

Análisis de situación de ideación y conducta suicida en población por trastorno por juego de FEJAR

Situational analysis of suicidal ideation and behavior in the gambling disorder population of FEJAR

Máximo Enrique Gutiérrez Muélledes¹, Rosana Santolaria Gómez², Ana Estévez Gutiérrez², Virtu Micó Valero⁴, Juan Lamas Alonso⁵, Gema Aonso Diego⁶, Elena Tirado Carrasco⁷

¹ Presidente FEJAR, España.

² Psicóloga Sanitaria. Coordinadora área Psicología FEJAR, España.

³ Universidad de Deusto, España. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0314-7086>

⁴ Trabajadora Social y Secretaria Técnica FEJAR, España.

⁵ Director Técnico FEJAR, España.

⁶ Universidad de Deusto, España. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8490-2658>

⁷ Psicóloga Sanitaria FEJAR, España.

Recibido: 21/05/2024 · Aceptado: 24/06/2024

Cómo citar este artículo/citation: Gutiérrez Muélledes, M. E., Santolaria Gómez, R., Estévez Gutiérrez, A., Micó Valero, V., Lamas Alonso, J., Alonso Diego, G. y Tirado Carrasco E. (2024). Análisis de situación de ideación y conducta suicida en población por trastorno por juego de FEJAR. *Revista Española de Drogodependencias*, 49(2), 8-25. <https://doi.org/10.54108/10079>

Resumen

Introducción: El trastorno por juego (TJ) es un trastorno adictivo que genera sufrimiento en la propia persona y en su entorno familiar y social. Uno de los aspectos que está presente y que tiene mucha gravedad es la ideación suicida y las conductas autolíticas. Como consecuencia, el objetivo de este estudio ha sido estudiar si las tentativas de suicidio y/o la ideación suicida se dan con mayor frecuencia entre la población con TJ con respecto a la población general (PG). La muestra estuvo compuesta por 318 personas mayores de edad y residentes en España, con media de edad 46,23 años (DT=13,13) divididas en dos grupos: PG (no diagnosticada de trastorno por juego) (51,9%) y población clínica (personas diagnosticadas de TJ, en tratamiento actualmente o en el pasado en las diferentes asociaciones de FEJAR) (48,1%). En este estudio, se pasaron cuestionarios de medidas relacionadas con ideación suicida y conducta suicida. Los resultados mostraron que la población clínica presentó mayor ideación autolítica que la PG (64% vs 32%), así como una mayor planificación del suicidio (34% vs 8%). Como conclusión, los resultados obtenidos nos han permitido cuantificar la presencia de ideación y conducta suicida en las personas con TJ, lo que nos permitirá generar un protocolo de intervención específico para casos con esta situación de riesgo vital asociada al TJ.

— Correspondencia: _____
Juan Lamas Alonso
Email: directortecnico@fejar.org



Palabras clave

Trastorno por juego; ideación suicida; conducta suicida; apuestas; conductas autolíticas.

Abstract

Introduction: Gambling disorder (GD) is an addictive disorder, which generates suffering in the people who suffer it and in their family and social environments. Both suicidal ideation and self-harm attempts are very common in the lives of people with GD. Due to the above, the aim of this study has been to find out if individuals with GD present greater suicidal ideation and/or self-harm attempt compared to general population (GP). The sample was made up of 318 adult people who live in Spain, with an average age of of 46,23 years ($SD = 13.13$), divided into two groups: GP (not diagnosed of GD) (51,9%) and clinical population (people who are diagnosed of GD, whether in current or past treatment in the different FEJAR associations) (48,1%). In this study, questionnaires related to both suicidal ideation and behavior were used. The results showed that clinical population has more self-harm ideation than GP (64% vs 32%), as well as more suicidal ideation (34% vs 8%). In conclusion, the results have allowed us to quantify and measure the presence of suicidal ideation and behavior in people diagnosed with GD, which will allow us to generate and elaborate a specific intervention protocol for clinical cases where this life-threatening situation appears, associated to GD.

Keywords

Gambling disorder; suicidal ideation; suicidal behavior; bets; self-harm behavior.

INTRODUCCIÓN

Hasta hace muy poco tiempo, el suicidio (consumado y/o tentativas) ha sido un tema habitualmente evitado. El suicidio es la conducta autolítica muy grave, que tiene consecuencias irremediables para la vida de las personas. Según un estudio de Cañón y Carmona (2018) la ideación suicida en el mundo oscila entre el 10% y el 35% y los intentos de suicidio entre el 5% y el 15%. En el campo de las adicciones, el suicidio necesita más atención clínica y atención investigadora (Yuodelis-Flores y Ries 2015), especialmente en el trastorno de juego. De hecho, entre las personas que reciben tratamiento de rehabilitación por trastorno por juego, en cualquiera de las entidades integradas en FEJAR (Federación Española de Jugadores de

Azar Rehabilitados) son altamente frecuentes las verbalizaciones de pensamientos o ideación suicida, especialmente en el momento de iniciar dicha rehabilitación. Asimismo, también es frecuente la planificación, o incluso haber realizado alguna tentativa de suicidio, previa al tratamiento. La evaluación y el conocimiento de la ideación autolítica y conducta suicida son necesarios para ayudar a perfeccionar y/o actualizar los tratamientos existentes, teniendo en cuenta de una forma más integral la realidad de la persona que acude a tratamiento. La FEJAR entiende que el comportamiento suicida debe ser evaluado y tratado junto con la adicción. A pesar de ello, hasta ahora FEJAR no había estudiado y objetivado el impacto o frecuencia tanto de la ideación autolítica como de la conducta suicida asociada al trastorno por juego.



