



VNIVERSITATIS VALÈNCIAE

Trabajo de fin de master:

**ESTUDIO DE MORBI-MORTALIDAD DEL SUICIDIO, DEPRESIÓN Y NIVEL
ECONÓMICO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.**

Estudiante: **Gabriela Llanos**

Tutor: **Dr. José Luis Alfonso**

Master de Salud Pública y Gestión Sanitaria

Universidad de Valencia

2015 - 2016

*Cuando un hombre es libre, cuando se tiene a sí mismo y a su propia vida, le resulta
más fácil combatir la locura.*

*Cuando hablo de libertad, hablo de libertad de trabajar, de ganarse el sustento, y esta
es ya una forma de lucha contra la locura.*

Franco Basaglia, 1979.

La condena de ser loco y pobre

Dedicatoria

Agradezco y dedico este trabajo a todas las personas y situaciones que me hicieron comprender que la desigualdad crea injusticias, y éstas a su vez crean la crisis, la cual la podemos experimentar en nuestro cuerpo y emociones.

Esa es la enfermedad, esa es la locura.

Entonces la sanación no viene en un envase, sino que está en el cambio de la sociedad misma.

Esa es la lucha.

INDICE

RESUMEN	6
I. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Depresión y Suicidio	8
1.1.1. Definición de depresión y de suicidio	11
1.1.2. Factores asociados a la depresión y al suicidio	15
1.1.3. Prevención de la depresión y el suicidio	17
1.2. La salud mental en el Sistema de Salud de España	20
1.3. Conflicto psíquico y conflicto social	21
1.4. Macroeconomía y salud	24
1.4.1. Crisis económica en España	24
II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	26
2.2. Objetivo General	26
2.3. Objetivos Específicos	26
2.4. Hipótesis	26
III. MÉTODO	27
3.1. Estudio	27
3.2. Población	27
3.3. Fuentes	27
3.4. Datos	27
3.5. Variables	27
3.5.1. Definición de variables	28
3.5.2. Registro de las variables	29
3.6. Gestión de datos	30
3.7. Calculo del tamaño de la muestra	30
3.8. Estrategia de análisis de datos	30
IV. RESULTADOS	31
4.2. Análisis descriptivo	31
4.2.1. Población	31
4.2.2. Tasa de actividad	32
4.2.3. Tasa de desempleo	33
4.2.4. Producto Interior Bruto	35
4.2.5. Tasa de suicidio	36
• Provincia de residencia	37
• Mes de suicidio	39
• Sexo	40
• Causa de muerte	43
• Nacionalidad	45
• Estado civil	46
• Grupo de edad	46
4.2.6. Tasa de depresión	50
• Año	50
• Diagnóstico	51
• Provincia de residencia	52

• Sexo	53
• Grupos de edad	55
• Mes de atención	59
4.3. Análisis relacional	60
4.3.1. Correlaciones	60
4.3.2. Regresión lineal simple	61
• Tasa de suicidio y tasa de desempleo	61
• Tasa de depresión y producto interior bruto	62
4.3.3. Regresión lineal múltiple	63
• Tasa de depresión de la Comunidad Valenciana	63
• Tasa de suicidio de la Comunidad Valenciana	65
V. DISCUSIÓN	68
VI. CONCLUSIONES	77
VII. BIBLIOGRAFIA	78

RESUMEN

Introducción. La salud mental no solo es la ausencia de una enfermedad, sino que es un estado de bienestar. Sin embargo, las personas pueden presentar diversos problemas, como la depresión y los intentos autolíticos.

Para una comprensión integral de la salud mental, se requiere el análisis de todos los factores relacionados. La presente investigación se basa en el estudio de los factores económicos y su relación con la depresión y el suicidio.

Material y métodos. Es un estudio epidemiológico observacional, longitudinal retrospectivo, con datos poblacionales sobre depresión, suicidio y nivel económico en la Comunidad Valenciana entre los años 2005 y 2014. La fuente de información fue el Instituto Nacional de Estadística.

Se realizó una estadística descriptiva de todas las variables (media, distribución de frecuencias y tasas por población). También una estadística analítica mediante regresión simple y múltiple, además se ajustaron las rectas de regresión para ver las interacciones y el posible efecto confusor.

Resultados. Mayor tasa de depresión en los años 2010 al 2014. Castellón es la provincia con mayor tasa (9,17), sin embargo, existe un aumento en Valencia. Mayor tasa para las mujeres (9,61, vs. hombres 6,13) y en los adultos entre 40 y 64 años (11,53). Mayor porcentaje para el trastorno depresivo mayor episodio Único (58,3%), y en los meses de verano (junio 9,4% y julio 9,0%).

Mayor tasa de suicidio en los años 2009, 2010 y 2012. Castellón es la provincia con mayor tasa (8,37), sin embargo, se aprecia un aumento en Alicante. Mayor tasa para los hombres (11,42, vs. mujeres 3,96), y adultos mayores (13,82). Mayor porcentaje por ahorcamiento (43,03%), personas de nacionalidad española (65,44%); durante los meses de primavera y verano (junio 9,6%, y julio 9,1) y personas casadas (43,1%).

El factor económico que influye en la **tasa de depresión** es el Producto Interior Bruto, que tiene una correlación de Pearson de -0,531, es inversamente proporcional al nivel económico, y explica la ecuación en un 28,2%.

El factor que se relaciona estadísticamente con la tasa de **suicidio es la tasa de depresión** con una correlación de Pearson de 0,78, con una relación directa y alta, explicando un 33,3%.

Conclusiones. La tasa de depresión está influida por el PIB, mientras que la tasa de suicidio está relacionada con la de depresión. La tasa de actividad y el desempleo no se relacionan con ninguna de las variables de estudio.

Palabras clave: depresión, suicidio, producto interior bruto.

Palabras resumen: 400

Palabras trabajo: 17955

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Depresión y suicidio

Desde un concepto positivo, la salud mental se entiende como no solo la ausencia de una enfermedad o trastorno, sino que se relaciona con el bienestar que deberían tener todas las personas en su cotidianidad (OMS, 2004).

Es por esto que se considera una parte importante del estado de salud general de una persona, que va más allá de la ausencia de enfermedad, sino que se relaciona con factores biopsicosociales (OMS, 2014).

Por lo tanto, aunque las personas cuenten con salud física se requiere la salud mental para gozar de ella. Es por esto que se puede afirmar que es un tema de interés para toda la sociedad y no solo para las personas que padecen un trastorno mental (OMS, 2004).

Sin embargo, en los últimos años se ha observado que los trastornos mentales son un problema de salud con un aumento en su incidencia y prevalencia a nivel mundial, lo cual implica una gran carga para la sociedad a nivel familiar, económico y de derechos humanos (OMS, 2015d). Se estima que 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta (OMS, 2004).

Uno de los trastornos mental más frecuentes mundialmente es la depresión, y se calcula que afecta a aproximadamente 350 millones de personas, por lo que se convierte en la principal causa de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga general de morbilidad (OMS, 2015b). Según la OMS, la depresión va a convertirse en una pandemia para el año 2020 (OMS, 2013).

Como se observa, la problemática de la salud mental aqueja a muchas personas en el mundo, es decir, no solo a los individuos que lo padecen sino a sus familias y sociedad en general, puesto que afecta a la calidad de vida de todas las personas relacionadas.

Dentro de las causas principales de los años vividos con discapacidad se encuentra la depresión, la cual se estima en 12,15% y es la tercera causa de carga global de las enfermedades. Mientras que a las lesiones autoinfligidas se les imputa el 3,3% de los años de vida ajustados por discapacidad. Ambas además tienen una fuerte carga de sufrimiento humano (OMS, 2004).

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos, esto quiere decir que las personas que han pasado por circunstancias vitales adversas tienen más probabilidades de sufrir esta enfermedad. A su vez, puede generar más estrés y disfunción, empeorar la situación vital y, por consiguiente, el propio trastorno.

La OMS indica que puede convertirse en un problema grave cuando dura mucho tiempo y es muy intensa, causando sufrimiento y modificando la rutina de la persona en los ámbitos laboral, educativo y familiar (OMS, 2015b).

Se estima, que la depresión, en el peor de los casos puede llevar al suicidio. (OMS, 2015a). En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial, actualmente existen más de 800 000 personas al año que fallecen por suicidio. En el grupo etario de 15 a 44 años es una de las tres causas de defunción y en el grupo de 10 a 24 años es la segunda causa de muerte, sin embargo, los intentos autolíticos son hasta 20 veces más frecuentes (OMS, 2012), por lo que es el factor individual de riesgo más importante (OMS, 2015a).

Se estima que a nivel mundial el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas (OMS, 2012).

El suicidio no sólo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo: en 2012, el 75% de los suicidios tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2015a).

Se debe considerar que cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países, y tiene efectos duraderos para las personas cercanas. Es por esto que se

reconoce la importancia del suicidio y se otorga a su prevención una alta prioridad en la agenda mundial de salud pública.

Asimismo, se estima que el número de personas con problemas mentales aumentarán con el envejecimiento de la población y por la gran cantidad de conflictos sociales que se observan en el mundo (OMS, 2004).

Esta carga creciente implica un costo enorme en términos de sufrimiento, discapacidad y miseria. Según la OIT, se estima que los costos por salud mental son entre 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto para los Estados miembros de la Unión Europea, del cual los costos de atención son del 2% (OMS, 2004).

En el análisis de estos fenómenos de salud pública, se debe considerar que toda situación de salud se relaciona con el contexto en el cual ocurre, dado que existen determinantes sociales, económicos y ambientales, y existen algunos específicos de salud mental como son la desigualdad y la pobreza (OMS, 2004).

A pesar de la magnitud de los problemas de salud mental, todavía existe una brecha entre las personas que requieren los servicios en salud mental y los recursos que los Estados ponen a disposición para su atención. Se estima que en las naciones desarrolladas entre el 44% y 70% de las personas no reciben tratamiento para sus trastornos mentales, y esto es peor para los países en desarrollo (OMS,2004).

Esto implica que muchas veces sean los individuos y las familias quienes deban afrontar solos los problemas de salud mental, lo que conlleva en brindar un apoyo emocional, instrumental y económico (OMS,2004).

Otro elemento que se relaciona con la problemática de los trastornos mentales es el alto índice de personas que no tienen atención en salud mental, que se debe principalmente por el estigma asociado, puesto que se cuentan con muy pocos servicios incluidos en la comunidad y el cuidado que se ofrece es en hospitales y esto se asocia a estereotipos negativos, temor, incomodidad y rechazo, ya que no son parte de la cotidianidad de los centros de salud. Y es este mismo estigma, hace que las personas no acudan a los

servicios de salud para buscar ayuda, lo que dificulta su recuperación e integración a la sociedad (OMS,2004).

En esta línea, es posible indicar que la estigmatización viene dada por la etiqueta y esta es colocada para marginar a la persona del resto de la sociedad, ya que parece que el tener un problema de salud mental puede ser algo contagioso para el resto, y verdaderamente lo que ocurre es que el sujeto con una enfermedad mental recuerda y revela que esta condición es el resultado de la contradicción del régimen social en el que vivimos (Basaglia, 1978).

Es por esto que, dado el estigma que existe sobre los trastornos mentales como la depresión y el suicidio, es importante aumentar la sensibilidad de la comunidad, superar el tabú y mejorar las estrategias de prevención (OMS, 2015a).

1.1.1. Definición de depresión y suicidio

Se define a la depresión como a las distintas variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana (OMS, 2015, b).

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Ministerio de Salud de España, 2014).

Desde un punto de vista clínico, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves, lo que depende del número e intensidad de los síntomas.

En el episodio depresivo leve, la persona va a presentar dificultades en sus actividades habituales, pero sin provocar que estas se eviten completamente. Mientras tanto en el episodio depresivo grave, la persona tiene mucha dificultad para mantener sus actividades cotidianas.

Asimismo, el trastorno depresivo mayor debe cumplir el criterio de estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, durante un mínimo de dos semanas; así como no haber presentado una sintomatología relacionada con la manía ni con ningún trastorno psicótico. Este trastorno se cataloga como episodio único o recurrente (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

En el trastorno depresivo con episodio único, engloba procesos depresivos mayores, psicóticos, presentado como episodio único. Mientras que en el trastorno depresivo recurrente existen repetidos episodios de depresión.

Es común que las personas que sufren depresión padezcan otros síntomas que se relacionan con el trastorno, como son la ansiedad, alteraciones del ciclo circadiano del sueño y el apetito, baja autoestima, sentimientos de culpa, problemas para concentrarse, disminución de la libido y otros síntomas que no tiene explicación médica.

La depresión es relevante además porque está relacionada con el suicidio, que es entendido como el acto deliberado de quitarse la vida (OMS, 2012b).

Sin embargo, el suicidio no es un fenómeno actual, sino que ha sido descrito y señalado, en lo que se conoce, desde la edad clásica donde había diversas posturas entre las que apoyaban el que las personas puedan decidir sobre su propia vida y otros que condenaban el hecho. En la edad media, se repudió el suicidio por la influencia del demonio considerándose un tabú social, indicándose entre sus causas la locura, la tristeza, la depresión y el tedio de vivir. Durante el Renacimiento, el suicidio se entendía como la consecuencia de la incapacidad para alcanzar la felicidad personal o como un fracaso económico. En el periodo Barroco, se empieza a considerar el hecho como efecto de la locura y no como un crimen contra Dios (AVTB, 2008).

Ya en el siglo XVIII, se indica que el suicidio es consecuencia de un contexto personal y social y no una actitud pecaminosa individual, con una visión más permisiva del problema. A mitad del siglo 18 se inicia una visión más romántica del problema y como una forma de libertad individual. A finales de ese siglo, existe un aumento significativo de las tasas de suicidio, que, según el autor Walt (2004) se debió a mayor frustración

ante expectativas sociales de riqueza que no eran alcanzadas por la gran desigualdad social (AVTB, 2008).

Durante el siglo XIX, se consolida el paso del concepto teológico a otro que sería la medicalización, cambiando desde la psiquiatría la definición de suicidio como un acto debido a una patología mental sin implicaciones morales-religiosas. Aunque autores como Foucault señalan que esta modificación se origina dado que la psiquiatría estuvo al servicio del modelo de libertad individual y control social que dio paso a la sociedad moderna, como resultado de la alineación con la burguesía que era la clase dominante. Es por esto que sostenía que eran importante los cambios sociales en el acto del suicidio, específicamente la mujer con injurias morales y sociales y las víctimas de la economía capitalista. Solo un limitado número de autores consideraba que era un trastorno psiquiátrico (AVTB, 2008).

En la segunda parte del siglo XIX, Durkheim (1897) desarrolla su obra sobre el suicidio, entendido desde una posición sociológica que indica que la sociedad no es la suma de los individuos y que fenómenos como el suicidio está condicionado por fuerzas sociales que tienen una influencia sobre el individuo, y que no tiene relación con la locura (Durkheim, 1965).

Durante la primera parte del siglo XX, se observa una visión desde la corriente psicoanalítica de Freud (1917), que desarrolla el primer modelo causal sobre la naturaleza psíquica del acto suicida, el cual inicia con la melancolía, luego la ausencia de vínculos estables, y agresividad que se vuelca sobre el sujeto mismo como culpa y autoagresión que puede culminar en el suicidio (AVTB, 2008).

Actualmente el enfoque que predomina en el estudio del suicidio es el psicológico, causado por estados patológicos de la persona, sin embargo, los factores sociales se consideran como factores de riesgo.

Se entiende el fenómeno del suicidio desde una perspectiva más amplia, definida como una conducta de diversa naturaleza y gravedad, que va desde la ideación de la muerte (descanso, deseos de muerte e ideación suicida), hasta la gradación conductual

creciente (amenazas, gestos, tentativas) hasta llegar al suicidio consumado (Ministerio de Salud de España, 2010).

Existen diversas clasificaciones, una de ellas es la de Silverman, que incluye diferentes variables clínicas, con las siguientes definiciones (Silverman et al., en Ministerio de Salud de España, 2010):

– Ideación suicida: son pensamientos que tiene una persona sobre el suicidio. Es meramente cognitiva.

– Comunicación suicida: es un acto verbal o no verbal que se realiza en la relación con otra persona en el cual se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de cometer un suicidio, sin embargo, existe evidencia implícita o explícita de que esta comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida, y son de dos tipos:

- Amenaza suicida: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
- Plan suicida: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

– Conducta suicida: conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:

- a. La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
- b. La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e, incluso, producir la muerte. Se considera conducta suicida:

- Autolesión/gesto suicida: conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este

tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).

- Conducta suicida no determinada: conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad).

- Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

- Suicidio: muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de provocarse la muerte.

1.1.2. Factores asociados a la depresión y el suicidio

Los factores de riesgo son un concepto estadístico que relaciona variables significativas de la persona y del ambiente con la frecuencia de aparición de un problema de salud (AVTB, 2008).

Para algunos problemas de salud mental como el suicidio se ha podido establecer algunos factores que se relacionan con este acto, sin embargo, hay otros en que son más difíciles determinar, es por esto que se define como un proceso multifactorial y complejo, puesto que no es fácil establecer los factores que influyen en el inicio y si son causa o consecuencia (Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2014).

Sin embargo, hay variables que incrementan el riesgo de depresión y se pueden clasificar en personales y sociales, cognitivos, familiares y genéticos (Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2014). Entre los sociales se encuentra el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales (NCCMH, 2009).

Según la OMS, existen estudios que relacionan suicidio con trastornos mentales como la depresión y el consumo de alcohol, sobretodo en Europa y América del Norte (OMS, 2012).

Existe evidencia que indica que los factores que están asociados con las auto lesiones son: a) tener un trastorno mental, ya que por ejemplo las personas con psicosis tienen tres veces más riesgo de cometer una autolesión y las personas con depresión tienen 2 veces más riesgo, b) uso de alcohol y otras drogas, las personas que presentan dependencia tienen el doble de riesgo, c) maltrato infantil y violencia intrafamiliar, sobre todo para las mujeres, d) factores socioeconómicos desfavorables como desempleo y crisis financieras, y eventos de la vida como el pasar por un duelo, tener problemas de relaciones interpersonales, o tener una falta grave de apoyo social, siendo este factor el más significativo, ya que puede aumentar en 75% más de probabilidad de realizar un intento autolítico (Meltzer et al., 2002; NCPG, 2004, OMS, 2004).

Asimismo, se observa que muchos suicidios se producen de forma impulsiva en momentos de crisis en la cual la capacidad de responder a las dificultades vitales está disminuida, como es el tener problemas interpersonales, económicos o padecer otras enfermedades. Además, el principal factor de riesgo es un intento previo de suicidio (OMS, 2015a).

Esto último se ve confirmado en otras investigaciones, en el cual se señala que posterior a un acto de autolesión, la tasa de suicidio aumenta entre 50 y 100 veces la tasa de suicidio en la población general (Hawton et al., 2003b; Owens et al., 2002, en NCPG, 2004.)

Además, una cuarta parte de todas las personas que mueren por suicidio habría asistido a un hospital general tras un acto de autolesión en el año anterior (Owens & House, 1994 en NCPG, 2004), es decir, aproximadamente el 25% ha buscado ayuda o atención sanitaria.

Se observa que los hombres que se autolesionan tienen más del doble de probabilidades de morir por suicidio que las mujeres, y el riesgo aumenta considerablemente con la edad para ambos sexos (Hawton et al., 2003b en NCPG, 2004).

Asimismo, se describe una relación entre suicidio y crisis financieras, puesto que hay una mayor prevalencia entre cuatro y seis veces mayor de pensamientos suicidas cuando las personas han pasado por una crisis financiera importante (29%), después de haber

buscado trabajo durante un mes o más tiempo (23%), en comparación a las personas que no han experimentado estos eventos (2%) (NCPG, 2004).

