>.
- Mazzucco S, Suhrcke M, Zanotto L. How to measure premature mortality? A proposal combining «relative» and «absolute» approaches. *Popul Health Metr*. 2021;19:41–54.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra: OMS; 2000.
- Gobierno, España. Mapa de indicadores de la Agenda 2030 en España. España: Gobierno de España; 2021 [consultado 16 May 2024] Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/ODS/es/index.htm>
- Martínez R, Soliz P, Caixeta R, Ordunez P. Años de vida perdidos por muerte prematura: una medida versátil y abarcadora para el monitoreo de la mortalidad por enfermedades no transmisibles. *Rev Panam Salud Públ*. 2019;43:1–10, <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyy254>.
- World Health Organization. The International Classification of Diseases, 10th Revision. Geneva: WHO; 1992.
- Salomon JA, Mathers CD, Murray CJ, Ferguson B. Methods for life expectancy and healthy life expectancy uncertainty analysis. Ginebra: World Health Organization; 2001.
- Romeder JM, McWhinnie JR. Potential Years of Life Lost Between Ages 1 and 70: An Indicator of Premature Mortality for Health Planning. *Int J Epidemiol*. 1977;6:143–51, <http://dx.doi.org/10.1093/ije/6.2.143>.
- Gardner JW, Sanborn JS. Years of potential life lost (YPLL) - what does it measure? *Epidemiology*. 1990;1:322–9, <http://dx.doi.org/10.1097/00001648-199007000-00012>.
- Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Rep*. 1971;86:347–54, <http://dx.doi.org/10.2307/4594169>.
- Observatorio del Suicidio en España. Suicidios en España 2022. Madrid: Fundación Española para la Prevención del Suicidio; 2023.
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912–20.
- Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:468–71.
- Leske S, Kølves K, Crompton D, Arensman E, de Leo D. Realtime suicide mortality data from police reports in Queensland Australia, during the COVID-19 pandemic: An interrupted timeseries analysis. *Lancet Psychiatry*. 2021;8:58–63.
- Bones K, Pérez K, Rodríguez M, Borrell C, Obiols J. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la encuesta nacional de salud de España. *Psicothema*. 2010;22:389–95.
- Cerquea A, Letta M, Raitano M. Was there a COVID-19 harvesting effect in Northern Italy? *arXiv*. 2021;1, <http://dx.doi.org/10.48550/arXiv.2103.01812>.
- Chang Q, Yip P, Chen YY. Gender inequality and suicide gender ratios in the world. *J Affect Disord*. 2019;243:297–304, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.032>.
- Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health*. 2019;64:265–83, <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>.
- Navarro-Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*. 2017;28:25–31, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002>.
- World Health Organization. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: Health Organization; 2021.
- Sagna AO, Kemp MLS, DiNitto DM, Choi NG. Impact of suicide mortality on life expectancy in the United States, 2011 and 2015: age and sex decomposition. *Public Health*. 2020;179:76–83, <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2019.09.024>.
- Law CK, Chen YY. The Economic and Potential Years of Life Lost from Suicide in Taiwan, 1997–2007. *Crisis*. 2011;32:152–9, <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000070>.
- Aghazadeh-Attari J, EntezarMahdi R, Ahmadvadeh J, Mobaraki K, Mansorian B, Karimi H, et al. The Burden of Premature Mortality Related to Suicide in West Azerbaijan from 2014 to 2016. *Crisis*. 2019;40:407–12, <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000581>.
- Moreno-Küstner B, Guzman-Parra J, Pardo Y, Sanchidrián Y, Díaz-Ruiz S, Mayoral-Cleries F. Excess mortality in patients with schizophrenia spectrum disorders in Malaga (Spain): A cohort study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2021;4:e11, <http://dx.doi.org/10.1017/S2045796020001146>.
- Sociedad Española de Medicina de Familia, Comunitaria. Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: SEMFYC; 2008.
- Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024.
- Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1035–43, <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035>.
- Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373:1372–81.
- Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2003;203:409–16.
- Barbería E, Gispert R, Gallo B, Ribas G, Puigdefàbregas A, Freitas A, et al. Improving suicide mortality statistics in Tarragona (Catalonia Spain) between 2004–2012. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11:227–33, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.05.004>.