Von Brachel et al. (2019) estudiaron la relación de la presencia de ideación o conducta suicida con la permanencia en el tratamiento, y encontraron que la tasa de abandono del tratamiento no se veía aumentada por antecedentes de intentos o ideaciones suicidas. Esto puede deberse al hecho que, una vez que los pacientes se encuentran en un contexto terapéutico seguro, donde empiezan a vislumbrar la posibilidad de una solución, su creencia de que la muerte es la única vía posible podría ser disipada y, por ende, obtienen buenos resultados y adherencia en el tratamiento (Valenciano-Mendoza et al., 2021).

Conocer la presencia de ideación y conducta suicida en el trastorno por juego puede ayudar incluso a establecer programas de prevención del trastorno por juego, como parte de la prevención de ideaciones suicidas (Séguin et al., 2010). Como consecuencia, el objetivo de este estudio, que ha sido realizado gracias a la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, es conocer la realidad de ideación y conducta suicida en el trastorno por juego en FEJAR.

METODOLOGÍA

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 318 personas mayores de edad y residentes en España, con media de edad 46,23 años (DT = 13,13), divididas en dos grupos: PG (no diagnosticada de trastorno por juego) (51,9%) y población clínica (personas diagnosticadas de TJ, en tratamiento actualmente o en el pasado en las diferentes asociaciones

de FEJAR) (48,1%). La población clínica fue predominantemente hombre (81% vs 27%) y más joven (44,4 vs 48 años respectivamente). La población clínica vive en mayor proporción con sus padres (13% vs 7%) y presenta más estudios secundarios (y menos superiores) con respecto a la población general.

Procedimiento

La muestra respondió voluntariamente y de forma anónima a un cuestionario de forma online entre el 8 y el 25 de marzo de 2024, dando su consentimiento para participar.

La muestra se diferenció entre “población general” (personas que no se consideran jugadoras patológicas o que no han estado diagnosticadas de trastorno por juego) y “población clínica” (personas diagnosticadas de trastorno por juego que se encuentran recibiendo tratamiento de rehabilitación o lo recibieron en el pasado, en cualquiera de las entidades integradas en FEJAR (Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados). El grupo de “población general” respondió al cuestionario a través del enlace <https://encuestas.fejar.es/bienestar>, mientras que el grupo de “población clínica” respondió al cuestionario a través del enlace <https://encuestas.fejar.es/juego>.

Los datos personales obtenidos, así como la totalidad del material desprendido de las pruebas, ha tenido carácter estrictamente confidencial y anónimo y únicamente tratado con fines de investigación. Estos datos han sido protegidos e incluidos en un fichero sometido a la Ley 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales. No serán empleados



con ningún otro fin que el mencionado previamente. En este estudio sólo pudieron participar personas mayores de 18 años. Los resultados son anónimos, de manera que no se podrán asociar los resultados a un/a participante determinado/a. Así mismo, los participantes tenían la posibilidad de preguntar o aclarar cualquier duda que les suscitara su participación, así como de abandonarlo en cualquier momento o no responder a alguna de las partes si así lo decidían, sin necesidad de justificar sus razones. La participación fue voluntaria.

Instrumentos de medida

Para el presente estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Índice de gravedad del juego problemático (Problem Gambling Severity Index (PGSI); López-González et al., 2018). Este índice consta de nueve ítems en una escala tipo Likert de 4 puntos (0 = nunca, 3 = casi siempre). Este instrumento se utilizó para evaluar la variable “gravedad del juego de apuestas”. La escala presentó una excelente consistencia interna, evidenciado por un $\alpha=.941$
- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Plutchik y Van Praag, 1989), adaptado al español por Rubio et al. (1998), para evaluar el riesgo suicida. Escala unidimensional que consta de 15 ítems en escala dicotómica (i.e., sí/no). La escala presenta una excelente consistencia interna ($\alpha=.819$).

La escala MULTICAGE CAD-4 (Pedrero Pérez et al., 2007) evalúa las conductas compulsivas o adictivas, con y sin sustancias.

El instrumento consta de 32 ítems en escala dicotómica (i.e., sí/no) que se agrupan en 8 subescalas de cuatro ítems cada una. Para este estudio se utilizaron únicamente las subescalas para el consumo de alcohol, drogas ilegales y juego de apuestas, con el fin de evaluar el trastorno de control de los impulsos y adicciones en la muestra. Las tres subescalas presentaron adecuadas propiedades psicométricas, ya que la consistencia interna osciló entre .749 para la subescala de consumo de alcohol y .898 para la subescala de juego.

El cuestionario SA-45 [Symptoms Assessment (SA-45); Davison et al., (1997), adaptado al español por Sandín et al., (2009)]. Es una versión breve de 45 ítems del SCL-90 [Symptom Check-List, SCL-90; Derogatis et al., (1976)], se utilizó para evaluar la sintomatología psicológica. Los participantes responden en una escala tipo Likert de 5 puntos acerca de cómo le han preocupado o molestado los siguientes signos o síntomas, siendo 0 = nada y 4 = mucho. Los ítems se agrupan en nueve dimensiones, de las cuales en este estudio se utilizaron las siguientes: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. La fiabilidad resultó adecuada, con un α de Cronbach que osciló entre .774 en psicoticismo y .907 en la escala de depresión.