La misma relación se puede observar en la depresión, ya que las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia (Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2014).

Es importante considerar que los factores socioeconómicos como el desempleo y la pobreza, experiencias de maltrato en la infancia e intrafamiliar, están asociados con una amplia gama de trastornos mentales, incluido el intento auto lítico (NCPG, 2004).

El riesgo aumenta cuando se acumulan estos factores, como un efecto de potenciación, dado que la oportunidad de encontrar alivio en otro ámbito de la vida disminuye, por lo que la conducta suicida se observa como una posibilidad de resolución. Este riesgo es mayor para las mujeres que para los hombres (NCPG, 2004).

1.1.3. Prevención de la depresión y el suicidio

Dado que la carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento, en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales (OMS, 2015b).

Se cuenta con el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, en donde se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10% para 2020. Además, se han elaborado documentos de apoyo a los países miembros de la OMS, como son el Programa de acción para superar la brecha en salud mental (mhGAP), que proporciona orientación técnica basada en pruebas científicas con miras a ampliar la prestación de servicios y atención (OMS, 2012b).

En este documento, se considera a la depresión como una de las dificultades emocionales prioritarias dado su prevalencia a nivel mundial, así como también el suicidio, y cuyo objetivo es el proporcionar apoyo técnico a profesionales sanitarios que no son especialistas en el área, de forma que puedan ampliar los servicios para personas con trastornos mentales mediante el mediante intervenciones psicosociales y farmacológicas.

Dentro de los elementos que se consideran fundamentales para mantener la salud mental de las personas, no solo debe ser atendida desde la parte sanitaria sino también íntimamente relacionada con las relaciones sociales y la sociedad en general (OMS, 2012b), esto se debe a que el comportamiento suicida no debe solo basarse en la detección de individuos con posibilidad de cometer el acto sino en la identificación y tratamiento de los factores de riesgo (AVTB, 2008).

En el caso de la prevención del suicidio, los elementos que se indican como relevantes son el conocer los métodos de suicidio más comunes, dado que dan información sobre las medidas a tomar, por lo cual es importante mantener los registros adecuados y de calidad (OMS, 2012b).

Las estrategias que se recomiendan incluyen la restricción del acceso a los medios de suicidio, información responsable de los medios de comunicación, políticas públicas encaminadas a disminuir el consumo perjudicial de alcohol, así como la identificación, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental, capacitación al personal sanitario no especializado y seguimiento a las personas que intentaron suicidarse (OMS, 2015a).

Asimismo, es importante la coordinación intersectorial con organismos estatales y organizaciones no gubernamentales (OMS, 2015a). Lo que cobra mayor relevancia cuando una autolesión puede resultar en problemas de salud o discapacidad a largo plazo y, por tanto, se requiere una respuesta en conjunto a la problemática y sus consecuencias individuales y sociales.

También, se considera importante realizar estrategias de prevención por ser un alto costo para el individuo, su familia, los servicios de salud, es decir, para la sociedad en su conjunto (Drummond & Jefferson, 1996, en NCPG, 2004; OMS, 2001).

Desde este enfoque, dentro de los costos de salud no solo se considera los sanitarios, sino también los que afectan a los individuos y las familias. Por lo tanto, la carga económica de los trastornos mentales incluye los costos dados por las limitaciones funcionales que sufre la persona tanto a nivel físico, psicosocial y de los roles que cumplía, mientras que se incrementan los días de discapacidad (OMS, 2001).

Los efectos de esto se pueden ver mediante el indicador de salud que es los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALY`s) y según la OMS, a nivel mundial los trastornos neuropsiquiátricos son los responsables del 13% de DALY`s y aumentará en el 2020 a un 15% y la depresión aumenta la carga ya que por sí sola será responsable del 5.7% de los DALYs (OMS, 2004b), a lo que se puede sumar que se estima que el 15% de las personas que sufren depresión mayor mueren por suicidio (OMS, 2001).

Específicamente para los adultos mayores, es posible observar que un alto porcentaje sufren de problemas neuropsiquiátricos, incluidos la depresión y este representa el 6,6% de la discapacidad total (DALYs) de este grupo etario (OMS, 2016a).

Los costos en salud y específicamente en salud mental se clasifican en: atención (costos directos e indirectos), de productividad, y otros asociados a la carga emocional de la enfermedad, tanto para los individuos, familias, servicios de salud y sociedad (OMS, 2004b).

Respecto de los costes de atención, los costos directos provienen de reconocer, cuidar y tratar a los pacientes a través de la atención primaria, secundaria y la asistencia social. Mientras que los costos indirectos incluyen los efectos de la enfermedad sobre la asistencia al trabajo y la productividad, los beneficios del empleador (si lo hay) ofrecida al individuo, seguro de mala praxis y los costos legales, el costo de la discapacidad a largo plazo y la mortalidad prematura (Kapur et al., 1998; Hawton et al., 2003d, en NCPG, 2004).

Los costes más difíciles de cuantificar son los más significativos económicamente, como solo los cuidados informales de la familia y amigos, sufrimientos, efectos del tratamiento y mortalidad del paciente.

Asimismo, dentro de los costes en salud se debe incluir la relación que existe entre las enfermedades y otras dificultades en salud, como por ejemplo que la depresión es un factor de riesgo en el cáncer, o la comorbilidad que existente entre padecer un trastorno físico (como enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas) y depresión, lo que hacen que cumplan en menor medida con el tratamiento y las recomendaciones

médicas, por lo que aumenta la utilización de servicios de salud y por ende los costos (OMS, 2004b; Ministerio de salud de España, 2014).

1.2. La salud mental en el Sistema de Salud de España

En 1978 la Constitución española reconoce el derecho del ciudadano a la salud y se le encomienda a las Comunidades Autónomas la organización de la prestación de servicios, incluido salud mental (Ministerio de Sanidad y consumo, 2007).

En 1985 se realizó la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental, en el cual se propone un modelo orientado hacia la comunidad, territorial, basada en la promoción, prevención, atención primaria en salud y especializada en salud mental, por lo tanto, un elemento esencial es la transformación de los hospitales psiquiátricos y el desarrollo de recursos alternativos de apoyo socio sanitario.

Mediante la Ley 17/1985 Reguladora de las Bases de Régimen Local se realiza un proceso de descentralización y se asigna a cada Comunidad Autónoma el desarrollo de la normativa de servicios sociales, y el Ayuntamiento tiene la competencia y funciones de la provisión de prestaciones sociales y de reinserción.

Bajo la Ley 14/1986 General de Sanidad se describen la integración de la salud mental en las actuaciones de sanitarias del sistema de salud, en la cual se describen las acciones de promoción y de mejoras de la salud mental con un enfoque comunitario, a nivel ambulatorio, atención en domicilio y hospitalización, pretendiendo a la disminución de esta última, en coordinación con los servicios sociales.

La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece el catálogo de asistencias y define a la prestación sanitaria como los cuidados destinados a los enfermos que pueden beneficiarse de los servicios sanitarios y sociales con la finalidad de aumentar su autonomía, paliar el sufrimiento y apoyar la reinserción social.

En el año 2000 se realizó el estudio European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), en el cual se determinó que la prevalencia-vida en Europa para los trastornos mentales era del 25% y de prevalencia-año del 9,8% (Ministerio de Sanidad y consumo, 2007).

En la comparación con otros países de Europa, España tiene una tasa baja de riesgo relativo para cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses, indicando que un 20% habían presentado un trastorno mental a lo largo de su vida y un 8,4% en los último 12 meses (prevalencia año).

El trastorno mental más frecuente fue el episodio depresivo mayor (3,9 prevalencia-año y 10,5% prevalencia-vida) luego la fobia específica, el uso de alcohol y la distimia con 3,65% de prevalencia-vida. Según grupos de trastornos, los de ansiedad fueron un poco más frecuentes en prevalencia año en relación con los depresivos (5,1% vs 4,3%), mientras que en prevalencia vida fueron mayor los trastornos del ánimo (9,3% vs 11,4%).

Respecto del suicidio, las tasas anuales son discrepantes entre los países de la Unión Europea. Si bien esta ha disminuido en los últimos 20 años, no se observa una gran disminución en España, lo que puede deberse al sistema de registro, factores culturales, sociales y la estigmatización.

Con la finalidad de dar respuesta a las problemáticas de salud mental, una de las estrategias es la promoción en la población y la prevención de enfermedades mentales, donde una de sus áreas de intervención son la atención a grupos de riesgo para trastornos mentales, la prevención de la depresión y el suicidio, y reducir al máximo las situaciones de desventaja social, económica y prevenir el estigma (Ministerio de Sanidad y consumo, 2007).

1.3. Conflicto psíquico y conflicto social

Cuando se hablan de los problemas de salud mental, existen diferentes enfoques, una más biologicista centrada en los neurotransmisores y otra psicosocial basada en las relaciones entre las personas, sin embargo, se habla cada vez más de una intervención integral que abarque ambas áreas.

Para la psicología social no existe una dicotomía entre individuo y sociedad, sino que la colectividad está dentro de cada individuo de forma particular, en una relación dialéctica. De esta forma, sería el vínculo entre la persona y sus primeras experiencias

sociales el que constituyen al sujeto, con todo su mundo interior, incluidos sus angustias y ansiedades (Pichon-Riviére, 1997).

Desde el psicoanálisis se anuncia que las personas por supervivencia ante un mundo exterior agresivo se reunieron para defenderse y de ahí se formó la sociedad. Sin embargo, en este contexto social, las personas no han podido alcanzar la felicidad y uno de los motivos es que los métodos que se han utilizado para regular las relaciones humanas han sido insuficientes (Freud, 1929).

De esta forma, existe un sufrimiento que es de origen social ya que las instituciones que ha creado el ser humano no otorgan bienestar y protección a todas las personas. Esto ocurre porque la cultura impone exigencias e ideales mediante leyes y normas que son necesarias para el ordenamiento de la vida en sociedad, pero que no permite ser felices a las personas, a pesar de los avances tecnológicos y científicos que se han alcanzado, pues indica a las personas que restrinjan sus posibilidades de satisfacción de deseos e impulsos y, sin embargo, los sujetos siempre están luchando por su libertad individual (Freud, 1929).

En este contexto social que los seres humanos hemos creado, se observan injusticias y problemas dado por las mismas relaciones sociales y de poder. Por lo tanto, los problemas de salud de las personas, incluidos los de salud mental, estarían relacionadas con la forma que los sujetos viven en la sociedad, entonces, se puede plantear que no existe una enfermedad como tal, sino que son expresiones de una crisis que sufren la personas al estar en la sociedad.

En general, se suele entender al diagnóstico como un proceso objetivo, sin embargo, una crisis es algo subjetivo, lo que evidencia que los factores con los que interactúan las personas son lo que posteriormente se relacionarán con su crisis, como puede ser la depresión, suicidio o cualquier otra (Basaglia, 1979).

Al comprender a las personas como seres sociales es evidente que todo lo que nos ocurre se relaciona con esa interacción, incluso las crisis o enfermedades. Por lo tanto, para poder realizar una intervención efectiva que influya terapéuticamente en las

personas es importante hacer frente y considerar acciones también desde el ámbito político y de la salud pública.

Por lo tanto, deja de ser una problemática solo desde el ámbito médico y se convierte en un problema social al interior de la medicina, ya que la depresión y el suicidio se convierten en un producto de las relaciones sociales (Basaglia, 1978, 1979).

Si una persona tiene la posibilidad de trabajar y vivir su vida sin dificultades, le resulta más fácil el poder afrontar un problema de salud mental, es por esto que los trastornos mentales se hacen evidentes cuando se tiene “una vida inquieta, tensa, opresiva y violenta” (Basaglia, 1979).

Las personas que cuentan con menos recursos económicos son las más afectadas, por ejemplo, cuando existe una crisis financiera y entonces tienen más probabilidades de enfermar por vivir en condiciones socioeconómicas desfavorables. Es por esto que se dice que “el enfermo tiene en su interior toda la problemática social” (Basaglia, 1979), porque está íntimamente relacionada con el sistema social en el que vive.

Una persona con un trastorno mental puede tener una evolución diversa dependiendo de las condiciones en las que se encuentre, tanto personalmente, en sus relaciones con otros, en el contexto social en el que viva, y como es asumida ese problema de salud mental en los ámbitos en los que se desenvuelve (Basaglia, 1978b).

Como ejemplo es posible afirmar que si una persona se enferma dado que fue despedida de su trabajo, entonces la sociedad es causante de su malestar psíquico, y desde una posición se puede decir que si una persona se suicida es la sociedad quien la mató, sin embargo, más allá de una posición extremista, para funcionar en la sociedad y lo que realmente le sirve a la persona durante una crisis, es que el Gobierno tome las medidas necesarias para atenderlo cuando su salud mental decaiga, puesto que el síntoma y la enfermedad es la expresión de una situación, de la interacción de factores biológico, histórico-sociales y relacionales (Basaglia, 1979).

1.4. Macroeconomía y salud

En el análisis de los fenómenos de salud pública, se debe considerar que toda situación de salud se relaciona con el contexto en el cual ocurre, dado que existen determinante sociales, económicos y ambientales no solo de la salud, sino que específicos de salud mental, como es la desigualdad y la pobreza (OMS, 2004).

Es por esto que es relevante considerar la situación macroeconómica de Europa y España, sobre todo a lo relacionado con condiciones de crisis financiera que viene afectando a la población desde el año 2008 (Unión Europea, 2014).

En el presente estudio, se consideran indicadores económicos que pueden entregar información sobre la situación económica de las personas como son:

- Producto Interior Bruto (PIB): es la cantidad de bienes y servicios de un país en un periodo de tiempo establecido.
- Población activa: es la cantidad de personas que se encuentran trabajando.
- Desempleo: es la cantidad de personas que se encuentran desempleadas.

1.4.1. Crisis económica en España

La economía tiene fluctuaciones propias de la actividad productiva capitalista, relacionado con periodos de crecimiento económico y periodos de descenso, que se caracterizan por las etapas de recuperación, expansión, auge y recesión (Varela, et al, 1994).

Uno de los indicadores de la economía es el Producto Interior Bruto (PIB), que es la cantidad de bienes y servicios que un país produce en un año, y el cual es también posible de expresar en el crecimiento del PIB, que es tasa de crecimiento anual porcentual del producto interior bruto a precios de mercado en moneda local.

Según el Banco Mundial, en España el PIB ha disminuido desde el 2009 en relación con el resto de países de la Unión Europea. Asimismo, el PIB Per capita es menor en España que en comparación con los países de la Unión Europea, entendido como el ingreso nacional bruto convertido a dólares de los Estados Unidos (Banco Mundial, 2015), lo cual

trae consecuencias sociales que afectan a gran cantidad de la población, como es el desempleo.

En este contexto, es relevante considerar la situación general de Europa y España, sobre todo a lo relacionado con condiciones de crisis económica que viene afectando a la población desde el año 2008, con indicadores que permitan medir la afectación de las personas a nivel financiero (Unión Europea, 2014), y su relación con problemas de salud como son la depresión y suicidio.

II. OBJETIVOS E HIPOTESIS

2.1. Objetivo General

Analizar la relación de la depresión y suicidio con el nivel económico en la Comunidad Valenciana, durante el periodo 2005 y 2014.

2.2. Objetivos específicos

1. Realizar un análisis temporal de la depresión, suicidio y el Producto Interior Bruto.
2. Realizar un análisis temporal de la depresión, suicidio y tasa de actividad.
3. Realizar un análisis temporal de la depresión, suicidio y tasa de desempleo.

2.3. Hipótesis

Existe una asociación entre depresión y suicidio según se ha visto en publicaciones realizadas. También se ha comprobado que dicha situación se ha producido en algunos países, por ello se piensa que también se debe dar en la Comunidad Valenciana.

Además, se considera que dicha relación puede quedar más patente durante el periodo de crisis económica en España que está dentro del periodo de tiempo analizado.

III. METODO

3.1. Estudio

El tipo de estudio realizado es un estudio epidemiológico observacional ecológico longitudinal retrospectivo, dado que se van a utilizar datos poblacionales sobre depresión, suicidio y nivel económico en la Comunidad Valenciana entre los años 2005 y 2014.

3.2. Población

El trabajo se desarrolla con la población es la Comunidad Autónoma de Valencia.

3.3. Fuentes

Como fuentes de información se utilizaron:

- Instituto Nacional de Estadística (INE): información sobre defunciones por suicidio y depresión de la Comunidad Valenciana entre los años 2005 y 2014; y los datos del nivel económico y desempleo.

3.4. Datos

- Número de defunción por suicidio
- Casos de depresión, de trastorno depresivo mayor episodio único y recurrente, según los diagnósticos CIE 9.
- Población activa
- Tasa de desempleo.
- Producto Interior Bruto

3.5. Variables

Las variables estudiadas son:

- Tasas de defunción por suicidio por 100.000 habitantes
- Tasas de depresión, según los diagnósticos CIE 9 de trastorno depresivo mayor episodio único y recurrente.

- Porcentaje de población activa
- Tasa de desempleo.
- Producto Interior Bruto
- Edad, agrupada por:
 - Adolescentes: menores de 19 años
 - Adulto inicial: de 20 a 24 años, es el periodo en el que se encuentran la mayoría de personas estudiando.
 - Adulto joven: entre 25 y 39 años, es la etapa laboral más activa.
 - Adulto medio: entre 40 y 64 años, es la segunda etapa laboral.
 - Adulto mayor: mayor de 65 años, son las personas que se encuentran jubiladas.

Las variables se estandarizarán por población.

3.5.1. Definición de las variables

1. Suicidio, código de la CIE 9: E950-E958 “casos en los cuales uno mismo se inflige lesiones especificadas como intencionadas y que causan la muerte”. (CIE-9, 2012).

2. Depresión: Altas hospitalarias cuyos códigos son específicamente 296.2 y 296.3:

- Trastorno depresivo mayor: “Las personas con este padecimiento presentan síntomas marcadamente angustiantes, pérdida de autoestima, sentimientos de culpa e inutilidad. Ideas y acciones suicidas y síntomas somáticos” (CIE-9, 2012).

- 296.2 Episodio único.: “Es un curso clínico caracterizado por uno episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos” (CIE-9, 2012).

- 296.3 Episodio recurrente: “Es un curso clínico caracterizado por varios episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos”. (CIE-9, 2012).

3. Variables económicas, mediante:

- Producto Interior Bruto: “es el conjunto de los bienes y servicios producidos en el territorio nacional (...) es la suma del conjunto de valores añadidos por las empresas y

las administraciones productivas situadas en el interior de un territorio dado". (Varela, et al, 1994).

4. Porcentaje de población activa: son los "datos de la población en relación con el mercado de trabajo: ocupados, activos, parados e inactivos.

Activos: Son aquellas personas de 16 o más años que, durante la semana de referencia (la anterior a aquella en que se realiza la entrevista), suministran mano de obra para la producción de bienes y servicios o están disponibles y en condiciones de incorporarse a dicha producción. Se subdividen en ocupados y parados.

Ocupados: Son las personas de 16 o más años que durante la semana de referencia han estado trabajando durante al menos una hora a cambio de una retribución en dinero o especie o quienes teniendo trabajo han estado temporalmente ausentes del mismo por enfermedad, vacaciones, etcétera.

Los ocupados se subdividen en trabajadores por cuenta propia (empleadores, empresarios sin asalariados y trabajadores independientes) y asalariados (públicos o privados). Atendiendo a la duración de la jornada los ocupados se clasifican en ocupados a tiempo completo (con una jornada habitual semanal superior a 30 horas) y a tiempo parcial (con una jornada habitual semanal inferior a 35 horas).

Inactivos: Recibe esta consideración la población de 16 o más años no incluida en las categorías anteriores" (INE, 2016c).

5.Tasa de desempleo: "se considera desempleo las personas que se encuentran en paro.

Parados: Son las personas de 16 o más años que durante la semana de referencia han estado sin trabajo, disponibles para trabajar y buscando activamente empleo" (INE, 2016c).

3.5.2. Registro de las variables

En la variable depresión se incluyen los trastornos depresivos mayor episodio único y los recurrentes, de acuerdo al código CIE 9. Dichos datos se obtienen a partir de las altas hospitalarias de la Comunidad Valenciana, y lo suministró el INE.

Los datos de crisis económica, desempleo y suicidio se obtuvieron del registro del INE.

3.6. Gestión de datos

El estudio estadístico se realiza mediante el programa informático SPSS.

3.7. Cálculo del tamaño de la muestra

No se utiliza una muestra, sino los datos poblacionales de depresión, suicidio, PIB, tasa de actividad y desempleo de la Comunidad Valenciana entre los años 2005 y 2014.

3.8. Estrategia de análisis de datos

Se realiza una estadística descriptiva de todas las variables (media y desviación) o distribución de frecuencias. El estudio del tipo de distribución de las variables, incluyendo histograma, apuntamiento y curtosis.

Posteriormente se efectúa una estadística analítica mediante regresión simple y múltiple buscando correlacionar suicidio, depresión y variables de crisis económica y desempleo, y si existe una diferencia significativa en los últimos años.

También se estudia el ajuste a las rectas de regresión, las transformaciones (logística si hace falta), las interacciones y el posible efecto confusor entre ellas.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

4.1.1. Población

Según los datos demográficos obtenidos, se observa que la población ha disminuido su crecimiento progresivamente desde el 2011 y ha decrecido desde el 2013 (Tabla 1).

Tabla 1.-Evolución demográfica, por sexos y provincias, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	2005	2006	2007	2008	2009
Alicante	1732389	1.783.555	1.825.264	1.891.477	1.917.012
Hombre	866000	892.862	913.455	947.523	958.200
Mujer	866389	890.693	911.809	943.954	958.812
Castellón	543.432	559.761	573.282	594.915	602.301
Hombre	272.714	281.340	288.079	299.829	303.460
Mujer	270.718	278.421	285.203	295.086	298.841
Valencia	2.416.628	2.463.592	2.486.483	2.543.209	2.575.362
Hombre	1.193.569	1.220.105	1.230.628	1.261.081	1.276.238
Mujer	1.223.059	1.243.487	1.255.855	1.282.128	1.299.124
Comunidad Valenciana	4.692.449	4.806.908	4.885.029	5.029.601	5.094.675
Hombre	2.332.283	2.394.307	2.432.162	2.508.433	2.537.898
Mujer	2.360.166	2.412.601	2.452.867	2.521.168	2.556.777

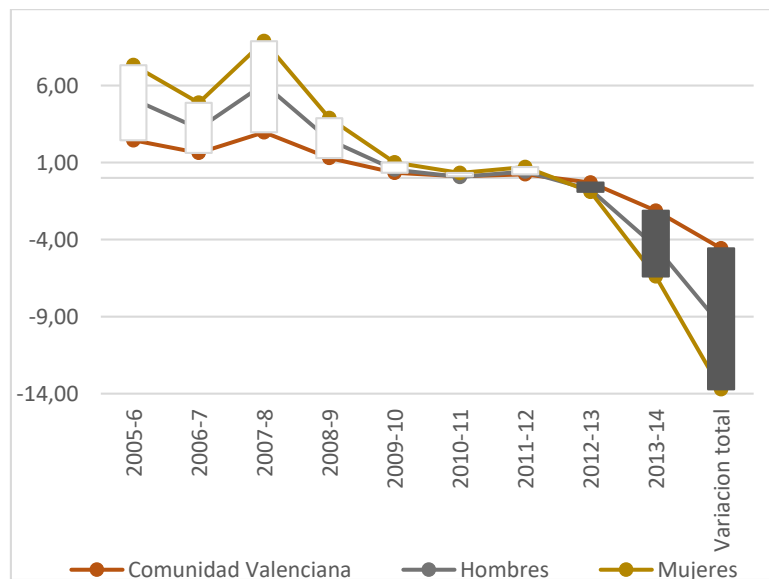
	2010	2011	2012	2013	2014
Alicante	1.926.285	1.934.127	1.943.910	1.945.642	1.868.438
Hombre	961.733	964.560	969.237	968.927	928.519
Mujer	964.552	969.567	974.673	976.715	939.919
Castellón	604.274	604.344	604.564	601.699	587.508
Hombre	303.490	302.855	302.927	300.992	292.804
Mujer	300.784	301.489	301.637	300.707	294.704
Valencia	2.581.147	2.578.719	2.580.792	2.566.474	2.548.898
Hombre	1.277.726	1.274.365	1.274.240	1.264.620	1.253.758
Mujer	1.303.421	1.304.354	1.306.552	1.301.854	1.295.140
Comunidad Valenciana	5.111.706	5.117.190	5.129.266	5.113.815	5.004.844
Hombre	2.542.949	2.541.780	2.546.404	2.534.539	2.475.081
Mujer	2.568.757	2.575.410	2.582.862	2.579.276	2.529.763

En cuanto a la distribución por sexo, no se observan marcadas diferencias entre hombres y mujeres (Tabla 2).

Tabla 2.-Variación interanual, por sexos y provincias, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	2005-6	2006-7	2007-8	2008-9	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	Total
Alicante	2,95	2,34	3,63	1,35	0,48	0,41	0,51	0,09	-3,97	-6,92
Hombres	3,10	2,31	3,73	1,13	0,37	0,29	0,48	-0,03	-4,17	-7,27
Mujeres	2,81	2,37	3,53	1,57	0,60	0,52	0,53	0,21	-3,77	-6,57
Castellón	3,00	2,42	3,77	1,24	0,33	0,01	0,04	-0,47	-2,36	-5,36
Hombres	3,16	2,40	4,08	1,21	0,01	-0,21	0,02	-0,64	-2,72	-5,88
Mujeres	2,85	2,44	3,47	1,27	0,65	0,23	0,05	-0,31	-2,00	-4,84
Valencia	1,94	0,93	2,28	1,26	0,22	-0,09	0,08	-0,55	-0,68	-2,63
Hombres	2,22	0,86	2,47	1,20	0,12	-0,26	-0,01	-0,75	-0,86	-3,08
Mujeres	1,67	0,99	2,09	1,33	0,33	0,07	0,17	-0,36	-0,52	-2,19
Comunidad Valenciana	2,44	1,63	2,96	1,29	0,33	0,11	0,24	-0,30	-2,13	-4,57
Hombres	2,66	1,58	3,14	1,17	0,20	-0,05	0,18	-0,47	-2,35	-5,01
Mujeres	2,22	1,67	2,78	1,41	0,47	0,26	0,29	-0,14	-1,92	-4,14

Gráfica 1.-Evolución demográfica, por sexos y provincias, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.



4.1.2. Tasa de actividad

La tasa de población activa muestra un aumento hasta el año 2008 y luego se observa un descenso, con una leve recuperación entre el año 2012 y 2013, sin embargo, vuelve a bajar entre el año 2013 y 2014, dando una variación total negativa (Tabla 3 y Tabla 4).

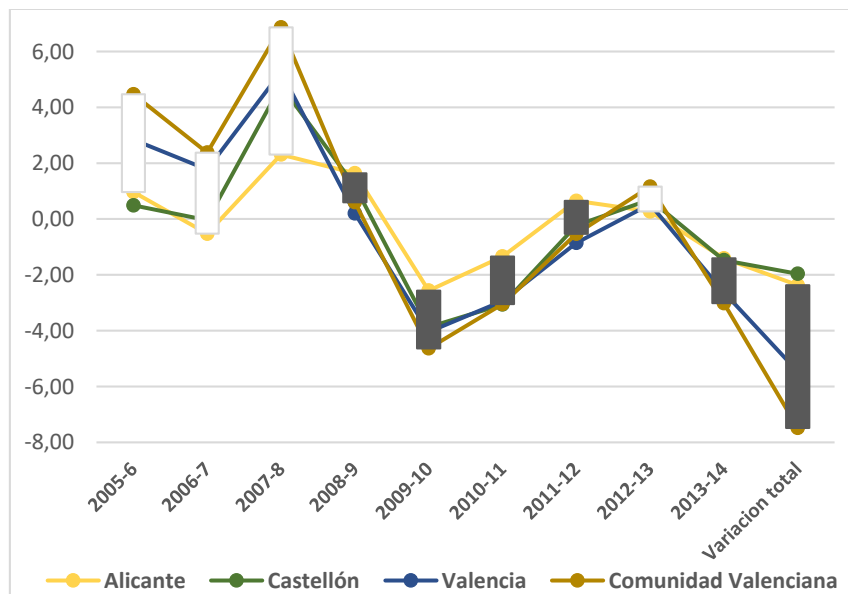
Tabla 3.- Tasa de actividad, por provincia y año, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

Tasa Población activa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Alicante	57,47	58,03	57,72	59,06	60,02	58,48	57,70	58,07	58,23	57,41
Castellón	61,20	60,90	61,20	62,71	62,42	61,61	60,55	60,01	60,27	60,23
Valencia	58,89	60,28	61,37	61,67	61,07	60,97	61,04	60,66	60,56	59,86
Comunidad Valenciana	71,76	72,92	73,36	74,53	74,83	74,39	74,31	74,55	75,02	74,73

Tabla 4.-Variación interanual de la Tasa de actividad, por provincia, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	2005 -6	2006 -7	2007 -8	2008 -9	2009 -10	2010 -11	2011 -12	2012 -13	2013 -14	Total
Alicante	0,97	-0,53	2,31	1,64	-2,57	-1,34	0,65	0,27	-1,41	-2,37
Castellón	-0,48	0,48	2,48	-0,46	-1,31	-1,72	-0,88	0,42	-0,07	0,41
Valencia	2,36	1,82	0,49	-0,98	-0,17	0,12	-0,63	-0,16	-1,15	-3,51
C.Valencia na	1,62	0,60	1,59	0,40	-0,59	-0,11	0,33	0,63	-0,39	-2,01

Gráfica 2.-Evolución de la Tasa de Actividad por año de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



4.1.3. Tasa de desempleo.

Respecto del desempleo, se observa una disminución entre los años 2005 y 2006, sin embargo, hay un incremento paulatino de la misma a partir del año 2007 hasta el 2013,

y posteriormente hay una reducción en el año 2014, a pesar de esto se observa un incremento en la variación total del período (Tabla 5 y Tabla 6).

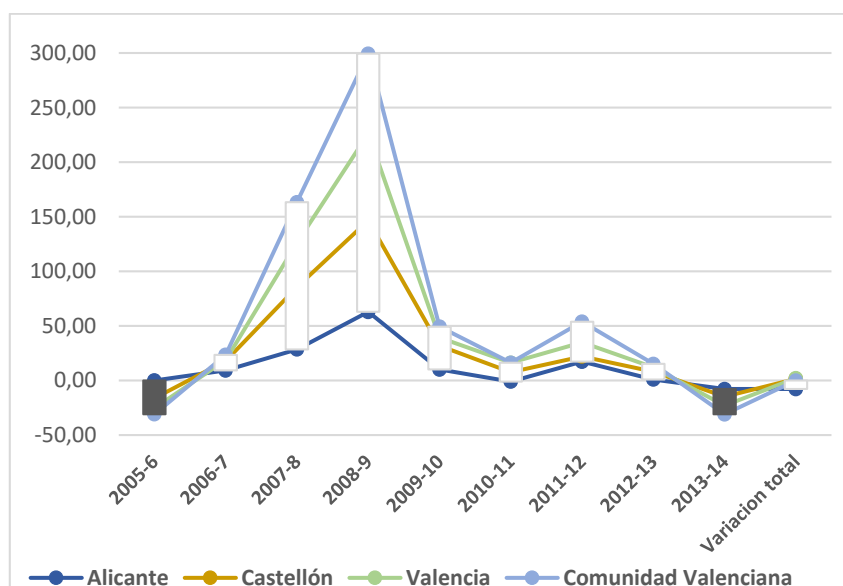
Tabla 5.- Tasa de desempleo, por provincia y año, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Alicante	9,63	9,62	10,50	13,49	21,96	24,16	23,91	28,03	28,26	26,03
Castellón	7,48	6,26	6,80	10,69	19,64	23,90	25,97	27,19	29,13	27,08
Valencia	8,71	7,94	7,99	11,24	20,19	21,70	23,58	26,60	27,66	25,38
Comunidad Valenciana	8,88	8,37	8,78	12,04	20,85	22,94	22,94	27,31	28,20	25,97

Tabla 6.-Variación interanual de la Tasa de desempleo, por provincia, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	2005-6	2006-7	2007-8	2008-9	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	Total
Alicante	-0,03	9,15	28,42	62,84	10,01	-1,05	17,22	0,82	-7,87	-7,85
Castellón	-16,32	8,71	57,07	83,76	21,73	8,63	4,72	7,12	-7,01	9,30
Valencia	-8,90	0,72	40,63	79,60	7,50	8,63	12,83	3,98	-8,25	0,65
Comunidad Valenciana	-5,74	4,90	37,13	73,17	10,02	0,00	19,05	3,26	-7,91	-2,16

Gráfica 3.-Evolución de la tasa de desempleo interprofesional por año de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



4.1.4. Producto Interior Bruto – PIB

El PIB en la Comunidad Valenciana ha sufrido variaciones en los últimos diez años, en los cuales se observa un aumento constante entre los años 2005 y 2008, y luego una disminución progresiva desde el año 2009 hasta el 2012, y luego un aumento en el año 2014 (Tabla 7).

Tabla 7.- Producto Interior Bruto, por provincia y año, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	Alicante	Castellón	Valencia	Comunidad Valenciana
2005	30.990.773	12.109.786	47.434.851	90.535.410
2006	33.491.729	13.268.172	51.621.902	98.381.803
2007	35.382.762	13.661.680	56.148.183	105.192.625
2008	36.363.241	13.834.225	58.310.354	108.507.820
2009	34.349.871	13.220.361	55.211.162	102.781.394
2010	33.957.776	13.238.948	55.132.242	102.328.966
2011	32.904.989	13.364.236	54.395.408	100.664.633
2012	31.756.031	12.591.953	52.383.274	96.731.258
2013	31.622.348	12.455.902	51.805.843	95.884.093
2014	31.622.348*	12.455.902*	51.805.843*	97.429.789

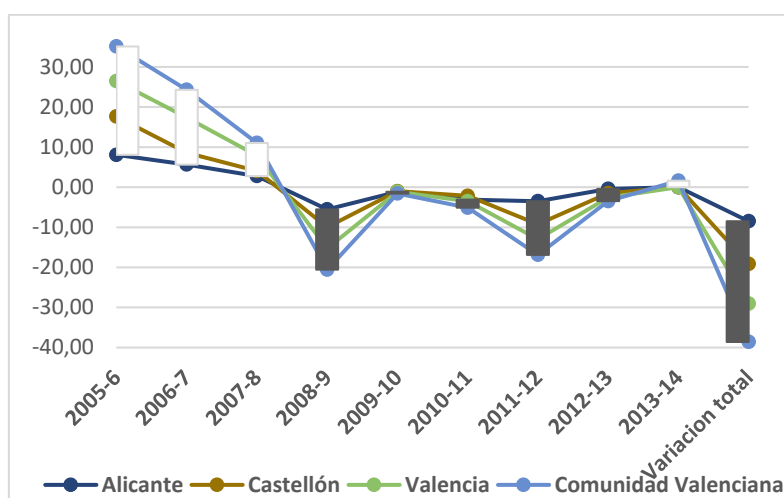
*Dado que no se cuenta con los datos de ese año, se realiza una aproximación copiando los datos del año anterior.

Respecto de la variación del PIB de la Comunidad Valenciana, se observa una disminución en todas sus provincias a partir del año 2009 hasta el 2013, y vuelve a ser positiva en el año 2014 (Tabla 8).

Tabla 8.-Variación interanual del PIB, por provincia, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	2005-6	2006-7	2007-8	2008-9	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14
Alicante	8,07	5,65	2,77	-5,54	-1,14	-3,10	-3,49	-0,42	0,00
Castellón	9,57	2,97	1,26	-4,44	0,14	0,95	-5,78	-1,08	0,00
Valencia	8,83	8,77	3,85	-5,31	-0,14	-1,34	-3,70	-1,10	0,00
Comunidad Valenciana	8,67	6,92	3,15	-5,28	-0,44	-1,63	-3,91	-0,88	1,61

Gráfica 4.-Evolución del Producto Interior Bruto por año de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



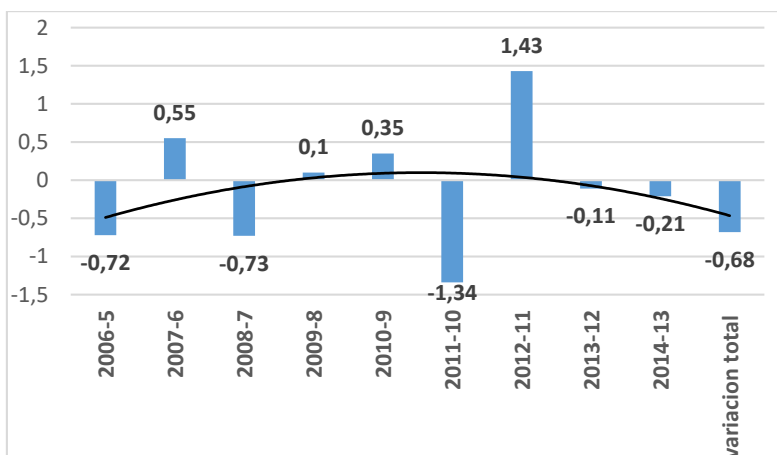
4.1.5. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes

En los últimos diez años, se observan que hubo un incremento de las tasas de defunciones por suicidio en la Comunidad Valenciana en los años 2009, 2010 y 2012, y entre el 2011 y 2014 se aprecia una disminución (Tabla 9 y Gráfica 5).

Tabla 9.- Variación anual e interanual de la Tasa de suicidio por 100.000 habitantes, de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	Tasa Comunidad Valenciana
2005	8,27
2006-5	-0,72
2006	7,55
2007-6	0,55
2007	8,11
2008-7	-0,73
2008	7,38
2009-8	0,10
2009	7,48
2010-9	0,35
2010	7,83
2011-10	-1,34
2011	6,49
2012-11	1,43
2012	7,92
2013-12	-0,11
2013	7,80
2014-13	-0,21
2014	7,59
Variación total	-0,68

Gráfica 5.-Variación interanual de la tasa de suicidio de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



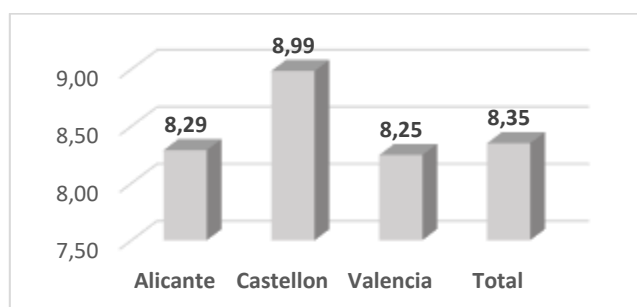
- **Provincia de residencia**

Aunque se observa una mayor frecuencia de casos en la provincia de Valencia, al ajustar por población se encuentra una tasa mayor de suicidios en la provincia de Castellón (Tabla 10).