Escala MOS-SSS [Medical Outcomes Study-Social Support Survey; Sherbourne y Stewart, (1991)], adaptada al español por Requena et al. (2007), utilizada en este estudio para evaluar el apoyo social. Consta de 20 ítems, con el primer ítem se evalúa el apoyo estructural o cuantitativo (“número de amigos íntimos y familiares cercanos”), mientras que los 19 restantes se responden en una escala tipo



Likert de 5 puntos (1 = nunca, 5 = siempre). Se agrupan en cuatro dimensiones: apoyo emocional, interacción social, apoyo afectivo y apoyo instrumental. Para este estudio sólo se tuvo en cuenta la subescala de apoyo emocional, compuesta por ocho ítems, con óptima consistencia interna ($\alpha=.965$).

Metodología

El estudio realizado es de corte transversal.

Se utilizó la prueba t de Student para examinar las diferencias entre la población clínica y la PG en las variables cuantitativas (e.g., edad, gravedad del juego) y chi cuadrado en las variables cualitativas (e.g., juego

pasado). En esta línea, se utilizó la prueba t de Student o la prueba chi cuadrado para examinar las diferencias de género en las variables de estudio.

Todos los análisis se realizaron utilizando el software estadístico SPSS Statistics en su versión 28, con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

En la Tabla I mostramos los resultados relativos a las variables sociodemográficas analizadas: edad, género, convivencia, nivel educativo, situación laboral y nivel de estudios.

Tabla I. Variables sociodemográficas en función de la población

	Total N = 318	Población General N = 165	Población Clínica N = 153	P
Edad	46,23 (13,13)	47,96 (13,52)	44,38 (12,48)	,015
Género (hombres)	168 (52,83%)	44 (26,67%)	124 (81,05%)	<,001
Convivencia				,030
Hijos/as	10 (3,14%)	9 (5,45%)	1 (0,65%)	
Madre o padre	14 (4,40%)	4 (2,42%)	10 (6,54%)	
Otros	13 (4,09%)	7 (4,24%)	6 (3,92%)	
Padres	31 (9,75%)	11 (6,67%)	20 (13,07%)	
Pareja	96 (30,19%)	52 (31,52%)	44 (28,76%)	
Pareja e hijos/as	116 (36,48%)	65 (39,39%)	51 (33,33%)	
Solo/a	38 (11,95%)	17 (10,30%)	21 (13,73%)	
Nivel educativo				<,001
Sin estudios	8 (2,52%)	3 (1,82%)	5 (3,27%)	
Primaria / ESO	80 (25,16%)	35 (21,21%)	45 (29,41%)	
Secundarios	134 (42,14%)	57 (34,55%)	77 (50,33%)	
Superiores	96 (30,19%)	70 (42,42%)	26 (16,99%)	

(La tabla continúa en página siguiente)



	Total N = 318	Población General N = 165	Población Clínica N = 153	P
Situación laboral				,328
Desempleado/a	39 (12,26%)	24 (14,55%)	15 (9,80%)	
Activo/a	215 (67,61%)	106 (64,24%)	109 (71,24%)	
Otro	64 (20,13%)	35 (21,21%)	29 (18,95%)	
Ingresos mensuales (€)				,070
Menos de 500	18 (5,66%)	12 (7,27%)	6 (3,92%)	
Entre 501 y 1000	43 (13,52%)	21 (12,73%)	22 (14,38%)	
Entre 1001 y 1500	84 (26,42%)	36 (21,82%)	48 (31,37%)	
Entre 1501 y 2000	82 (25,79%)	38 (23,03%)	44 (28,76%)	
Entre 2001 y 2500	44 (13,84%)	26 (15,76%)	18 (11,76%)	
Más de 2501	26 (8,18%)	16 (9,70%)	10 (6,54%)	
No tengo ingresos	20 (6,29%)	15 (9,09%)	5 (3,27%)	

En función del sexo, los resultados indicaron que las diferencias más relevantes en cuanto a edad se dieron en la población clínica, siendo significativamente mayores las mujeres (49 años vs 43). En cuanto a la situación laboral, las mujeres estaban en mayor proporción en situación de desempleo que los hombres (28% vs 6%) y tenían menos ingresos mensuales (ver Tabla 2).

En cuanto a las variables relacionadas con el juego, los resultados obtenidos muestran una mayor prevalencia de juego en la población clínica (79% vs 44%), así como una mayor intención de dejar de jugar (75% vs 8%), una mayor participación en loterías, tragaperras, casinos, apuestas deportivas y apuestas online, aunque una menor participación en bingo. Curiosamente, la población clínica mostraba una menor participación en el juego para evadir el malestar (0,6% vs 21%) y menor sentimiento de culpa (9% vs 70%), aunque una mayor prevalencia de *chasing* (i.e., seguir jugando para intentar reponer el dinero que has apostado o perdido previamente) (69% vs 2%). Por último, había

una diferencia significativa también en cuanto a la mayor gravedad del juego, medida a través del PGSI, y obteniendo una puntuación media de 10,45 en población clínica frente a 0,8 en población general (ver Tabla 3).

En la población general, se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. El género masculino presentaba mayor participación en máquinas tragaperras (9% vs 2%), mayor sentimiento de culpa (18% vs 5%) y mayor *chasing* (seguir jugando para recuperar el dinero perdido) (9% vs 0%).

Con relación a la población clínica, los hombres comenzaron a jugar de manera más temprana que las mujeres (24 vs 38 años) y se encontraron diferencias en el tipo de juego, concretamente en los hombres, quienes reconocieron mayor participación en tragaperras, casinos y apuestas deportivas. Los hombres tuvieron un mayor *chasing* (74% vs 45%). Por último, los hombres tenían más probabilidad de ser categorizados como *jugadores problemáticos* (ver Tabla 4).