Tabla 10.- Provincia de residencia de la persona que se suicida, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	Frecuencia	Porcentaje	Población	Tasa por 100.000 hab
Alicante	1556	37,3	18.768.099	8,29
Castellón	528	12,6	5.876.080	8,99
Valencia	2090	50,1	25.341.304	8,25
Comunidad Valenciana	4174	100,0	49.985.483	8,35

Gráfica 6.-Tasa de suicidios por provincia de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014

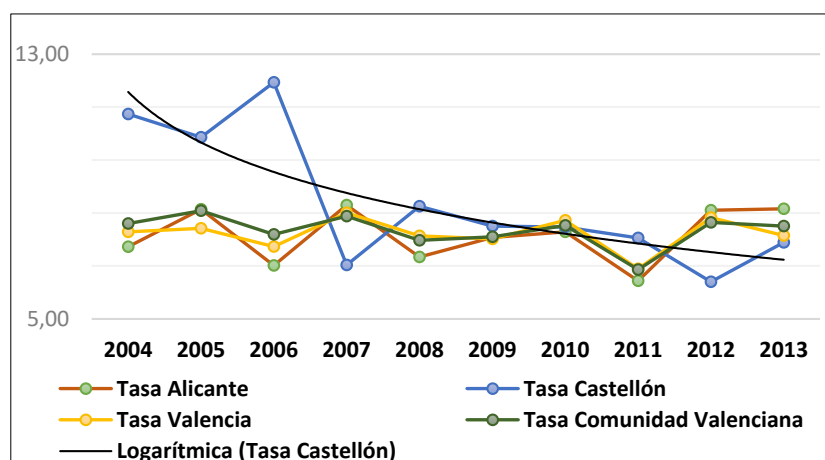


Se observa un aumento de la tasa de suicidio en los años 2005, 2007, 2009, 2010 y 2012 en la Comunidad Valenciana, donde es posible indicar que en la provincia de Castellón ha disminuido la tasa de muerte por suicidio en los últimos años y se ha incrementado en Alicante. (Tabla 11).

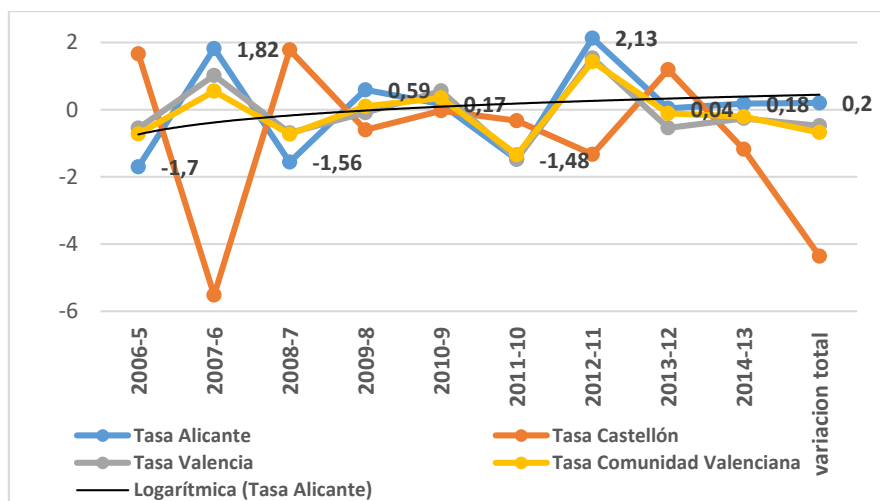
Tabla 11.- Provincia de residencia de la persona que se suicida, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	Tasa Alicante	Tasa Castellón	Tasa Valencia	Tasa Comunidad Valenciana
2005	8,31	10,49	7,74	8,27
2006-5	-1,70	1,66	-0,55	-0,72
2006	6,62	12,15	7,18	7,55
2007-6	1,82	-5,52	1,02	0,55
2007	8,44	6,63	8,20	8,11
2008-7	-1,56	1,78	-0,69	-0,73
2008	6,87	8,40	7,51	7,38
2009-8	0,59	-0,60	-0,09	0,10
2009	7,46	7,80	7,42	7,48
2010-9	0,17	-0,03	0,56	0,35
2010	7,63	7,78	7,98	7,83
2011-10	-1,48	-0,33	-1,47	-1,34
2011	6,15	7,45	6,51	6,49
2012-11	2,13	-1,33	1,54	1,43
2012	8,28	6,12	8,06	7,92
2013-12	0,04	1,19	-0,54	-0,11
2013	8,33	7,31	7,52	7,80
2014-13	0,18	-1,18	-0,26	-0,21
2014	8,51	6,13	7,26	7,59
Variación Total	0,2	-4,36	-0,48	-0,68

Gráfica 7.-Tasa de suicidios por provincia de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



Gráfica 8.-Evolución interanual de la tasa de suicidio de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



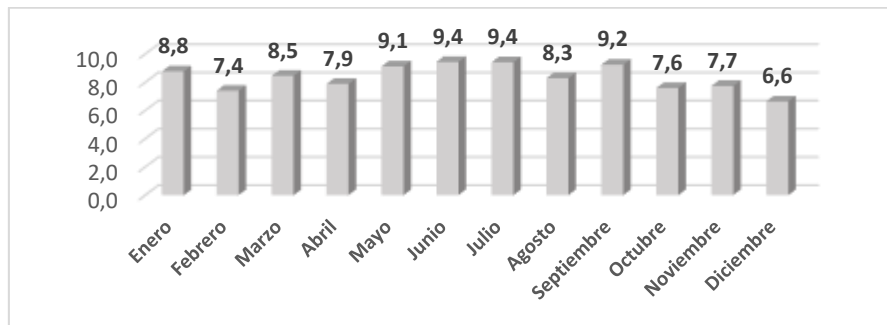
- **Mes de suicidio**

Se observa un incremento en los meses de junio y julio, correspondiente a los meses de verano (Tabla 12).

Tabla 12.- Mes de suicidio de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Enero	366	8,8
Febrero	309	7,4
Marzo	353	8,5
Abril	329	7,9
Mayo	381	9,1
Junio	394	9,4
Julio	393	9,4
Agosto	346	8,3
Septiembre	386	9,2
Octubre	317	7,6
Noviembre	323	7,7
Diciembre	277	6,6
Promedio	347,8	8,3
Total	4171	100,0

Gráfica 9.-Porcentaje de suicidios por mes de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



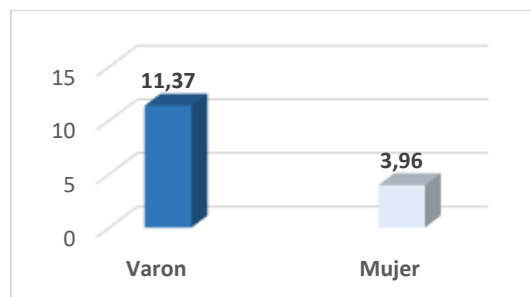
- **Sexo**

Por sexo, se observan una alta diferencia entre hombres y mujeres, siendo mayor en los varones. Esta diferencia se mantiene durante todos los años analizados, en el cual se observa una tasa significativamente mayor para los hombres (Tabla 13).

Tabla 13.- Tasa de suicidio, por año y sexo, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

Año	Frecuencia		Población		Tasa	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2005	275	113	2.332.283	2.360.166	11,79	4,79
2006	260	103	2.394.307	2.412.601	10,86	4,27
2007	290	106	2.432.162	2.452.867	11,92	4,32
2008	278	93	2.508.433	2.521.168	11,08	3,69
2009	288	93	2.537.898	2.556.777	11,35	3,64
2010	300	100	2.542.949	2.568.757	11,80	3,89
2011	256	76	2.541.780	2.575.410	10,07	2,95
2012	308	98	2.546.404	2.582.862	12,10	3,79
2013	291	108	2.534.539	2.579.276	11,48	4,19
2014	278	102	2475081	2529763	11,23	4,03
Promedio	282	99			11,37	3,96

Gráfica 10.-Tasa de suicidios por sexo de la Comunidad Valenciana del periodo del 2005 al 2014

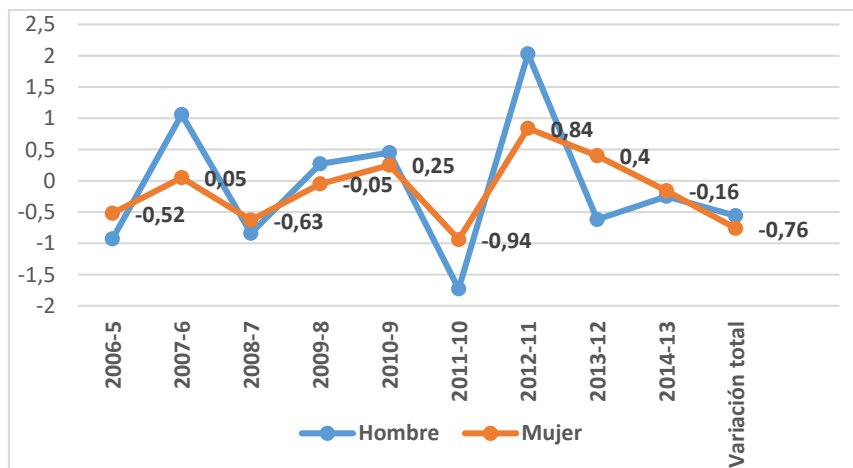


Se observa una variación entre los años un aumento de la tasa de suicidio en el 2007, 2009 y 2012 para los hombres, y en el 2007, 2010 y 2012 para ambos, y en el 2013 un aumento solo para las mujeres, lo que además indica una tendencia de aumento del suicidio en las mujeres (Tabla 14).

Tabla 14.- Variación interanual de la Tasa de suicidio, por año y sexo, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

Año	Hombre	Mujer
2006-5	-0,93	-0,52
2007-6	1,06	0,05
2008-7	-0,84	-0,63
2009-8	0,27	-0,05
2010-9	0,45	0,25
2011-10	-1,73	-0,94
2012-11	2,03	0,84
2013-12	-0,62	0,4
2014-13	-0,25	-0,16
Variación total	-0,56	-0,76

Gráfica 11.-Variación Interanual de la tasa de suicidios por sexo de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



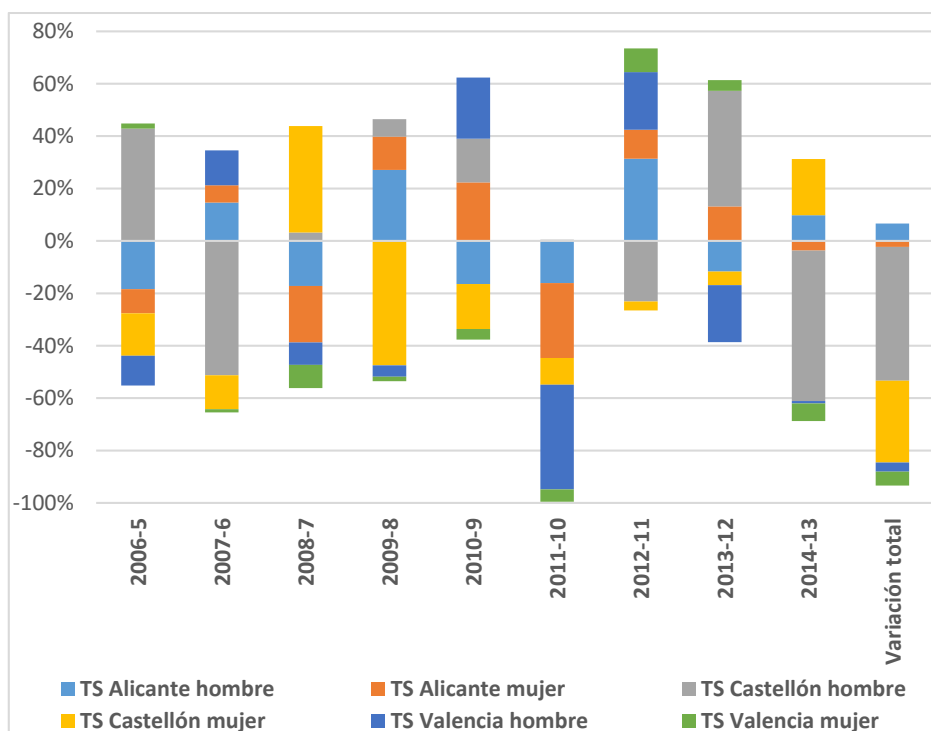
Cuando se analiza por provincias, es posible observar que se repiten que los hombres tienen mayor tasa de suicidio que las mujeres en todos los años. Asimismo, un aumento en todas las provincias y casi ambos sexos en el año 2005, un aumento en Alicante en ambos sexos en el 2007, un aumento de ambos sexos en Castellón en el 2008, un aumento de ambos sexos en Alicante y Valencia en el 2012; sin embargo, se observa que

a lo largo de la línea temporal son los hombres de Alicante quienes presentan un aumento (Tabla 15).

Tabla 15.- Tasa de suicidio anual e interanual, por año y sexo, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	Tasa suicidio Alicante hombre	Tasa suicidio Alicante mujer	Tasa suicidio Castellón hombre	Tasa suicidio Castellón mujer	Tasa suicidio Valencia hombre	Tasa suicidio Valencia mujer
2005	12,12	4,5	13,93	7,02	11,06	4,5
2006-5	-2,26	-1,13	5,26	-1,99	-1,39	0,24
2006	9,86	3,37	19,19	5,03	9,67	4,74
2007-6	2,51	1,13	-8,78	-2,22	2,28	-0,2
2007	12,37	4,5	10,41	2,81	11,95	4,54
2008-7	-1,39	-1,75	0,26	3,29	-0,69	-0,72
2008	10,98	2,75	10,67	6,1	11,26	3,82
2009-8	0,81	0,38	0,2	-1,42	-0,13	-0,05
2009	11,79	3,13	10,87	4,68	11,13	3,77
2010-9	-0,98	1,33	0,99	-1,02	1,39	-0,24
2010	10,81	4,46	11,86	3,66	12,52	3,53
2011-10	-1,06	-1,88	0,03	-0,67	-2,63	-0,31
2011	9,75	2,58	11,89	2,99	9,89	3,22
2012-11	3,15	1,11	-2,32	-0,34	2,2	0,91
2012	12,9	3,69	9,57	2,65	12,09	4,13
2013-12	-0,72	0,81	2,72	-0,32	-1,34	0,25
2013	12,18	4,5	12,29	2,33	10,75	4,38
2014-13	0,64	-0,24	-3,75	1,4	-0,66	-0,44
2014	12,82	4,26	8,54	3,73	10,69	3,94
Promedio	11,56	3,77	11,92	4,10	11,10	4,06
Variación total	0,7	-0,24	-5,39	-3,29	-0,37	-0,56

Gráfica 12.-Variación Interanual de la Tasa de suicidios por sexo y provincias de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



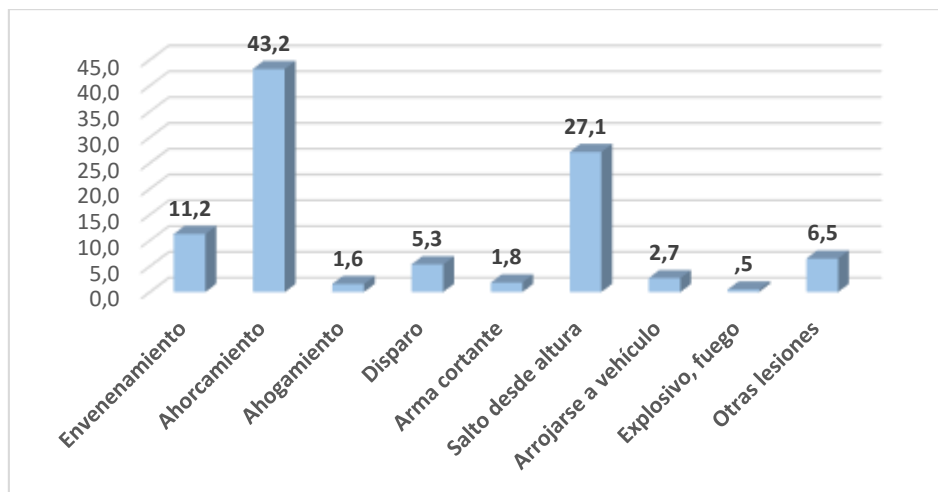
- **Causa de muerte**

Se observa un mayor porcentaje de causas por lesión por ahorcamiento, luego por salto desde altura y posteriormente todos los tipos de envenenamiento (Tabla 16).

Tabla 16.- Porcentaje de suicidio por tipo de lesión de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Envenenamiento	469	11,2
Lesión Ahorcamiento	1804	43,2
Lesión Ahogamiento	65	1,6
Lesión Disparo	223	5,3
Lesión Arma cortante	77	1,8
Lesión Salto desde altura	1133	27,1
Lesión Arrojarse a vehículo	112	2,7
Lesión Explosivo, fuego, agua caliente	20	,5
Otras lesiones	271	6,5
Total	4174	100,0

Gráfica 13.-Porcentaje de suicidios por causa de muerte de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014

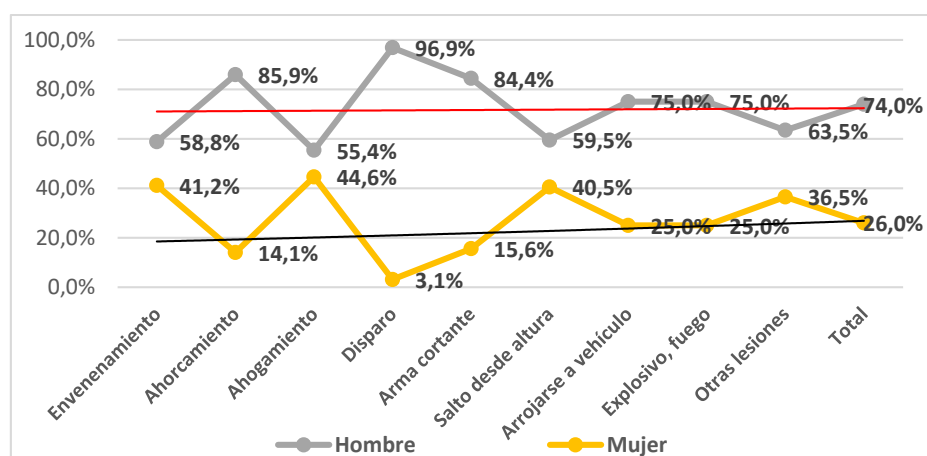


Según sexo, es posible observar que los hombres prefieren como método de suicidio en ahorcamiento y luego el salto de altura, mientras que en las mujeres es al revés, primero por salto desde altura y luego por ahorcamiento, sin embargo, tanto para hombres como para mujeres el tercer método escogido es el envenenamiento (Tabla 17). Asimismo, se observa que no hay un crecimiento para los suicidios en los hombres durante ese lapso de tiempo, pero sí en el caso de las mujeres (Gráfica 14).

Tabla 17.- Porcentaje de Tipos de lesión según sexo, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	Frecuencia		Porcentaje	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Envenenamiento	276	193	58,8%	41,2%
Lesión Ahorcamiento	1550	254	85,9%	14,1%
Lesión Ahogamiento	36	29	55,4%	44,6%
Lesión Disparo	216	7	96,9%	3,1%
Lesión Arma cortante	65	12	84,4%	15,6%
Lesión Salto desde altura	674	459	59,5%	40,5%
Lesión Arrojar a vehículo	84	28	75,0%	25,0%
Lesión explosivo, fuego, agua caliente	15	5	75,0%	25,0%
Otras lesiones	172	99	63,5%	36,5%
Total	3088	1086	74,0%	26,0%

Gráfica 14.-Porcentaje de suicidios por tipo de lesión y sexo de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



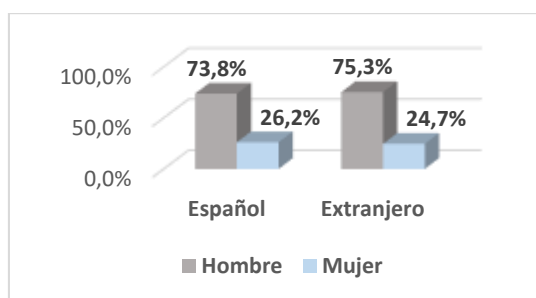
- **Nacionalidad**

Se observa que la mayoría de las personas que comenten suicidio son españolas y solo un pequeño porcentaje son extranjeros. Al comparar la distribución por nacionalidad y sexo se observa un mayor porcentaje de suicidio en hombres españoles, y el mayor porcentaje en sexo masculino se repite con los extranjeros (Tabla 18).