Tabla 2. Variables sociodemográficas en función del sexo

	Población general N = 165		P	Población clínica N = 153		P
	Hombres N = 44	Mujeres N = 121		Hombres N = 124	Mujeres N = 29	
Edad	49,48 (11,99)	47,40 (14,05)	,353	43,32 (11,89)	49,07 (14,13)	,027
Convivencia			,856			,848
Hijos/as	2 (4,55%)	7 (5,79%)		1 (0,81%)	0 (0,00%)	
Madre o padre	0 (0,00%)	4 (3,31%)		8 (6,45%)	2 (6,90%)	
Otros	3 (6,82%)	4 (3,31%)		4 (3,23%)	2 (6,90%)	
Padres	3 (6,82%)	8 (6,61%)		18 (14,52%)	2 (6,90%)	
Pareja	14 (31,82%)	38 (31,40%)		35 (28,23%)	9 (31,03%)	
Pareja e hijos/as	18 (40,91%)	47 (38,84%)		40 (32,26%)	11 (37,93%)	
Solo/a	4 (9,09%)	13 (10,74%)		18 (14,52%)	3 (10,34%)	
Nivel educativo			,393			,202
Sin estudios	1 (2,27%)	2 (1,65%)		3 (2,42%)	2 (6,90%)	
Primaria / ESO	12 (27,27%)	23 (19,01%)		35 (28,23%)	10 (34,48%)	
Secundarios	17 (38,64%)	40 (33,06%)		67 (54,03%)	10 (34,48%)	
Superiores	14 (31,82%)	56 (46,28%)		19 (15,32%)	7 (24,14%)	
Situación laboral			,896			,002
Desempleado/a	7 (15,91%)	17 (14,05%)		7 (5,65%)	8 (27,59%)	
Activo/a	27 (61,36%)	79 (65,29%)		93 (75,00%)	16 (55,17%)	
Otro	10 (22,73%)	25 (20,66%)		24 (19,35%)	5 (17,24%)	
Ingresos mensuales (€)			,090			,001
Menos de 500	2 (4,55%)	10 (8,26%)		2 (1,61%)	4 (13,79%)	
Entre 501 y 1000	4 (9,09%)	17 (14,05%)		16 (12,90%)	6 (20,69%)	
Entre 1001 y 1500	13 (29,55%)	23 (19,01%)		37 (29,84%)	11 (37,93%)	
Entre 1501 y 2000	5 (11,36%)	33 (27,27%)		41 (33,06%)	3 (10,34%)	
Entre 2001 y 2500	10 (22,73%)	16 (13,22%)		16 (12,90%)	2 (6,90%)	
Más de 2501	7 (15,91%)	9 (7,44%)		10 (8,06%)	0 (0,00%)	
No tengo ingresos	3 (6,82%)	12 (9,92%)		2 (1,61%)	3 (10,34%)	

**Tabla 3.** Variables relacionadas con el juego en función de la población

	Total N = 318	Población General N = 165	Población Clínica N = 153	P
Juego pasado			127 (83,01%)	
Tiempo sin jugar				
Menos de 1 año			38 (24,84%)	
Entre 1 y 2 años			28 (18,30%)	
Entre 2 y 5 años			29 (18,95%)	
Más de 5 años			33 (21,57%)	
Juego presente	193 (60,69%)	72 (43,64%)	121 (79,08%)	< ,001
Edad de inicio	25,55 (9,04)	25,01 (7,48)	25,85 (9,84)	,546
Intención de dejar de jugar	129 (40,57%)	14 (8,48%)	115 (75,16%)	< ,001
Tipos de juegos				
Loterías	95 (29,87%)	32 (19,39%)	33 (21,57%)	,002
Tragaperras	62 (19,50%)	6 (3,64%)	56 (36,60%)	< ,001
Bingo	26 (8,18%)	22 (13,33%)	4 (2,61%)	< ,001
Casinos	25 (7,86%)	2 (1,21%)	23 (15,03%)	< ,001
Apuestas deportivas	31 (9,75%)	2 (1,21%)	29 (18,95%)	< ,001
Apuestas online	49 (15,41%)	0 (0,00%)	49 (32,03%)	< ,001
Evadir el malestar	36 (11,32%)	35 (21,21%)	1 (0,65%)	< ,001
Sentimiento de culpa	129 (40,57%)	115 (69,70%)	14 (9,15%)	< ,001
Chasing	109 (34,28%)	4 (2,42%)	105 (68,63%)	< ,001
PGSI		,80 (2,97)	10,45 (7,63)	< ,001
PGSI categorías				< ,001
Sin juego problemático	169 (53,14%)	138 (83,64%)	31 (20,26%)	
En riesgo	22 (6,92%)	16 (9,70%)	6 (3,92%)	
Riesgo moderado	20 (6,29%)	4 (2,42%)	16 (10,46%)	
Jugador problemático	107 (33,65%)	7 (4,24%)	100 (65,36%)	



Tabla 4. Variables relacionadas con el juego en función del sexo

	Población general N = 165			Población clínica N = 153		
	Hombres N = 44	Mujeres N = 121	P	Hombres N = 124	Mujeres N = 29	P
Juego pasado				114 (91,94%)	13 (44,83%)	< ,001
Tiempo sin jugar						,025
Menos de 1 año				34 (27,42%)	4 (13,79%)	
Entre 1 y 2 años				27 (21,77%)	1 (3,45%)	
Entre 2 y 5 años				22 (17,74%)	7 (24,14%)	
Más de 5 años				32 (25,81%)	1 (3,45%)	
Juego presente	18 (40,91%)	54 (44,63%)	,670	105 (84,68%)	16 (55,17%)	< ,001
Edad de inicio	22,47 (7,09)	26,02 (7,45)	,080	24,18 (8,44)	38,14 (11,00)	< ,001
Intención de dejar de jugar	5 (11,36%)	9 (7,44%)	,322	101 (81,45%)	14 (48,28%)	,212
Tipos de juegos						
Loterías	12 (27,27%)	50 (41,32%)	,099	29 (23,39%)	4 (13,79%)	,258
Tragaperras	4 (9,09%)	2 (1,65%)	,024	53 (42,74%)	3 (10,34%)	,001
Bingo	1 (2,27%)	3 (2,48%)	,939	19 (15,32%)	3 (10,34%)	,492
Casinos	1 (2,27%)	1 (0,83%)	,453	23 (18,55%)	0 (0,00%)	,012
Apuestas deportivas	1 (2,27%)	1 (0,83%)	,453	29 (23,39%)	0 (0,00%)	,004
Apuestas online	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1	43 (34,68%)	6 (20,69%)	,146
Evadir el malestar	1 (2,27%)	0 (0,00%)	,076	31 (25,00%)	4 (13,79%)	,726
Sentimiento de culpa	8 (18,18%)	6 (4,96%)	,001	101 (81,45%)	14 (48,28%)	,136
Chasing	4 (9,09%)	0 (0,00%)	< ,001	92 (74,19%)	13 (44,83%)	< ,001
PGSI	2,11 (5,20)	,32 (1,21)	,353	10,90 (7,40)	8,52 (8,40)	,130
PGSI categorías			,002			,029
Sin juego problemático	33 (75,00%)	105 (86,78%)		20 (16,13%)	11 (37,93%)	
En riesgo	5 (11,36%)	11 (9,09%)		4 (3,23%)	2 (6,90%)	
Riesgo moderado	0 (0,00%)	4 (3,31%)		15 (12,10%)	1 (3,45%)	
Jugador problemático	6 (13,64%)	1 (0,83%)		85 (68,55%)	15 (51,72%)	



La población clínica presentó un mayor consumo de psicofármacos, concretamente ansiolíticos (31% vs 19%). Además, la población clínica sentía mayoritariamente que su vida es difícil (73% vs 59%), tiende a tomar decisiones rápidas (57% vs 22%) y tiende menos a darle vueltas a la cabeza (71% vs 77%). Con relación a la conducta suicida, objetivo principal de este estudio, se obtuvo que la población clínica presentaba una mayor ideación suicida (64% vs 32%) y una mayor planificación (34% vs 8%). Además, la gran mayoría consideraba que había coincidido con la etapa jugadora (86%

vs 40%). También presentaron llamativamente una mayor conducta suicida (18% vs 3%). Asimismo, había habido más antecedentes de suicidio en la familia (8% vs 2%).

Respecto a los cuestionarios, la población clínica mostró mayor puntuación en la escala de suicidio de Plutchik (4,77 vs 2,62), presentaba un mayor consumo problemático de alcohol (25% vs 13%) y drogas ilegales (14% vs 3%) y presentaba mayores niveles de sintomatología depresiva (5,2 vs 4) y psicoticismo (2,42 vs 1,52) (ver tabla 5).

Tabla 5. Variables relacionadas con el suicidio y otras variables psicológicas en función de la población

	Total N = 318	Población General N = 165	Población Clínica N = 153	P
Consumo de psicofármacos	79 (24,84%)	32 (19,39%)	47 (30,72%)	,020
Sientes que tu vida es difícil	209 (65,72%)	98 (59,39%)	111 (72,55%)	,016
Tiendes a tomar decisiones rápidas	124 (38,99%)	37 (22,42%)	87 (56,86%)	< ,001
Tendencia a darle vueltas a la cabeza	236 (74,21%)	127 (76,97%)	109 (71,24%)	,243
Alguna vez te has hecho daño físico	58 (18,24%)	17 (10,30%)	41 (26,80%)	< ,001
Coincidió con la etapa jugadora	38 (65,52%)	5 (29,41%)	3 (7,32%)	< ,001
Ideación suicida	151 (47,48%)	53 (32,12%)	98 (64,05%)	< ,001
Planificación	65 (20,44%)	13 (7,88%)	52 (33,99%)	< ,001
Coincidió con la etapa jugadora	90 (59,60%)	5 (9,43%)	85 (86,73%)	< ,001
Suicidio en la familia	15 (4,72%)	3 (1,82%)	12 (7,84%)	,011
Parentesco				,032
Abuelo/a	4 (1,26%)	2 (1,21%)	2 (1,31%)	
Pareja	2 (0,63%)	2 (1,21%)	0 (0,00%)	
Hermano/a	1 (0,31%)	1 (0,61%)	0 (0,00%)	
Padre	1 (0,31%)	0 (0,00%)	1 (0,65%)	
Madre	3 (0,94%)	0 (0,00%)	3 (1,96%)	
Tío/a	6 (1,89%)	0 (0,00%)	6 (3,92%)	
Conducta suicida	33 (10,38%)	5 (3,03%)	28 (18,30%)	< ,001

(La tabla continúa en página siguiente)