Tabla 18.- Porcentaje de suicidio, por nacionalidad y sexo, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Español	Frecuencia	2722	966	3688
	Porcentaje	73,8%	26,2%	88,4
Extranjero	Frecuencia	366	120	486
	Porcentaje	75,3%	24,7%	11,6
Total	Frecuencia	3088	1086	4174
	Porcentaje	74,0%	26,0%	

Gráfica 15.-Porcentaje de suicidios por nacionalidad de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



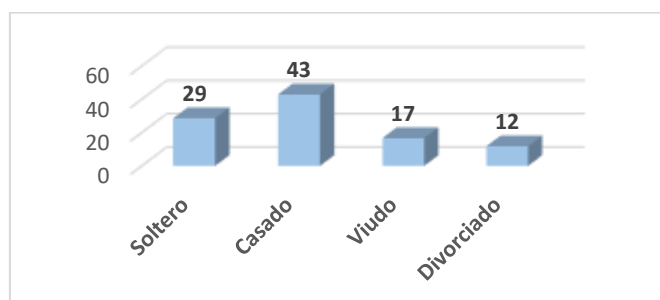
- **Estado civil**

Se observa un mayor porcentaje de suicidios en personas casadas, seguido por las solteras (Tabla 19).

Tabla 19.- Estado civil de la persona que se suicida, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

			Sexo		Total
			Hombre	Mujer	
Estado civil Soltero	Frecuencia	921	275	1196	
	Porcentaje	77,0%	23,0%	28,7	
Casado	Frecuencia	1356	433	1789	
	Porcentaje	75,8%	24,2%	42,9	
Viudo	Frecuencia	446	250	696	
	Porcentaje	64,1%	35,9%	16,7	
Divorciado	Frecuencia	365	128	493	
	Porcentaje	74,0%	26,0%	11,81	
Total	Frecuencia	3088	1086	4174	
	Porcentaje	74,0%	26,0%	100,0	

Gráfica 16.-Porcentaje de suicidios por estado civil de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



- **Grupo de edad**

Se realiza una descripción por rango de edad, en la cual se clasifica de la siguiente manera:

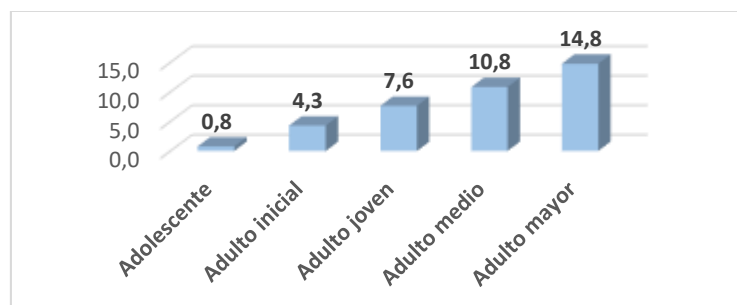
- **Adolescentes:** menores de 19 años
- **Adulto inicial:** de 20 a 24 años, es el periodo en el que se encuentran la mayoría de personas estudiando.
- **Adulto joven:** entre 25 y 39 años, es la etapa laboral más activa.
- **Adulto medio:** entre 40 y 64 años, es la segunda etapa laboral.
- **Adulto mayor:** mayor de 65 años, son las personas que se encuentran jubiladas.

En el caso del suicidio se observa que una mayor tasa para los adultos mayores, seguido por los adultos entre los 40 y 64 años, y del adulto joven (Tabla 20).

Tabla 20.- Tasa de suicidio según grupo de edad, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	Frecuencia	Porcentaje	Población	Tasa
Adolescente	75	1,8	9849326	0,8
Adulto inicial	126	3	2919557	4,3
Adulto joven	943	22,6	12328437	7,6
Adulto medio	1784	42,7	16464801	10,8
Adulto mayor	1246	29,9	8423362	14,8
Total	4174	100	49985483	8,4

Gráfica 17.-Tasa de suicidios por grupo de edad de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014

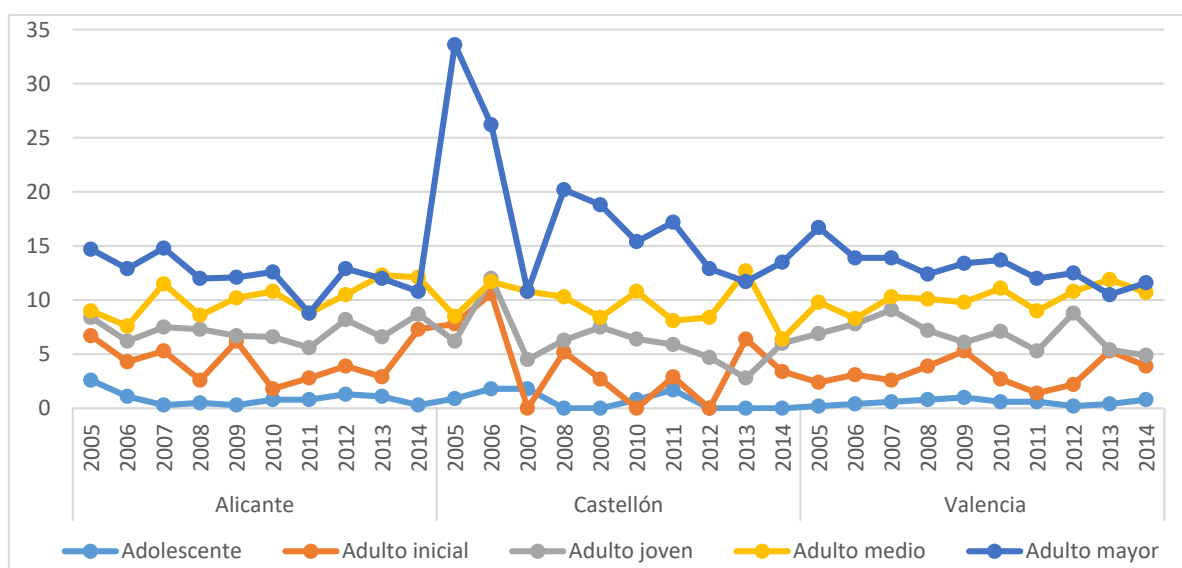


Por provincias es posible observar en todas las provincias hay mayor tasa de suicidio en los adultos mayores. En Alicante los adolescentes hay un aumento de la tasa a partir del año 2010, y los adultos entre 39 y 64 años y los adultos mayores a partir del año 2009. En Castellón se observa un aumento de la tasa de suicidio en el año 2006, luego disminuye; y se aprecia una disminución en los últimos diez años en los adultos mayores y de los adultos jóvenes. En Valencia se observa una disminución de la tasa de suicidio en los adultos mayores a partir del 2011, en los adultos tardío se aprecia un aumento en los años 2010, 2012 y 2013. Se observa una baja en las tasas en casi todos los grupos de edad y provincias en el año 2014, menos en Alicante (Tabla 21).

Tabla 21.- Tasa de suicidio por edad, provincias de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	Grupos de Edad						
		Adolescente	Adulto inicial	Adulto joven	Adulto medio	Adulto mayor	Total
Tasa Alicante	2005	2,6	6,7	8,4	9,0	14,7	8,3
	2006	1,1	4,3	6,2	7,6	12,9	6,6
	2007	0,3	5,3	7,5	11,5	14,8	8,4
	2008	0,5	2,6	7,3	8,6	12,0	6,9
	2009	0,3	6,2	6,7	10,2	12,1	7,5
	2010	0,8	1,8	6,6	10,8	12,6	7,6
	2011	0,8	2,8	5,6	8,8	8,8	6,2
	2012	1,3	3,9	8,2	10,5	12,9	8,3
	2013	1,1	2,9	6,6	12,3	12,0	8,3
	2014	0,3	7,3	8,7	12,1	10,8	8,5
	Promedio	0,9	4,4	7,2	10,1	12,4	7,7
Tasa Castellón	2005	0,9	7,8	6,2	8,5	33,6	10,5
	2006	1,8	10,6	12,0	11,7	26,2	12,1
	2007	1,8	0,0	4,5	10,8	10,8	6,6
	2008	0,0	5,2	6,3	10,3	20,2	8,4
	2009	0,0	2,7	7,5	8,4	18,8	7,8
	2010	0,8	0,0	6,4	10,8	15,4	7,8
	2011	1,7	2,9	5,9	8,1	17,2	7,4
	2012	0,0	0,0	4,7	8,4	12,9	6,1
	2013	0,0	6,4	2,8	12,7	11,7	7,3
	2014	0,0	3,4	6,0	6,4	13,5	6,1
	Promedio	0,7	3,9	6,2	9,6	18,0	8,0
Tasa Valencia	2005	0,2	2,4	6,9	9,8	16,7	7,7
	2006	0,4	3,1	7,8	8,3	13,9	7,2
	2007	0,6	2,6	9,1	10,3	13,9	8,2
	2008	0,8	3,9	7,2	10,1	12,4	7,5
	2009	1,0	5,3	6,1	9,8	13,4	7,4
	2010	0,6	2,7	7,1	11,1	13,7	8,0
	2011	0,6	1,4	5,3	9,0	12,0	6,5
	2012	0,2	2,2	8,8	10,8	12,5	8,1
	2013	0,4	5,3	5,4	11,9	10,5	7,5
	2014	0,8	3,9	4,9	10,7	11,6	7,3
	Promedio	0,6	3,3	6,9	10,2	13,1	7,5

Gráfica 18.-Tasa de suicidios, por grupo de edad y provincia de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014

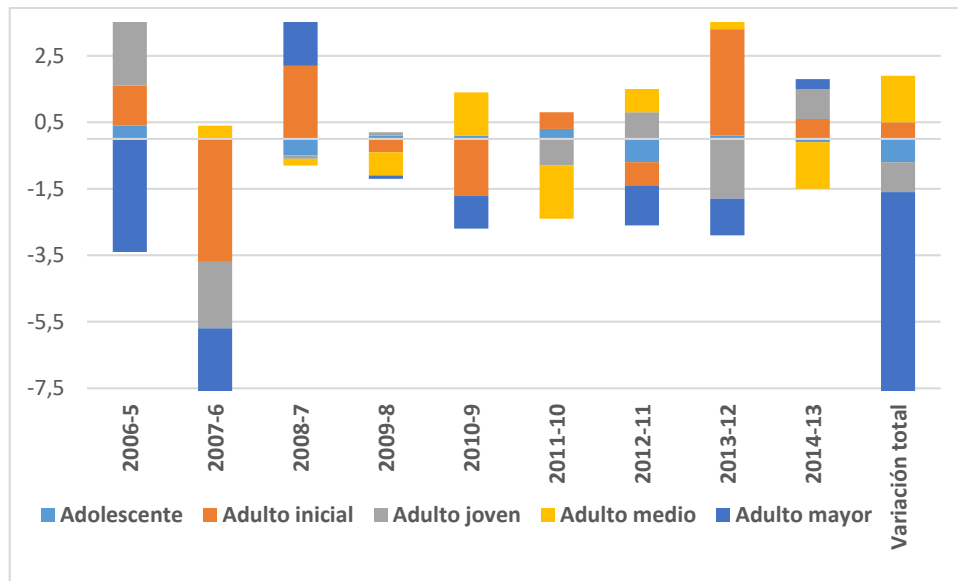


Al comparar los grupos de edad de la Comunidad Valenciana, se observa que no existe un aumento de los casos de suicidio en Adolescentes, Adulto inicial y Adulto joven. Sin embargo, se observa un aumento en la tasa en el grupo de Adulto medio a partir del año 2012, y una baja en la tasa de los adultos mayores a partir del 2008 (Tabla 22).

Tabla 22.- Variación de la Tasa de suicidio, por edad de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	Grupos de edad					Total
	Adolescente	Adulto inicial	Adulto joven	Adulto medio	Adulto mayor	
2006-5	0,4	1,2	2,2	0,6	-3,4	0,4
2007-6	0,0	-3,7	-2,0	0,4	-5,2	-1,5
2008-7	-0,5	2,2	-0,1	-0,2	2,7	0,4
2009-8	0,1	-0,4	0,1	-0,7	-0,1	-0,2
2010-9	0,1	-1,7	0,0	1,3	-1,0	0,2
2011-10	0,3	0,5	-0,8	-1,6	0,0	-0,6
2012-11	-0,7	-0,7	0,8	0,7	-1,2	0,1
2013-12	0,1	3,2	-1,8	1,8	-1,1	0,2
2014-13	-0,1	0,6	0,9	-1,4	0,3	-0,2
Variación total	-0,7	0,5	-0,9	1,4	-6,4	-0,7

Gráfica 19.-Variación de la Tasa de suicidios, por grupo de edad de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



4.1.6. Tasa de depresión

Esta variable se considera por las altas hospitalarias según los diagnósticos CIE 9 de trastorno depresivo mayor episodio único y recurrente.

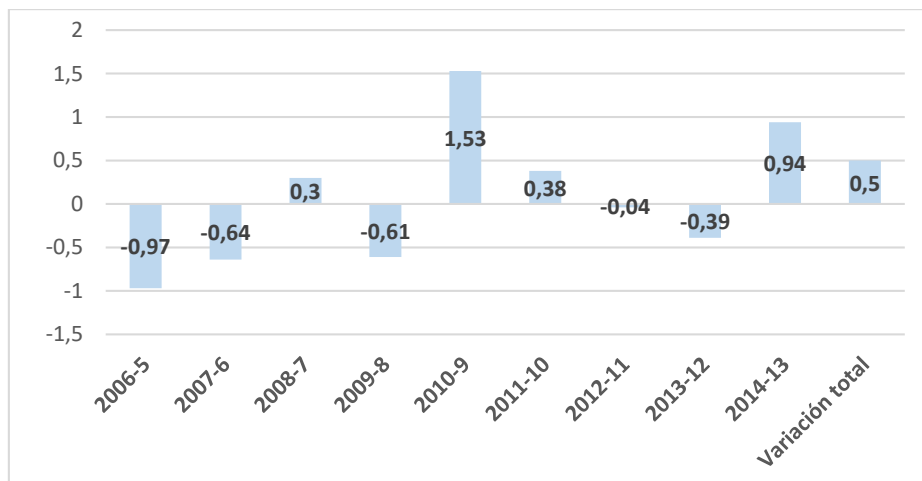
- **Año**

Respecto de la frecuencia de casos de depresión por año, se observa un aumento de las tasas a partir del año 2010, el cual se mantiene hasta el año 2014 (Tabla 23).

Tabla 23.- Tasa de depresión, por año, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	Frecuencia	Porcentaje	Población	Tasa
2005	362	10,2	4.692.449	7,71
2006	324	9,1	4.806.908	6,74
2007	298	8,4	4.885.029	6,10
2008	322	9,1	5.029.601	6,40
2009	295	8,3	5.094.675	5,79
2010	374	10,6	5.111.706	7,32
2011	394	11,1	5.117.190	7,70
2012	393	11,1	5.129.266	7,66
2013	372	10,5	5.113.815	7,27
2014	411	11,6	5.004.844	8,21
Total	3545	100,0		

Gráfica 20.-Variación de la Tasa de depresión por año de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



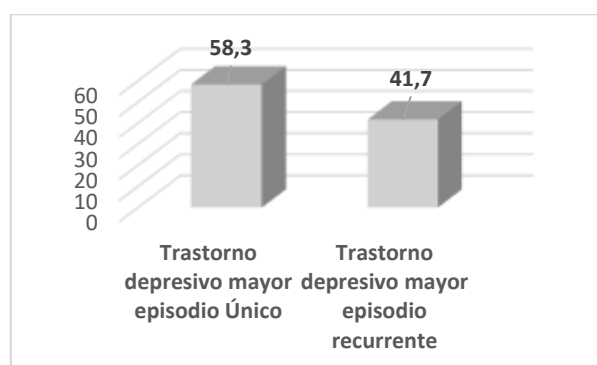
- **Diagnóstico**

Según el diagnóstico se observa un porcentaje levemente mayor en los casos ingresados por un trastorno depresivo mayor único, en comparación con el recurrente (Tabla 24).

Tabla 24.- Porcentaje de depresión, por diagnóstico, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

Diagnóstico		
	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno depresivo mayor episodio Único	2066	58,3
Trastorno depresivo mayor episodio recurrente	1479	41,7
Total	3545	100,0

Gráfica 21.-Porcentaje de depresión por diagnóstico de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



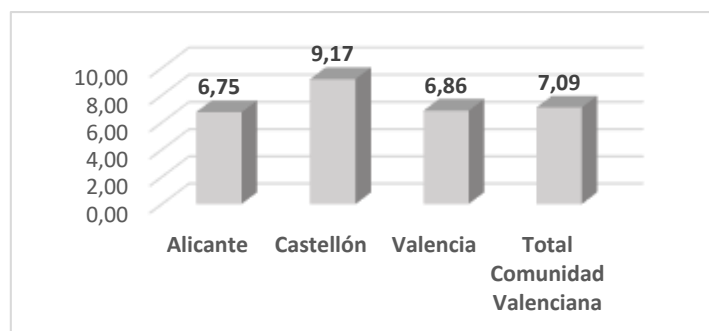
- **Provincia de Residencia**

Se observa una mayor frecuencia de casos en la provincia de Valencia, sin embargo, Castellón presenta una tasa más elevada (Tabla 25).

Tabla 25.- Tasa de depresión, por provincia, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

Provincia Residencia				
	Frecuencia	Porcentaje	Población	Tasa
Alicante	1267	35,7	18.768.099	6,75
Castellón	539	15,2	5.876.080	9,17
Valencia	1739	49,1	25.341.304	6,86
Comunidad Valenciana	3545	100,0	49.985.483	7,09

Gráfica 22.-Tasa de depresión por provincia de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



Se observa que la Provincia de Castellón presenta tasas más altas de depresión en todos los años (Tabla 26).

Tabla 26.- Tasa de depresión, por provincia y año, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

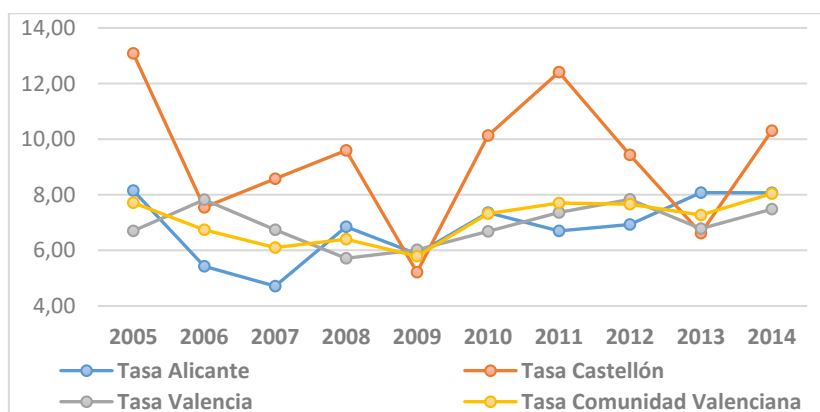
	Tasa Alicante	Tasa Castellón	Tasa Valencia	Tasa Comunidad Valenciana
2005	8,15	13,08	6,7	7,71
2006	5,43	7,54	7,82	6,74
2007	4,71	8,58	6,74	6,1
2008	6,85	9,59	5,71	6,4
2009	5,87	5,21	6,02	5,79
2010	7,36	10,13	6,68	7,32
2011	6,7	12,41	7,36	7,7
2012	6,93	9,43	7,83	7,66
2013	8,08	6,62	6,78	7,27
2014	8,07	10,3	7,48	8,04

Es posible observar un aumento de los casos de depresión sobretodo a partir del año 2010. En Castellón se observa un aumento en el año 2008, 2010, 2011 y 2014; en Alicante se ve un aumento en los años 2008, 2010, 2012 y 2013; y en Valencia se aprecia un alza en la tasa en los años 2009, 2010, 2011, 2012 y 2014 (Tabla 27).