	Total N = 318	Población General N = 165	Población Clínica N = 153	P
Cuántas veces				,007
0	290 (91,19%)	160 (96,97%)	130 (84,97%)	
1	14 (4,40%)	3 (1,82%)	11 (7,19%)	
2	8 (2,52%)	1 (0,61%)	7 (4,58%)	
3	3 (0,94%)	1 (0,61%)	2 (1,31%)	
4	2 (0,63%)	0 (0,00%)	2 (1,31%)	
Coincidió con la etapa jugadora	26 (78,78%)	2 (40,00%)	24 (85,71%)	,021
Escala Plutchik	3,66 (3,42)	2,62 (2,97)	4,77 (3,52)	< ,001
MULTICAGE				
Drogas ilegales	27 (8,49%)	5 (3,03%)	22 (14,38%)	< ,001
Alcohol	60 (18,87%)	22 (13,33%)	38 (24,84%)	,010
Juego	125 (39,31%)	8 (4,85%)	117 (76,47%)	< ,001
Salud mental				
Hostilidad	2,20 (3,44)	2,01 (3,31)	2,41 (3,58)	,301
Somatización	4,97 (4,57)	4,69 (4,47)	5,27 (4,68)	,299
Depresión	4,61 (5,02)	4,07 (4,56)	5,20 (5,44)	,048
Obsesión compulsión	4,94 (4,32)	4,86 (4,39)	5,03 (4,25)	,734
Ansiedad	4,27 (4,56)	4,20 (4,56)	4,35 (4,56)	,761
Sensibilidad interpersonal	3,91 (4,35)	3,55 (3,90)	4,32 (4,78)	,124
Ideación paranoide	3,98 (3,92)	3,65 (3,71)	4,34 (4,12)	,124
Psicoticismo	1,95 (3,17)	1,52 (2,54)	2,42 (3,69)	,013
Apoyo emocional	31,05 (8,20)	31,31 (8,28)	30,76 (8,14)	,555

En la población general, los hombres mostraron una mayor planificación del suicidio que las mujeres (20% vs 3%), mientras que en las mujeres dicha ideación o planificación suicida coincidió mayoritariamente con la etapa jugadora (29% vs 22%). Los hombres también presentaron una mayor conducta suicida (9% vs 0,8%). Así mismo, los hombres presentaron un mayor consumo problemático de drogas (11% vs 0%) y de juego (16%

vs 0,8%). No hubo diferencias en variables relativas a la salud mental.

Con respecto a la población clínica, las mujeres presentaron un mayor consumo de psicofármacos (48% vs 27%), y mayor tendencia a darle vueltas a la cabeza (86% vs 68%). Con respecto a la conducta suicida, en hombres es más prevalente que la ideación o planificación suicida coincida con la etapa jugadora.



No hubo diferencias en función del género en el consumo problemático de alcohol o drogas ilegales. En relación con la salud mental, las mujeres presentaron mayores puntuaciones en somatización (7,14 vs 4,83) y en depresión (7,21 vs 4,74) (ver Tabla 6).

En cuanto a las correlaciones entre las variables del estudio, cabe mencionar la elevada relación entre la gravedad del juego y la conducta suicida (.430). El suicidio,

evaluado mediante la escala de Plutchik, se relacionó significativamente con el juego, el consumo problemático de drogas ilegales y alcohol, con la salud mental y con el apoyo emocional (ver Tabla 7).

En la Tabla 8 se muestran los factores de riesgo tanto en población general como clínica, ante una mayor puntuación en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Plutchik y Van Praag, 1989).

Tabla 6. Variables relacionadas con el suicidio y otras variables psicológicas en función del sexo

	Población general N = 165			Población clínica N = 153		
	Hombres N = 44	Mujeres N = 121	P	Hombres N = 124	Mujeres N = 29	P
Consumo de psicofármacos	9 (20,45%)	23 (19,01%)	,835	33 (26,61%)	14 (48,28%)	,023
Sientes que tu vida es difícil	26 (59,09%)	72 (59,50%)	,912	88 (70,97%)	23 (79,31%)	,365
Tiendes a tomar decisiones rápidas	13 (29,55%)	24 (19,83%)	,186	71 (57,26%)	16 (55,17%)	,838
Tendencia a darle vueltas a la cabeza	31 (70,45%)	96 (79,34%)	,231	84 (67,74%)	25 (86,21%)	,048
Alguna vez te has hecho daño físico	6 (13,64%)	11 (9,09%)	,396	33 (26,61%)	8 (27,59%)	,915
Coincidió con la etapa jugadora	3 (50,00%)	2 (18,18%)	,137	30 (90,90%)	3 (37,50%)	,001
Ideación suicida	18 (40,91%)	35 (28,93%)	,145	79 (63,71%)	19 (65,52%)	,855
Planificación	9 (20,45%)	4 (3,31%)	,003	41 (33,06%)	11 (37,93%)	,602
Coincidió con la etapa jugadora	4 (22,22%)	1 (28,57%)	,028	74 (93,67%)	11 (57,95%)	< ,001
Suicidio en la familia	1 (2,27%)	2 (1,65%)	,792	8 (6,45%)	4 (13,79%)	,186
Parentesco			,648			,192
Abuelo/a	1 (2,27%)	1 (0,83%)		1 (0,81%)	1 (3,45%)	
Pareja	0 (0,00%)	2 (1,65%)		0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Hermano/a	0 (0,00%)	1 (0,83%)		0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Padre	0 (0,00%)	0 (0,00%)		1 (0,81%)	2 (6,90%)	
Madre	0 (0,00%)	0 (0,00%)		1 (0,81%)	0 (0,00%)	
Tío/a	0 (0,00%)	0 (0,00%)		5 (4,03%)	1 (3,45%)	

(La tabla continúa en página siguiente)