Tabla 27.- Variación de la Tasa de depresión, por provincia y año, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	Tasa Alicante	Tasa Castellón	Tasa Valencia	Tasa Comunidad Valenciana
2006-5	-2,72	-5,54	1,12	-0,97
2007-6	-0,72	1,04	-1,08	-0,64
2008-7	2,14	1,01	-1,03	0,3
2009-8	-0,98	-4,38	0,31	-0,61
2010-9	1,49	4,92	0,66	1,53
2011-10	-0,66	2,28	0,68	0,38
2012-2011	0,23	-2,98	0,47	-0,04
2013-12	1,15	-2,81	-1,05	-0,39
2014-13	-0,01	3,68	0,7	0,77
Variación total	-0,08	-2,78	0,78	0,33

Gráfica 23.-Tasa de depresión por provincia de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



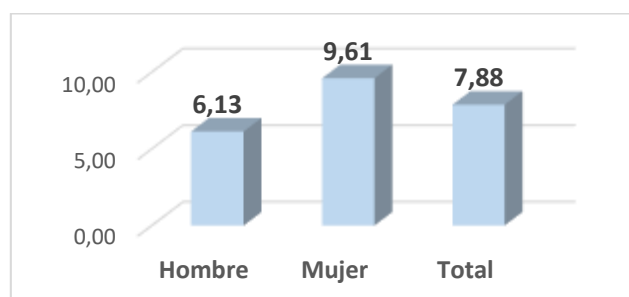
- **Sexo**

Se observa una mayor tasa de mujeres que padecen depresión en comparación con los hombres (Tabla 28).

Tabla 28.- Tasa de depresión por 100.000 habitantes, por sexo, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

Sexo				
	Frecuencia	Porcentaje	Población	Tasa
Hombre	1372	38,7	22.370.755	6,13
Mujer	2173	61,3	22.609.884	9,61
Total	3545	100,0	44.980.639	
Promedio				7,88

Gráfica 24.-Tasa de depresión por provincia de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



Por provincia y sexo es posible observar que la tasa de depresión es mayor en las mujeres en todas las provincias en comparación con los hombres, sin embargo, es la provincia de Castellón la que presenta una diferencia significativa (Tabla 29).

Tabla 29.- Tasa de depresión por 100.000 habitantes, por provincia, año y sexo, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	Tasa depresión Alicante hombre	Tasa depresión Castellón hombre	Tasa depresión Valencia hombre	Tasa depresión Alicante mujer	Tasa depresión Castellón mujer	Tasa depresión Valencia mujer
2005	7,62	8,07	5,03	7,96	17,36	8,01
2006	2,58	7,46	6,8	7,97	7,18	8,52
2007	2,85	9,37	4,79	6,36	7,36	8,52
2008	4,22	7,34	4,2	9	11,18	6,94
2009	5,64	3,62	4	5,94	6,69	7,85
2010	5,51	9,56	5,56	9,12	10,64	7,75
2011	4,35	9,58	6,28	8,97	15,26	8,43
2012	5,37	6,93	6,83	8,41	11,93	8,8
2013	5,78	6,31	5,3	10,34	6,98	8,3
2014	6,78	6,83	5,18	10	14,25	9,81
Promedio	5,07	7,51	5,4	8,41	10,88	8,29

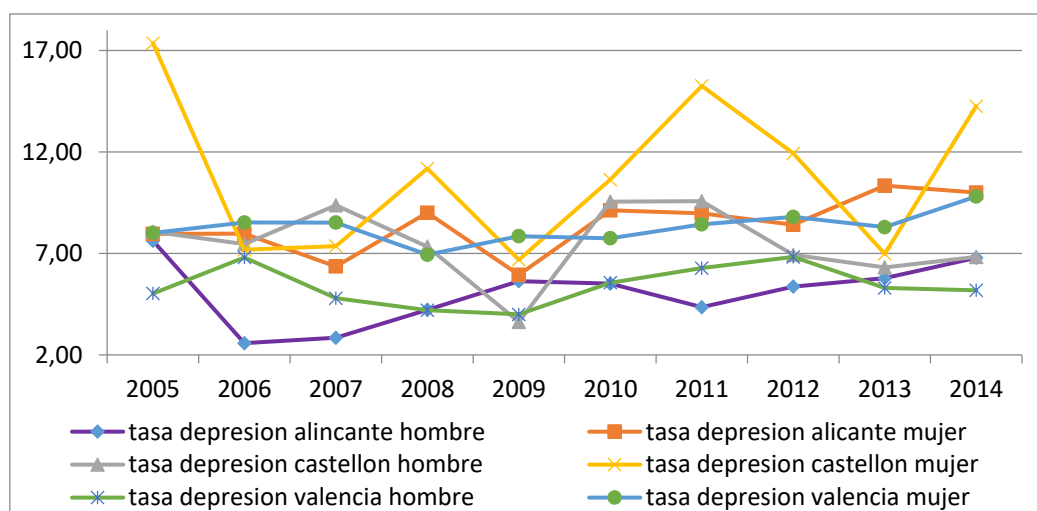
Respecto de la variación interanual, se aprecia un aumento en Castellón el 2007, 2010, 2011 y 2014 significativamente mayor en las mujeres; en Alicante 2007, 2008, 2009,

2010, 2012, 2013 y 2014 se observa que es mayor en las mujeres sin embargo se aprecia incremente en la tasa en los hombres; en Valencia, en 2009, 2010, 2011, 2012 y 2014 en igual medida para hombre y mujeres (Tabla 30).

Tabla 30.- Variación Interanual de la Tasa de depresión por 100.000 habitantes, por provincia, año y sexo, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	Tasa depresión Alicante hombre	Tasa depresión Castellón hombre	Tasa depresión Valencia hombre	Tasa depresión Alicante mujer	Tasa depresión Castellón mujer	Tasa depresión Valencia mujer
2006-5	-5,04	-0,61	1,77	0,01	-10,18	0,51
2007-6	0,27	1,91	-2,01	-1,61	0,18	0
2008-7	1,37	-2,03	-0,59	2,64	3,82	-1,58
2009-8	1,42	-3,72	-0,2	-3,06	-4,49	0,91
2010-9	-0,13	5,94	1,56	3,18	3,95	-0,1
2011-10	-1,16	0,02	0,72	-0,15	4,62	0,68
2012-11	1,02	-2,65	0,55	-0,56	-3,33	0,37
2013-12	0,41	-0,62	-1,53	1,93	-4,95	-0,5
2014-13	1	0,52	-0,12	-0,34	7,27	1,51
Variación total	-0,84	-1,24	0,15	2,04	-3,11	1,8

Gráfica 25.-Tasa de depresión por provincia y sexo de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



- **Grupos de edad**

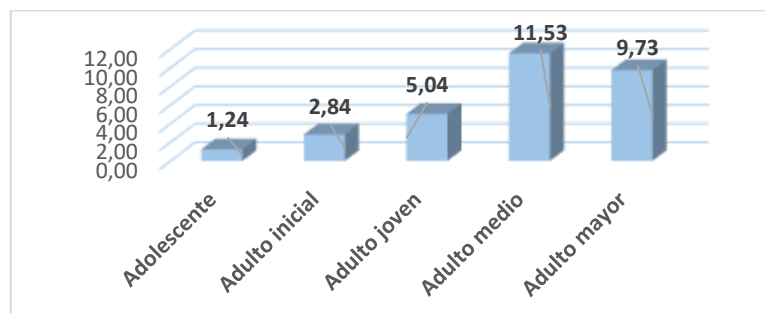
Según los grupos de edad anteriormente descritos, se observa que una mayor tasa de persona ingresadas por depresión en la etapa de adulto medio, es decir, entre los 40 y

64 años, seguido de los adultos mayores y luego por las personas adulto joven (Tabla 31).

Tabla 31.- Tasa de Depresión, por grupo de edad, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje	Población	Tasa
Adolescente	122	3,4	9849326	1,24
Adulto inicial	83	2,3	2919557	2,84
Adulto joven	621	17,5	12328437	5,04
Adulto medio	1899	53,6	16464801	11,53
Adulto mayor	820	23,1	8423362	9,73
Total	3545	100,0	49985483	7,09

Gráfica 26.-Tasa de depresión por grupo de edad de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



Sin embargo, en las variaciones por años y grupos de edad, se observa un incremento de la tasa de depresión a partir del año 2010 en los adolescentes y adultos entre 40 y 64 años (Tabla 32).

Tabla 32.- Tasa de depresión por edad de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

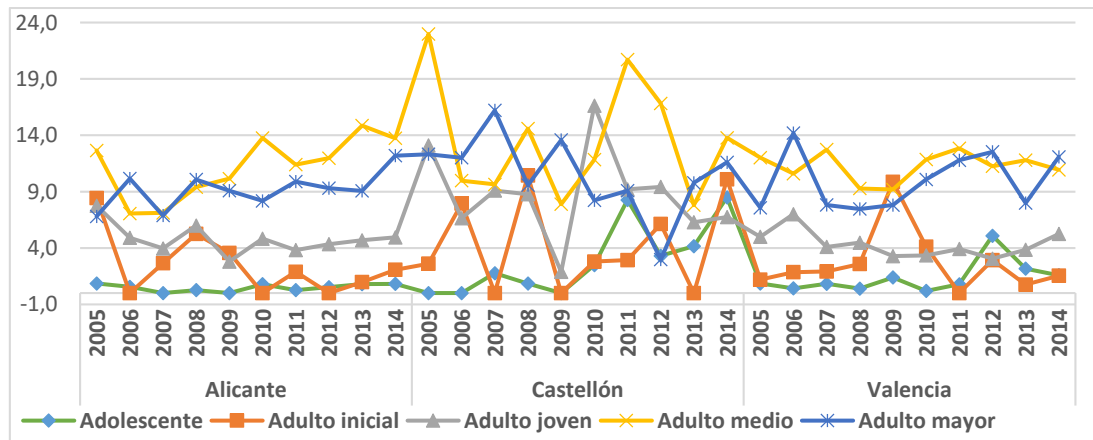
	Grupos de edad					Total
	Adolescente	Adulto inicial	Adulto joven	Adulto medio	Adulto mayor	
2005	0,60	4,07	8,63	15,90	8,90	9,00
2006	0,33	3,27	6,17	9,23	12,13	6,77
2007	0,87	1,53	5,73	9,80	10,30	6,57
2008	0,50	6,10	6,43	11,10	9,07	7,13
2009	0,47	4,50	2,67	9,10	10,17	5,60
2010	1,17	2,30	8,23	12,50	8,83	8,03
2011	3,13	1,60	5,63	14,97	10,27	8,83
2012	2,97	3,00	5,60	13,37	8,27	8,03
2013	2,40	0,60	4,93	11,50	8,97	7,17
2014	3,63	4,57	5,63	12,80	11,97	8,83
Promedio	1,63	3,17	5,97	12,00	9,90	7,63

En Alicante y Valencia se observa una mayor tasa para los adultos entre 40 y 64 años. En Castellón se observa una mayor tasa en los adultos mayores, pero a partir del año 2011 es en el grupo entre 40 y 64 años (Tabla 33).

Tabla 33.- Tasa de depresión, por edad y provincias de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

		Grupos de edad					
		Adolescente	Adulto inicial	Adulto joven	Adulto medio	Adulto mayor	Total
Alicante	2005	0,9	8,4	7,8	12,7	6,8	7,8
	2006	0,6	0	4,9	7,1	10,2	5,3
	2007	0	2,7	4	7,1	6,9	4,6
	2008	0,3	5,3	6	9,4	10,1	6,6
	2009	0	3,6	2,8	10,2	9,1	5,8
	2010	0,8	0	4,8	13,8	8,2	7,3
	2011	0,3	1,9	3,8	11,4	9,9	6,7
	2012	0,5	0	4,3	12	9,3	6,9
	2013	0,8	1	4,7	14,9	9,1	8,1
	2014	0,8	2,1	4,9	13,7	12,2	8,4
	Promedio	0,5	2,5	4,8	11,2	9,2	6,8
Castellón	2005	0	2,6	13,1	23	12,3	12,7
	2006	0	7,9	6,6	10	12	7,3
	2007	1,8	0	9,1	9,6	16,2	8,4
	2008	0,8	10,4	8,8	14,6	9,6	9,2
	2009	0	0	1,9	7,9	13,6	5,1
	2010	2,5	2,8	16,6	11,8	8,2	10,1
	2011	8,3	2,9	9,2	20,7	9,1	12,4
	2012	3,3	6,1	9,4	16,8	3	9,4
	2013	4,2	0	6,3	7,8	9,8	6,6
	2014	8,5	10,1	6,7	13,8	11,6	10,6
	Promedio	3	4,3	8,8	13,5	10,5	9,2
Valencia	2005	0,9	1,2	5	12	7,6	6,5
	2006	0,4	1,9	7	10,6	14,2	7,7
	2007	0,8	1,9	4,1	12,7	7,8	6,7
	2008	0,4	2,6	4,5	9,3	7,5	5,6
	2009	1,4	9,9	3,3	9,2	7,8	5,9
	2010	0,2	4,1	3,3	11,9	10,1	6,7
	2011	0,8	0	3,9	12,8	11,8	7,4
	2012	5,1	2,9	3,1	11,3	12,5	7,8
	2013	2,2	0,8	3,8	11,8	8	6,8
	2014	1,6	1,5	5,3	10,9	12,1	7,5
	Promedio	1,4	2,7	4,3	11,3	10	6,9

Gráfica 27.-Tasa de depresión, por grupo de edad y provincia de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



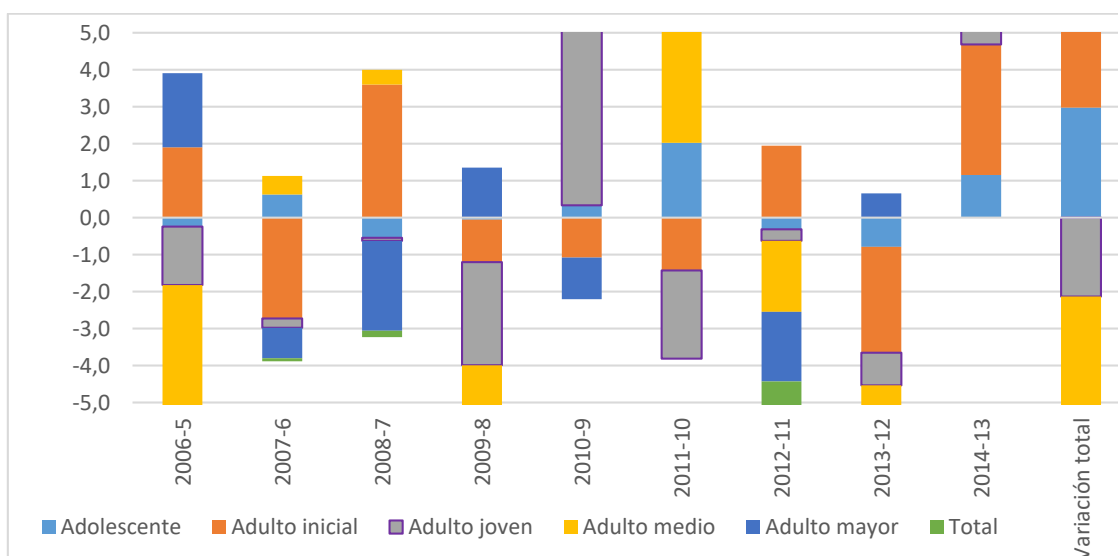
En Alicante se observa un incremento de las tasas en casi todos los grupos de edad en los años 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014, y el mayor aumento se vio en el grupo de los adultos mayores. En Castellón se aprecia un aumento de dicha tasa en el 2007, 2010, 2011 y 2014 en casi todos los grupos etarios, con valores mayores que el resto de provincias, con mayor variación total en los adolescentes y adultos entre 20 y 24 años. Mientras que en Valencia existe un aumento de la tasa en los años 2006, 2007, 2009, 2011, 2012 y 2014, con los cual se observa un aumento en todos los grupos de edad sobretodo del adulto mayor (Tabla 34).

Tabla 34.- Variación interanual de la Tasa de depresión, por edad y provincias de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

		Adolescente	Adulto inicial	Adulto joven	Adulto medio	Adulto mayor	Total
Alicante	2006-5	-0,3	-8,4	-2,9	-5,6	3,4	-2,5
	2007-6	-0,6	2,7	-0,9	0	-3,3	-0,7
	2008-7	0,3	2,6	2	2,3	3,2	2
	2009-8	-0,3	-1,7	-3,2	0,8	-1	-0,8
	2010-9	0,8	-3,6	2	3,6	-0,9	1,5
	2011-10	-0,5	1,9	-1	-2,4	1,7	-0,6
	2012-11	0,2	-1,9	0,5	0,6	-0,6	0,2
	2013-12	0,3	1	0,4	2,9	-0,2	1,2
	2014-13	0	1,1	0,2	-1,2	3,1	0,3
	Variación total	-0,1	-6,3	-2,9	1	5,4	0,6
Castellón	2006-5	0	5,3	-6,5	-13	-0,3	-5,4
	2007-6	1,8	-7,9	2,5	-0,4	4,2	1,1
	2008-7	-1	10,4	-0,3	5	-6,6	0,8
	2009-8	-0,8	-10,4	-6,9	-6,7	4	-4,1
	2010-9	2,5	2,8	14,7	3,9	-5,4	5
	2011-10	5,8	0,1	-7,4	8,9	0,9	2,3
	2012-11	-5	3,2	0,2	-3,9	-6,1	-3
	2013-12	0,9	-6,1	-3,1	-9	6,8	-2,8

	2014-13	4,3	10,1	0,4	6	1,8	4
	Variación total	8,5	7,5	-6,4	-9,2	-0,7	-2,1
Valencia	2006-5	-0,5	0,7	2	-1,4	6,6	1,2
	2007-6	0,4	0	-2,9	2,1	-6,4	-1
	2008-7	-0,4	0,7	0,4	-3,4	-0,3	-1,1
	2009-8	1	7,3	-1,2	-0,1	0,3	0,3
	2010-9	-1,2	-5,8	0	2,7	2,3	0,8
	2011-10	0,6	-4,1	0,6	0,9	1,7	0,7
	2012-11	4,3	2,9	-0,8	-1,5	0,7	0,4
	2013-12	-2,9	-2,1	0,7	0,5	-4,5	-1
	2014-13	-0,6	0,7	1,5	-0,9	4,1	0,7
	Variación total	0,7	0,3	0,3	-1,1	4,5	1
	Variación total CV	9,1	1,5	-9	-9,3	9,2	-0,5

Gráfica 28.-Variación Interanual de la Tasa de depresión, por grupo de edad de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



- **Mes de atención**

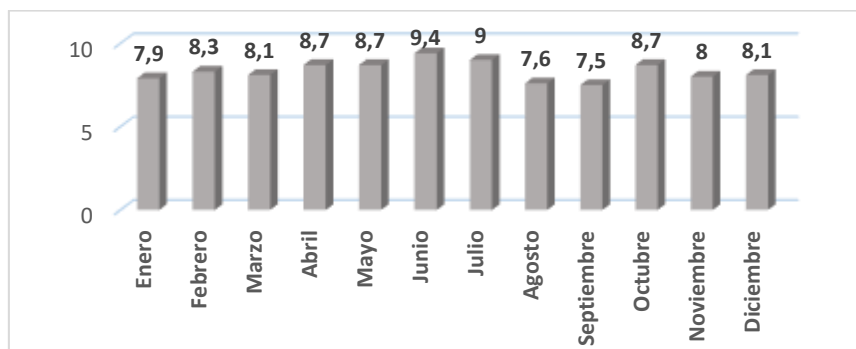
Según el mes de alta hospitalaria se observa un mayor porcentaje de casos en junio y julio (Tabla 35).