	Población general N = 165		P	Población clínica N = 153		P
	Hombres N = 44	Mujeres N = 121		Hombres N = 124	Mujeres N = 29	
Conducta suicida	4 (9,09%)	1 (0,83%)	,006	24 (19,35%)	4 (13,79%)	,486
Cuántas veces			,042			,187
0	40 (90,91%)	120 (99,17%)		104 (83,87%)	26 (89,66%)	
1	2 (4,55%)	1 (0,83%)		11 (8,87%)	0 (0,00%)	
2	1 (2,27%)	0 (0,00%)		4 (3,23%)	3 (10,34%)	
3	1 (2,27%)	0 (0,00%)		2 (1,61%)	0 (0,00%)	
4	0 (0,00%)	0 (0,00%)		2 (1,61%)	0 (0,00%)	
Coincidió con la etapa jugadora	2 (50,00%)	0 (0,00%)	,361	21 (87,50%)	3 (75,00%)	,508
Escala Plutchik	3,09 (3,56)	2,45 (2,73)	,283	4,57 (3,46)	5,62 (3,69)	,148
MULTICAGE						
Drogas ilegales	5 (11,36%)	0 (0,00%)	< ,001	19 (15,32%)	3 (10,34%)	,493
Alcohol	9 (20,45%)	13 (10,74%)	,096	35 (28,23%)	3 (10,34%)	,045
Juego	7 (15,91%)	1 (0,83%)	< ,001	102 (82,26%)	15 (51,72%)	< ,001
Salud mental						
Hostilidad	2,05 (3,39)	1,99 (3,29)	,283	2,39 (3,70)	2,50 (3,01)	,882
Somatización	4,39 (4,42)	4,81 (4,50)	,926	4,83 (4,52)	7,14 (4,96)	,018
Depresión	4,82 (5,24)	3,80 (4,27)	,596	4,74 (5,27)	7,21 (5,79)	,029
Obsesión compulsión	5,27 (4,68)	4,71 (4,29)	,253	4,79 (4,16)	6,11 (4,53)	,143
Ansiedad	4,16 (4,99)	4,21 (4,42)	,469	4,06 (4,43)	5,64 (5,00)	,097
Sensibilidad interpersonal	3,82 (4,57)	3,45 (3,64)	,955	4,02 (4,66)	5,73 (5,20)	,097
Ideación paranoide	4,00 (4,38)	3,53 (3,45)	,636	4,28 (4,08)	4,57 (4,32)	,738
Psicoticismo	1,77 (2,80)	1,42 (2,44)	,473	2,36 (3,79)	2,68 (3,27)	,685
Apoyo emocional	29,47 (9,00)	31,97 (7,94)	,464	30,71 (8,29)	30,96 (7,58)	,880



Tabla 7. Correlaciones entre las variables de estudio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Edad	-														
PGSI	-.194**	-													
Escala suicidio	-.122*	.430**	-												
Alcohol	-.152**	.320**	.217**	-											
Juego	-.161**	.795**	.420**	.375**	-										
Drogas ilegales	-.078	.348**	.326**	.405**	.382**	-									
Hostilidad	-.049	.236**	.509**	.315**	.189**	.229**	-								
Somatización	.045	.123*	.531**	.154**	.149**	.165**	.583**	-							
Depresión	-.114*	.231**	.699**	.270**	.216**	.290**	.688**	.667**	-						
Obsesión compulsión	-.151**	.167**	.527**	.277**	.174**	.214**	.659**	.628**	.785**	-					
Ansiedad	-.114*	.181**	.656**	.237**	.148**	.220**	.712**	.680**	.839**	.769**	-				
Sensibilidad interpersonal	-.124*	.199**	.579**	.332**	.219**	.253**	.690**	.635**	.817**	.788**	.762**	-			
Ideaación paranoide	-.090	.216**	.525**	.253**	.199**	.236**	.709**	.600**	.722**	.733**	.702**	.820**	-		
Psicoticismo	-.155**	.291**	.504	.361**	.283**	.357**	.687**	.556**	.664**	.686**	.668**	.722**	.707**	-	
Apoyo emocional	-.091	-.075	-.250**	-.108	-.109	-.104	-.223**	-.249**	-.287**	-.145*	-.196**	-.250**	-.255**	-.150**	-

Nota. PGSI = Problem Gambling Severity Index.

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Tabla 8. Factores de riesgo ante una mayor puntuación en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

Población general:

	β	p	IC 95%
PGSI	.323	.015	.075; .673
MULTICAGE			
Alcohol	.184	.039	.030; 1,124
Drogas ilegales	-.088	.332	-1,317; .448
Juego	-.140	.312	-1,750; .562
Apoyo emocional	-.095	.226	-.089; .021



Población clínica:

	β	p	IC 95%
PGSI	,161	,070	-,006; ,158
MULTICAGE			
Alcohol	-,150	,051	-,901; -,001
Drogas ilegales	,348	< ,001	,586; 1,489
Juego	,181	,043	,014; ,934
Apoyo emocional	-,325	< ,001	-,196; -,081

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio, a partir de la muestra analizada, mostraron una mayor prevalencia de juego en los hombres y que éstos se habían iniciado de manera más temprana que las mujeres en el juego, siendo los juegos preferentes las máquinas tragaperras, los casinos y las apuestas deportivas. Así mismo, los hombres obtuvieron puntuaciones más elevadas en *seguir jugando para recuperar el dinero perdido*.