Tabla 35.- Porcentaje de Depresión, según mes de alta, de la población de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014.

	Mes Alta	
	Frecuencia	Porcentaje
Enero	280	7,9
Febrero	296	8,3
Marzo	287	8,1

Abril	308	8,7
Mayo	309	8,7
Junio	335	9,4
Julio	319	9,0
Agosto	268	7,6
Septiembre	267	7,5
Octubre	307	8,7
Noviembre	282	8,0
Diciembre	287	8,1
Total	3545	100,0

Gráfica 29.-Porcentaje de depresión por mes, de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



4.2. Análisis relacional

4.2.1. Correlaciones

Se realiza un análisis del coeficiente de correlación teniendo como variables dependientes las variables **tasa de suicidio y tasa de depresión**, con los siguientes resultados (Tabla 36):

- **Tasa de suicidio** tiene una correlación con la **tasa de desempleo** con valores de Pearson de -0,363, pero como se aprecia es negativa, es decir que cuando la **Tasa de desempleo aumenta la tasa de suicidio disminuye**, y de significación bilateral de **0,048 que es menor a 0,05**, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se puede decir que la **correlación es significativa al 95% de confianza**.
- **Tasa de depresión** tiene una correlación con el **Producto Interior Bruto** con valores de Pearson de -0,531, pero como se aprecia es negativa, es decir que cuando el **Producto Interior Bruto aumenta la Tasa de depresión disminuye**, y

de significación bilateral de **0,003 que es menor a 0,05**, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se puede decir que la **correlación es significativa al 95% de confianza**.

Tabla 36.- Análisis correlacional de Pearson entre las variables Producto Interno Bruto, tasa de desempleo, tasa de actividad, tasa de suicidio y tasa de depresión.

		Correlaciones				
		Producto Interno Bruto	Tasa de Desempleo	Tasa de Actividad	Tasa de Suicidio	Tasa de Depresión
Producto Interno Bruto	Correlación de Pearson	1	-,034	,876**	-,170	-,531**
	Sig. (bilateral)		,857	,000	,370	,003
	N	30	30	30	30	30
Tasa de Desempleo	Correlación de Pearson	-,034	1	-,026	-,363*	,076
	Sig. (bilateral)	,857		,892	,048	,691
	N	30	30	30	30	30
Tasa de Actividad	Correlación de Pearson	,876**	-,026	1	-,156	-,325
	Sig. (bilateral)	,000	,892		,410	,080
	N	30	30	30	30	30
Tasa de Suicidio	Correlación de Pearson	-,170	-,363*	-,156	1	,159
	Sig. (bilateral)	,370	,048	,410		,401
	N	30	30	30	30	30
Tasa de Depresión	Correlación de Pearson	-,531**	,076	-,325	,159	1
	Sig. (bilateral)	,003	,691	,080	,401	
	N	30	30	30	30	30

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

4.2.2. Regresión lineal simple

Con la finalidad de analizar la relación de las variables dependientes de Tasa de suicidio y Tasa de depresión con el resto de variables, se realiza una regresión lineal simple:

- **Tasa de Suicidio y Tasa de Desempleo**

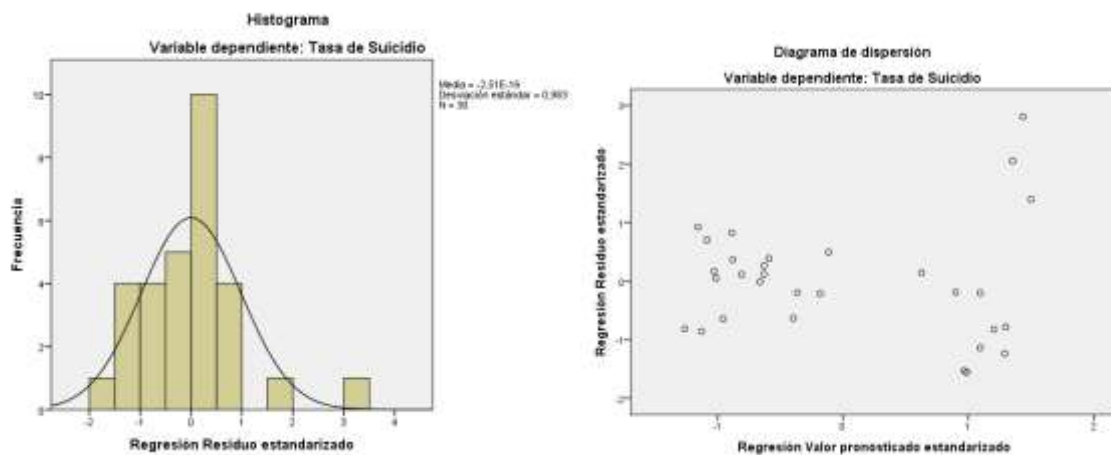
Para un intervalo de confianza del 95%, según la pendiente B, es posible observar que **por cada unidad de incremento de la Tasa de suicidio, la Tasa de desempleo disminuye en -0,054**. Es decir, dicha relación **es significativa** puesto que la significación bilateral es de 0,048 que es menor a 0,05 (Tabla 37). Además, se han representado el histograma de los residuos y su diagrama de dispersión con los residuos (Gráfica 30), donde se observa que tienen una distribución normal pero no hay una relación clara en los residuos estandarizados.

Tabla 37.- Coeficientes de la regresión lineal simple entre tasa de suicidio y tasa de desempleo.

Coeficientes ^a					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
1 (Constante)	8,746	,531		16,466	,000
Tasa de Desempleo	-,054	,026	-,363	-2,063	,048

a. Variable dependiente: Tasa de Suicidio

Gráfica 30.-Histograma y diagrama de dispersión de la tasa de suicidio y tasa de desempleo, de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



- Tasa de Depresión y Producto Interior Bruto

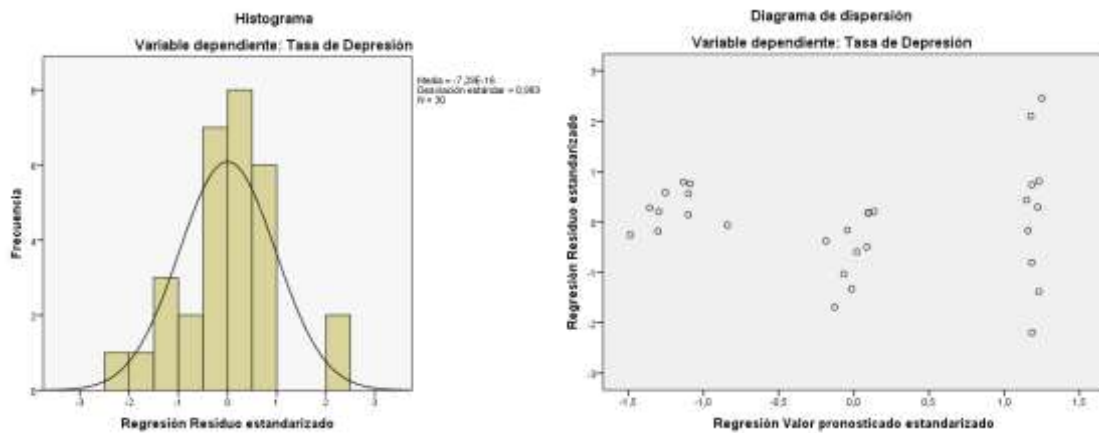
Para un intervalo de confianza del 95%, según la pendiente B, es posible observar que **por cada unidad de incremento de la Tasa de depresión, el Producto Interior Bruto disminuye en -6,109E-08**. Además, dicha relación es **significativa** puesto que la significación bilateral es 0,003 que es menor a 0,05 (Tabla 38). Además, se han representado el histograma de los residuos y su diagrama de dispersión con los residuos (Gráfica 31), donde se observa que tienen una distribución normal pero no hay una relación clara en los residuos estandarizados.

Tabla 38.- Coeficientes de la regresión lineal simple entre tasa de depresión y Producto Interior Bruto.

Coeficientes ^a					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
1 (Constante)	9,702	,685		14,168	,000
Producto Interior Bruto	-6,109E-08	,000	-,531	-3,314	,003

a. Variable dependiente: Tasa de Depresión

Gráfica 31.-Histograma y diagrama de dispersión de la tasa de depresión y el Producto Interior Bruto, de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



4.2.3. Regresión lineal múltiple

A continuación, se estudió la relación entre la Tasa de depresión y suicidio y las variables PIB, desempleo y actividad de las que se tiene información completa anual y por provincias.

- **Tasa de Depresión de la Comunidad Valenciana**

Del análisis de la regresión lineal múltiple de la tasa de depresión, se observa que el **Producto Interior Bruto explica el 28,2% de la Tasa de Depresión** (Tabla 39).

Tabla 39.- R cuadrado de la regresión lineal múltiple entre tasa de depresión y Producto Interior Bruto.

Resumen del modelo ^b					
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	,531 ^a	,282	,256	1,67705	1,923
a. Predictores: (Constante), Producto Interior Bruto					
b. Variable dependiente: Tasa de Depresión					

Para un intervalo de confianza del **95%**, según la pendiente B, es posible observar que el aumento de 1 millón de € del Producto Interior Bruto produce una disminución de la tasa de depresión en -6,109E-08 unidades, con un **coeficiente de correlación de -0,531**. Dicha relación es **significativa** puesto que la significación bilateral es 0,003 que es menor a 0,05 (Tabla 40).

Tabla 40.- Coeficientes de la regresión lineal múltiple entre tasa de depresión y Producto Interior Bruto.

Coeficientes ^a						
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
		B	Error estándar	Beta		
1	(Constante)	9,702	,685		14,168	,000
	Producto Interior Bruto	-6,109E-08	,000	-,531	-3,314	,003

a. Variable dependiente: Tasa de Depresión

Se excluyen de la regresión las variables de Tasa de Desempleo, tasa de Actividad y tasa de Suicidio (Tabla 41).

Tabla 41.- Variables excluidas de la regresión lineal múltiple de la tasa de depresión

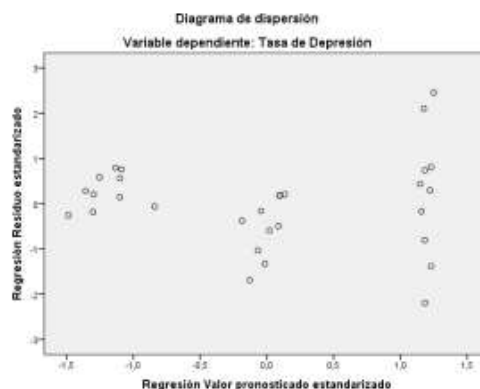
Variables excluidas ^a						
Modelo		En beta	t	Sig.	Correlación parcial	Estadísticas de colinealidad
						Tolerancia
1	Tasa de Desempleo	,057 ^b	,352	,727	,068	,999
	Tasa de Actividad	,601 ^b	1,895	,069	,343	,233
	Tasa de Suicidio	,171 ^b	1,025	,314	,194	,916

a. Variable dependiente: Tasa de Depresión

b. Predictores en el modelo: (Constante), Producto Interior Bruto

En la representación del diagrama de dispersión con los residuos (Gráfica 32), se observa que tienen una distribución normal pero no hay una relación clara en los residuos estandarizados.

Gráfica 32.-Diagrama de dispersión de la tasa de depresión y el Producto Interior Bruto, de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



- **Tasa de suicidio de la Comunidad Valenciana**

Del análisis de la regresión lineal múltiple de la Tasa de suicidio, se observa que la Tasa de desempleo y la tasa de depresión, que **explican el 33,3% de la Tasa de suicidio** (Tabla 42).

Tabla 42.- R cuadrado de la regresión lineal múltiple de la tasa de suicidio con la tasa de desempleo y de depresión.

Resumen del modelo ^c					
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	,461 ^a	,213	,185	1,20525	
2	,577 ^b	,333	,284	1,12964	2,023
a. Predictores: (Constante), Tasa de Desempleo					
b. Predictores: (Constante), Tasa de Desempleo, Tasa de Depresión					
c. Variable dependiente: Tasa de Suicidio					

Para un intervalo de confianza del **95%**, según la pendiente B, es posible observar que el aumento de una unidad de la Tasa depresión **produce un aumento de la Tasa de suicidio 0,239 unidades**. Además, presentan coeficientes de correlación de -0,488 para la tasa de desempleo y 0,348 para la tasa de depresión. Dicha relación es **significativa** puesto que la significación bilateral es **0,036** que menor a 0,05 (Tabla 43).

Tabla 43.- Coeficientes de la regresión lineal múltiple de la tasa de suicidio con la tasa de desempleo y de depresión.

Coeficientes ^a						
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error estándar	Beta		
1	(Constante)	9,269	,551		16,812	,000
	Tasa de Desempleo	-,074	,027	-,461	-2,751	,010
2	(Constante)	7,516	,947		7,933	,000
	Tasa de Desempleo	-,079	,025	-,488	-3,094	,005
	Tasa de Depresión	,239	,108	,348	2,208	,036
a. Variable dependiente: Tasa de Suicidio						

Se excluyen de la regresión las variables **Tasa de actividad, Producto Interior Bruto y la interacción entre Depresión y desempleo** (Tabla 44).

Tabla 44.- Variables excluidas de la regresión lineal múltiple de la tasa de suicidio.

Variables excluidas ^a						
Modelo		En beta	t	Sig.	Correlación parcial	Estadísticas de colinealidad
		Tolerancia				
1	Producto Interior Bruto	-,307 ^b	-1,912	,067	-,345	,999
	Tasa de Actividad	-,197 ^b	-1,185	,246	-,222	,999
	Tasa de Depresión	,348 ^b	2,208	,036	,391	,994
	Depresión* desempleo	,470 ^b	1,320	,198	,246	,216
2	Producto Interior Bruto	-,170 ^c	-,916	,368	-,177	,718
	Tasa de Actividad	-,095 ^c	-,564	,577	-,110	,895
	Depresión*desempleo	-1,050 ^c	-1,382	,179	-,262	,041
a. Variable dependiente: Tasa de Suicidio						
b. Predictores en el modelo: (Constante), Tasa de Desempleo						
c. Predictores en el modelo: (Constante), Tasa de Desempleo, Tasa de Depresión						

Al realizar una regresión lineal múltiple entre tasa de suicidio con tasa de desempleo, tasa de depresión y la interacción entre depresión y desempleo, se observa que el coeficiente B de la **tasa de desempleo se vuelve positivo**, es decir que **por cada unidad que aumente la tasa de suicidio la tasa de desempleo aumenta en 0,066; sin embargo, deja de ser una relación significativa (0,545)** (Tabla 45).

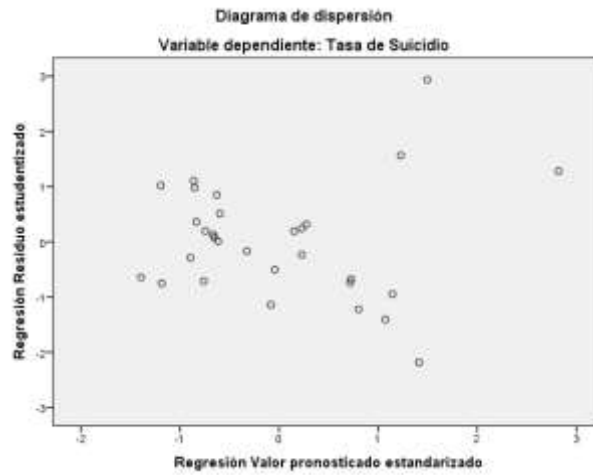
Con estos resultados se presume que la introducción de la variable interacción de depresión y desempleo han tenido un comportamiento de modificadoras del efecto, y han dejado solo el efecto neto de las variables desempleo y depresión. En conclusión, la **única variable que tiene una relación significativa con la tasa de suicidio es la tasa de depresión con un coeficiente beta de 0,78 y una significación bilateral de 0,035** menor a 0,05.

Tabla 45.- Coeficientes de la regresión lineal múltiple de la tasa de suicidio.

Coeficientes ^a						
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error estándar	Beta		
1	(Constante)	5,104	1,978		2,580	,016
	Tasa de Desempleo	,066	,108	,409	,613	,545
	Tasa de Depresión	,541	,243	,788	2,225	,035
	Tab Depresión desempleo	-,018	,013	-1,050	-	,179
a. Variable dependiente: Tasa de Suicidio						

En la representación del diagrama de dispersión con los residuos (Gráfica 33), se observa que tienen una distribución normal pero no hay una relación clara en los residuos estandarizados.

Gráfica 33.-Diagrama de dispersión de la tasa de suicidio con la tasa de depresión y la tasa de desempleo, de la Comunidad Valenciana del 2005 al 2014



V. DISCUSIÓN

Las problemáticas de salud mental como la depresión y el suicidio se relacionan con diversos factores, entre estos los relacionados con el contexto socioeconómico en el que vivimos las personas, puesto que existen determinante sociales, económicos y ambientales que afecta a la salud y a la salud mental (OMS, 2004).

En la presente investigación se han analizado una serie de variables económicas y su relación con la depresión y suicidio (expresado en tasas) de las provincias de la Comunidad Valenciana, durante el periodo de tiempo de diez años comprendido entre el 2005 y 2014.

Sobre la depresión y el suicidio se observan ciertas características, unas de estas son específicas de la población estudiada y otras son similares a la evidencia encontrada a nivel nacional y mundial sobre de estas temáticas.

Respecto de la depresión, este es un fenómeno multicausal con factores de riesgo en variados ámbitos. A nivel contextual, se observa que en la distribución geográfica existe una tasa de depresión más elevada en la provincia de Castellón (9,17) como promedio del tiempo estudiado, sin embargo, Valencia ha aumentado la tasa de depresión en los últimos años (aumento en la tasa en 0,78). Asimismo, se aprecia un mayor porcentaje de casos de depresión a inicios del verano en los meses de junio (9,4%) y julio (9,0%).

En lo relativo a su diagnóstico, se observa un mayor porcentaje para el denominado Trastorno depresivo mayor episodio único (58,3%) versus el recurrente (41,7%). Esto concuerda con el estudio Eurobarómetro (2002) donde se indica que, a nivel nacional dentro de los trastornos de ánimo el más frecuente es el episodio depresivo mayor con una prevalencia-vida del 10% y 4% de prevalencia-año (Ministerio de Sanidad y consumo, 2007).

Por género se observa una diferencia en su frecuentación, lo que ocurre en muchas problemáticas de salud, ya que describe una caracterización psicosocial de las patologías, vale decir, se define mediante características biológicas y como categoría sociodemográfica, es decir, las desigualdades sociales que influyen en la forma de enfermar y tratar los problemas de salud (Sánchez, 2014).

De esta forma, se observa que la tasa de depresión es mayor para las mujeres (tasa de 9,61, versus de los hombres 6,13). Esto coincide con una investigación que indica que las mujeres tienen 2,8 veces mayor probabilidad de presentar un trastorno del ánimo que los hombres (IC 95%: 1,9 - 4) (Haro, 2005); e igualmente concuerda con lo descrito por la evidencia internacional de la OMS que la depresión afecta más a la mujer que al hombre (OMS, 2016b). Asimismo, el estudio ESEMED (2000) describe a las mujeres con una tasa de odds ajustada por nivel sociodemográfico para cualquier trastorno mental en la población española y la sitúa en 2,4 (IC 95%: 1,8-3,1) (Ministerio de Sanidad y consumo, 2007).

La explicación podría venir de los roles ocupacionales y familiares en el que se desempeña la mujer, en el cual tiene trabajos con menor remuneración y mayor carga del cuidado de los hijos y la familia, lo que facilitaría padecer sentimientos depresivos (Sánchez, 2014).

Respecto de la distribución por edad, se observa que existen tres grupos de edad dentro de los adultos que tienen una mayor tasa de depresión, siendo la más alta la de los adultos entre 40 y 64 años (11,53), seguido por los mayores de 65 años (9,73) y luego el grupo entre 25 y 39 años (5,04). Además, en cuanto al estudio longitudinal se ha observado un incremento en los adolescentes desde el año 2010, y en mayor medida en los adultos entre 40 y 64 años.

Hay que tener en cuenta que este último grupo de edad es de los más productivos desde el punto de vista económico, al que le añadimos los jubilados cuyos ingresos son fijos, es decir, son grupos sensibles a los problemas económicos a escala nacional o internacional, y posiblemente serían los más afectados cuando ocurre una crisis económica.

Dicha manifestación se ratifica también en un estudio que indica que los trastornos afectivos aumentan con la edad, teniendo un inicio muy frecuente a partir de los 40 años (Ministerio de Sanidad y consumo, 2007). Asimismo, en los estudios que afirman que la población jubilada presenta 2 veces más riesgo en prevalencia-año de sufrir un trastorno de ánimo en comparación a los empleados (Haro, 2005), y con la evidencia que indica

que los trastornos mentales afectan al 15,6% de la población jubilada (Ministerio de Sanidad y consumo, 2007). Además, la depresión en los ancianos es un problema de salud pública, pues aqueja a gran proporción de la población mayor de 65 años y perjudica su calidad de vida y aumenta el número de años perdidos por discapacidad (OMS, 2016a).

Respecto de las variables que explican las tasas de depresión y suicidio, es posible afirmar que la **tasa de depresión** está relacionada con el Producto Interior Bruto y sus variaciones se explican en un 28,2% por este factor, tiene una correlación de Pearson de -0,531 y un nivel de significación estadística de 0,003, por lo que es significativa al 95%. En definitiva, el aumento de 1 millón de € del Producto Interior Bruto produce una disminución de la tasa de depresión en $-6,109E-08$ unidades.

A nivel descriptivo, se observa un aumento en la tasa de depresión desde el año 2010 al 2014 (7,32; 7,70; 7,66; 7,27 y 8,21, respectivamente); y respecto del PIB, se observa una disminución en todas las provincias de la Comunidad Valenciana a partir del año 2009 hasta el 2013, que concuerda con los años en que se produjo la crisis económica en España y Europa.

Todo ello coincide con la evidencia que señala que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos, asimismo, esta enfermedad se relaciona con el estrés crónico (Ministerio de Salud España, 2014), como puede ser en el contexto de la disminución de la economía y productividad de un país. Lo mismo indica la OMS, que son los problemas y conflictos sociales y económicos los que afectan la salud mental de la población (OMS, 2004).

Respecto del suicidio, se observa que existe una diferencia entre la tasa de suicidio de las provincias de la Comunidad Valenciana, con una mayor tasa en Castellón (8,99). Sin embargo, si se analiza longitudinalmente, se aprecia que en los últimos diez años ha habido una disminución en Castellón y un aumento en Alicante en las tasas de suicidio (aumento en la tasa en 0,2).

Otro factor estudiado es el estado civil, el cual presenta un mayor porcentaje de suicidio en las personas casadas (43%), seguidas de las solteras (29%) y luego las viudas (17%). Sin

embargo, estos datos no coinciden con el estudio del Ministerio de Sanidad que indica un mayor riesgo de padecer un trastorno mental para el estado civil separado y le adjudica un valor de 1,7 (IC 95%: 1,2-2,4) (Ministerio de Sanidad y consumo, 2007); ni con otra evidencia que indica que los separados tienen más probabilidad de tener un trastorno mental en el último año con un OR de 1,6 (IC 95%: 1,0 – 2,4) (Haro, 2005). Esto puede deberse a que en general cuando se habla de trastornos mentales se refiere mayoritariamente a depresión, y no específicamente a suicidio.

Se aprecia un mayor porcentaje de suicidio en los meses que coinciden con el final de la primavera e inicio del verano (junio 9,4%, y julio 9,4%). Lo que coincide con el estudio realizado en la ciudad de Sevilla, en el que se indica que la mayoría de suicidios ocurrieron en primavera y verano (Miguel et al., 2005).

Sobre la distribución por género, se observa una tasa de suicidio mayor para los hombres en todos los años del estudio (promedio de tasa de 11,37, versus 3,96 en las mujeres) y de nacionalidad española (88,4%). Estos datos coinciden con la evidencia que indica que en los países desarrollados se suicidan tres veces más hombres que mujeres (OMS, 2012). Esto puede darse por la evidencia que indica que en los hombres la autosuficiencia o demostración de fortaleza hace que no busquen ayuda profesional ante problemas de salud y esto les llevaría a situaciones extremas como es la conducta e intentos de suicidio (Sánchez, 2014). Sin embargo, se observa que la tasa de suicidio en los hombres ha descendido en los últimos años, mientras que el de la mujer ha ido aumentando.

Por causa de muerte, la que presenta un mayor porcentaje es por ahorcamiento (43,2%) y luego salto por altura (27,1%). Entre hombres y mujeres se observa una diferencia ya que es más frecuente en los hombres el ahorcamiento y luego el salto desde altura, mientras que en las mujeres es al revés, realizando las mujeres primero el método menos violento; y en ambos el tercer método más usado es el envenenamiento (11,2%). Esto concuerda con los estudios que indican a la ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento como los medios más comúnmente utilizados para el suicidio a nivel mundial, sin embargo, en la Comunidad Valenciana no se usan frecuentemente armas de fuego como si en otros lugares del mundo (OMS, 2012).

Por grupos de edad, se advierte que una mayor tasa de suicidio en los adultos mayores (14,8), seguido por las personas entre 40 y 64 años (10,8) y luego entre las personas entre de 25 a 39 años (7,6), es decir los jubilados y las personas que se encuentran en la fase productiva económica. Esta situación estaría en concordancia con la evidencia de que la tasa de suicidio es más elevada para las personas mayores de 70 años (OMS, 2012).

Sin embargo, se evidencia una disminución de la tasa de suicidio en todos los grupos de edad, notablemente en los adultos mayores (reducción de la tasa en -6,4), y un incremento de los adultos entre 40 y 64 años (incremento de la tasa en 1,4), lo que puede estar relacionado con factores de estrés económicos en la etapa productiva de las personas.

Se observa en la regresión lineal múltiple que la **tasa de suicidio** está relacionada con la tasa de depresión y sus variaciones se explican en un 33,3% por este factor, tiene una correlación de Pearson de 0,348 y un nivel de significación estadística de 0,036, por lo que es significativa al 95% de confianza. Asimismo, el aumento de una unidad de la Tasa de depresión produce un aumento de la Tasa de suicidio 0,239 unidades.

Se advierte un aumento de las tasas de suicidio los años 2009, 2010 y 2012, y la tasa de depresión entre los años desde el año 2010 al 2014. Esto coincide con la evidencia que indica que el suicidio se relaciona con trastornos mentales como la depresión, y que esta puede llevar al suicidio (OMS, 2012, 2015a).

Por otro lado, la tasa de desempleo, que si bien presenta un acrecentamiento a partir del año 2008 hasta el 2012, no presenta una relación significativa con ninguna de las variables de estudio.

Cuando se revisa la interacción entre las variables se presume que la introducción de la variable interacción de depresión y desempleo han tenido un comportamiento de modificadoras del efecto, y han dejado solo el efecto neto de las variables desempleo y depresión. Esto concuerda con el estudio que indica el número de suicidios parece ser independiente del crecimiento de la tasa de desempleo (Ramos, 2014).

Sin embargo, no concuerda con la investigación que indica que, en España, en comparación con los otros países de Europa, existe un riesgo medio de padecer un trastorno del estado de ánimo y que este se relacione como efecto del desempleo, y nivel de ingresos económicos bajo y en paro (Ministerio de Sanidad y consumo, 2007).

Esto puede entenderse desde el punto de que para que una persona cometa suicidio, se deben considerar la interacción de factores socioculturales complejos, como en situación de crisis socioeconómica, familiar e individual (OMS, 2012b), por lo que para explicar el suicidio se tendrían que estudiar otro tipo de variables explicativas.

Otro elemento a considerar es la tasa de actividad, la cual ha disminuido desde el 2009 hasta el 2014 en casi todas las provincias, sin embargo, según los resultados de este estudio no se relaciona ni con la tasa de depresión ni con la tasa de suicidio.

Como se observa en los resultados, los problemas en salud mental reflejan una problemática compleja de las relaciones humanas, dado no solo por lo que le sucede al individuo en su psiquis, sino porque tiene influencia las interacciones personales y su relación con el entorno social y económico.

En este sentido, es importante considerar los elementos de riesgo cuando se habla de la depresión y suicidio, y que se observan en el presente estudio, con la finalidad de contar con información epidemiológica para realizar una intervenciones preventivas y diagnóstico precoz en salud mental desde la mirada de la salud pública, ya que la depresión, las autolesiones y el suicidio tienen grandes repercusiones a nivel individual, familiar y de la sociedad.

Se ha podido identificar que un factor económico se correlaciona con la depresión, sin embargo, son contextos que provocamos como sociedad y que influyen la salud mental de las personas.

Es decir, que en el contexto social que los seres humanos hemos creado con ideales y normas, se observan injusticias y desventajas dado por las mismas relaciones sociales y de poder, y esto influiría en los problemas de salud mental de las personas, por lo cual los padecimientos serían una expresión de la crisis que sufren los sujetos al estar en la sociedad (Freud, 1929).

Es de conocimiento general que no suele ser fácil para el Gobierno entender la relación que existe entre política y salud (Basaglia, 1979), pero existe extensa evidencia que respalda la relación entre el suicidio y la depresión factores económicos y sociales. Es decir, que en el momento que las personas interactúan con su entorno, se producen una serie de situaciones vitales y que la enfermedad es una expresión de esa experiencia en ese contexto, o sea que es existencial, social y familiar.

Desde la sociedad es importante hacernos cargo de estas implicancias y elaborar como Estado y desde la salud pública diversas estrategias cuando se conoce que se está frente a factores de riesgo para la salud mental de las personas, como por ejemplo realizar acciones de promoción preventivas y de atención para resguardar la salud de la población.

Por lo tanto, cuando existen situaciones de crisis social y económica, el Estado debe estar preparado para afrontar los problemas de salud que van a tener las personas, devenido de las problemáticas económicas y políticas, como fue la crisis económica recientemente vivida por España.

Puesto que no solo se está hablando del sufrimiento de las personas, sino que además los problemas de salud mental implican un gasto elevado en salud tanto para los afectados directos y sus familias y para el Estado y el sistema de salud y bienestar social (OMS,2004), así como la carga económica que se tiene por los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) (OMS, 2004b, 2016a).

A nivel de planes y programas de las políticas públicas, es importante que el Estado entregue lineamientos claros para la prevención y atención de la depresión y los intentos autolíticos, es por esto que se sugiere la elaboración de documentos técnicos basados en evidencia científica a los técnicos de salud y salud mental para la atención y seguimiento a personas con estos problemas, como por ejemplo realizar actuaciones específicas de prevención de la depresión en mujeres y del suicidio en hombres, dado que se ha demostrado que son grupos de riesgo en estas problemáticas.

Asimismo, que las Comunidades Autónomas trabajen en coordinación inter e intrainstitucional, con la finalidad de realizar una integración de los usuarios en el sistema sanitario general y de los servicios específicos, de manera de realizar un funcionamiento coordinado y se concrete de forma eficiente la integración social de las personas en la comunidad (Ministerio de Sanidad y consumo, 2007).

Esta situación no solo es un reto para las estructuras sociales, sino también a nivel de los técnicos de salud mental, para comprender esta situación y realizar estrategias terapéuticas encaminadas a gestionar las crisis de las personas desde un enfoque comunitario e integral, desde el optimismo de la práctica pero con la conciencia de conocer de las relaciones entre el contexto social y el padecimiento de la persona, pues de esta forma los profesionales de la salud tendrían un posición de complicidad y reciprocidad hacia y con el enfermo para tener una terapia eficaz, desde la escucha empática de la subjetividad de la persona y que esta se pueda reintegrar a la sociedad lo antes posible (Basaglia, 1979).

Se recomienda fortalecer es la investigación en salud mental, con la finalidad de conocer los factores de riesgo asociados con las diversas problemáticas y poder establecer estrategias de presión y atención, por lo que es relevante que se incentiven la obtención de conocimientos en el área con los datos publicados que se disponga para ello.

Sin embargo, es posible indicar algunas de las limitaciones del presente estudio respecto del acceso a la información específica, ya que de los datos de depresión solo se cuenta con las altas hospitalarias por ese diagnóstico, sin embargo, no fue posible conseguir los datos por dicha patología en atención primaria, que es donde se van a registrar la mayor parte de casos de depresión.

Asimismo, no se pudo contar con una base de datos de los intentos autolíticos, ya que esos datos el INE solo los registra para los suicidios, y si se considera que los intentos de autoagresión son hasta 20 veces más frecuentes que el acto consumado (OMS, 2012) y que se considera como el factor individual de riesgo más importante para el suicidio (OMS, 2015a), entonces estamos frente a la presencia de un vacío de datos respecto de

la variable autolesiones y un encubrimiento del fenómeno del suicidio como un iceberg en el cual solo vemos la punta del mismo.

Además, se sugiere y observa como relevante el contar con una mejor forma de recolectar datos en salud mental, específicamente un registro unificado, sobre los casos de depresión en atención primaria, y una estrategia en los hospitales para mejorar el registro de intentos de suicidio y con estos datos poder realizar una prevención eficaz del suicidio y manejo de la depresión (OMS, 2012).

Como futuras líneas de investigación, se propone estudiar la relación de las principales problemáticas de salud mental como son la depresión, ansiedad y suicidio con otros factores económicos como el sueldo mínimo y el sueldo medio a nivel nacional, con la finalidad de observar si existe una relación con un mayor o menor ingreso de las personas, lo que puede afectar ser un factor estresor relevante.

VI. CONCLUSIONES

El factor económico que influye en la **tasa de depresión** es el Producto Interior Bruto que tiene una correlación de Pearson de $-0,531$, es decir, a menor PIB mayor tasa de depresión, y explica la depresión en un $28,2\%$.

Sin embargo, el factor que se relaciona estadísticamente con la tasa de **suicidio es la tasa de depresión**, con una correlación de Pearson de $0,78$, es decir, que cuando aumenta el suicidio aumenta la depresión, explicando un $33,3\%$ de la tasa de suicidio.

No se aprecia una relación significativa de la depresión ni el suicidio con las tasas de actividad y ni desempleo.

De esta forma, se comprueban las hipótesis de que existe una asociación entre depresión y suicidio; así como, la relación de estos problemas de salud mental con las dificultades económicas, como las vividas en España durante la crisis económica.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- AVTB: Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar. 2008. Suicidio en el Trastorno Bipolar. Valencia España.
- Banco Mundial 2015. En <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG/countries/ES--EU?display=graph>.
Accedido el 06 de febrero 2016
- Basaglia, F. 1978. Razón, locura y sociedad. Siglo veintiuno editores. México.
- Basaglia, F. 1978b. La salud de los trabajadores: aportes para una política de la salud. Editorial Nueva Imagen. México.
- Basaglia, F. 1979. La condena de ser loco y pobre. Editorial Topia. Buenos Aires – Argentina.
- CIE 9, 2012. Clasificación Internacional de Enfermedades 8.a Revisión Modificación Clínica. En http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE9MC_8ed.pdf Accedido el 22 de febrero 2016.
- Durkheim, E. 1965. El suicidio. Editorial Schapire. Buenos Aires.
- Freud, S. 1929. El malestar en la cultura. Editorial Alianza. Madrid
- Haro et al, 2005. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Barcelona. España.
- Meltzer et al., 2002. Non-Fatal Suicidal Behaviour Among Adults aged 16 to 74 in Great Britain. London: The Stationery Office. En file:///C:/Users/Usuario/Downloads/suicides_v3_tcm77-168759.pdf
Accedido el 22 de enero 2016.
- Miguel et al., 2005. Estudio epidemiológico del suicidio en Sevilla en 2004. Cuadernos de Medicina Forense, 11(39). En <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn39/art05.pdf> Accedido el 29 de Junio 2016.
- NCCMH, 2009. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society. Informe No.: 90. En:
- INE, 2016. Salario anual medio, mediano y modal. Salario por hora. Brecha salarial de género (no ajustada) en salarios por hora En http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925408327&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout Accedido el 21 de febrero 2016
- INE, 2016b. Distribución salarial. Percentiles de salarios. Trabajadores en función de su ganancia anual respecto al Salario Mínimo Interprofesional (SMI). Deciles de salarios. Proporción de trabajadores con ganancia baja (low pay rate). En http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259931351611&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout Accedido el 21 de febrero 2016

- NCPG, 2004. National Clinical Practice Guideline Number 16. Self-harm The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. En http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0015739/pdf/PubMedHealth_PMH0015739.pdf. Accedido el 22 de enero 2016.
- Ministerio de Salud de España. 2010. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. En http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf. Accedido el 8 de abril 2016
- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad de España. 2014. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. En http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf. Accedido el 8 de abril 2016.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid.
- OMS, 2001. Depression: social and economic timebomb. British library, London.
- OMS 2004. Invertir en salud mental. En http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf. Accedido el 30 de marzo 2016.
- OMS, 2004b. Prevención de los Trastornos Mentales. En http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf. Accedido el 18 de abril 2016.
- OMS 2012. Prevención del suicidio. En http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/ Accedido el 16 de diciembre 2015
- OMS, 2012b. Guía de intervención mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias en el nivel de atención en salud no especializada. En http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/es/ Accedido el 9 de febrero 2016
- OMS, 2013. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. En http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/ Accedido el 9 de febrero 2016.
- OMS 2014. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Nota descriptiva N°220. En <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>. Accedido el 22 de enero 2016
- OMS, 2015a. Suicidio. En <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/> Visitado el 16 de diciembre 2015
- OMS. 2015b. Nota descriptiva N°369, Octubre de 2015. En <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> Accedido el 16 de diciembre 2015

- OMS 2015c. Global Health Observatory (GHO) data WHO report | Health in 2015: from MDGs to SDGs Progress towards the Millennium Development Goals (MDGs) has been remarkable. En <http://www.who.int/gho/en/> Accedido el 16 de diciembre 2015
- OMS 2015d. Trastornos mentales. En <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>. Accedido el 22 de enero 2016
- OMS, 2016a. La salud mental y los adultos mayores. En <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>. Accedido el 18 de abril 2016.
- OMS, 2016b. La depresión. En <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> Accedido el 01 de julio 2016.
- Pichon-Riviére, E. 1997. Diccionario de términos y conceptos de psicología y psicología social. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires.
- Ramos, 2014. Evolución del número de suicidios en España respecto a variables macroeconómicas. En http://www.uv.es/gicf/4A3_Ramos_GICF_13.pdf Accedido el 21 de febrero 2016
- Sánchez, M. 2014. La salud en las mujeres. Editorial Síntesis. Madrid
- Servicio Andaluz de Salud. 2010. Codificación CIE 9 en Trastornos Mentales. En <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/371/pdf/5-TRASTORNOSMENTALES.pdf>. Accedido el 8 de abril 2016
- Unión Europea, 2014. La unión económica y monetaria y el euro. En http://europa.eu/pol/emu/index_es.htm Accedido el 05 de febrero 2016
- Varela, et al, 1994. Diccionario de términos económicos. Editorial Acento. Madrid.