Por otro lado, la muestra compuesta por personas jugadoras obtuvo una mayor puntuación de consumo de psicofármacos, especialmente de ansiolíticos. También referían, en un mayor porcentaje, que la vida era difícil, con una tendencia mayor a tomar decisiones rápidas. En esa línea, en relación con la conducta suicida, que fue el objeto del presente estudio, a pesar de las limitaciones de éste, los resultados mostraron que la muestra clínica mostraba una mayor ideación suicida con una mayor planificación, especialmente durante la eta-

pa de juego. Así mismo, también existía un mayor consumo problemático de alcohol y drogas ilegales, y presentaba mayores niveles de sintomatología depresiva y psicoticismo. Dada la transversalidad del estudio, no se puede hablar de causalidad, ni conocer qué ha sido previo, si la problemática de juego o el consumo de alcohol y/o ideación suicida o el ánimo depresivo. Sin embargo, los resultados apuntan a la importancia de la ideación suicida en las personas con problemática de juego y su relación con el consumo problemático de drogas ilegales y alcohol. Es necesario seguir haciendo estudios que profundicen en este aspecto para mejorar la vida de las personas con problemas de juego. Las implicaciones clínicas y preventivas son muy elevadas ya que la intervención temprana en la ideación suicida será un elemento que, identificado de una manera precoz, prevendrá el riesgo de consumación del suicidio.

La ideación suicida causa un importante malestar en la vida de las personas que la sufren, quienes, en ocasiones, pueden



llevar a ejecutar la conducta suicida con consecuencias fatales. Conocer la prevalencia tanto de la ideación como de la conducta suicida en la población con trastorno por juego, es fundamental para poder abordarlas en la intervención de dicho trastorno.

Con la realización del presente estudio, FEJAR ha pretendido aportar datos a nivel nacional hasta ahora inexistentes, lo que puede ayudar a perfeccionar y/o actualizar sus tratamientos como, por ejemplo, la creación de nuevos proyectos de intervención y de prevención teniendo en cuenta la ideación y conducta suicida en personas con trastorno por juego). Se pretende también con la elaboración del presente estudio realizar una aportación a toda la comunidad científica y/o profesionales de la salud que trabajen con trastorno por juego, así como a instituciones políticas, para que puedan establecer los mecanismos de protección necesarios para este sector de población ante las tentativas suicidas.

LIMITACIONES

El presente estudio no está exento de limitaciones: en primer lugar, se trata de un estudio transversal; en segundo lugar, la muestra de población clínica está compuesta por personas que buscan tratamiento en asociaciones vinculadas a FEJAR, sería necesario ampliar a un número mayor tanto de muestra como de dispositivos de ayuda y, por último, se trata de medidas de autoinforme, por lo que podría existir deseabilidad social, especialmente en problemáticas como la ideación autolítica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alba-Carballo, M.R., Fernández-Baz, I., Díaz Vidal, L., Martínez Hervés, M., Costas González, M., Núñez-Arias, D., Servicio de Psiquiatría del Hospital Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Área Sanitaria de Ferrol (A Coruña). (2013). Evolución de pacientes con intento de suicidio: seguimiento a un año. *Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias*, 12, 20-26.
- Battersby, M., Tolchard, B., Scurrah, M., y Thomas, L. (2006). Suicide ideation and behaviour in people with pathological gambling attending a treatment service. *International journal of mental health and addiction*, 4, 233-246.
- Cañon Bruitrago, C. S., y Carmona Parra, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revista de Pediatría en Atención Temprana*, 20(80), 387-397. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&nrm=iso
- Davison, M. L., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., y Kane, R. L. (1997). Development of a Brief, Multidimensional, Self-Report Instrument for Treatment Outcomes Assessment in Psychiatric Settings: Preliminary Findings. *Assessment*, 4(3), 259-276. <https://doi.org/10.1177/107319119700400306>
- Derogatis, L. R., Rickels, K., y Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128(3), 280-289. <https://doi.org/10.1192/BjP.128.3.280>



- Díaz-Sanahuja, L., Campos, D., Mira, A., Castilla, D., García-Palacios, A., y Bretón-López, J. M. (2021). Efficacy of an internet-based psychological intervention for problem gambling and gambling disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 26, 100466.
- Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR) (2018). *Aspectos psicosociales. Guía Clínica Específica Mujer y Juego* (pp. 20-24).
- Ferris, J., y Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: Final report*. [https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/Ferris%20et%20al\(2001\)The Canadian Problem Gambling Index.pdf](https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/Ferris%20et%20al(2001)The%20Canadian%20Problem%20Gambling%20Index.pdf)
- Gómez García, M. (2016). *Juego patológico y suicidio*. Instituto de Formación Continua-IL3 (Universidad de Barcelona). https://www.il3.ub.edu/blog/juegopatologico-y-suicidio/#Suicidio_y_juego_patologico
- Hakansson, A. (2016) Diferencias de género en el Trastorno de Juego: desde los aspectos clínicos hasta la respuesta al tratamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 117, 31-38.
- Herrero-Fernández, D. (2015). A comparison of Internet-based and paper-and-pencil questionnaires in assessing driving anger in a Spanish sample. *REMA: Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 20(1), 1-15.
- Lopez-Gonzalez, H., Estévez, A., y Griffiths, M. D. (2018). Spanish validation of the Problem Gambling Severity Index: A confirmatory factor analysis with sports bettors. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 814–820. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.84>
- Meca-Zapatero, S. y Serrano, M.A. (2020). Suicidio y Juego Patológico: factores de riesgo y direcciones futuras. *Revista Española de Drogodependencias*, 45(3), 72-78.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). Factores asociados con la conducta suicida y evaluación del riesgo suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (pp. 49-72). Ed.: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia Avalia-t. Consellería de Sanidad
- Ministerio de Sanidad (2022). *Resumen Ejecutivo de Encuesta EDADES*. Plan Nacional Sobre Drogas (pp. 9-10).
- Ocampo, E. (2024). *La Xunta testa la ideación suicida de 4.500 alumnos: “¿Vale la pena vivir? ¿eres infeliz?”*. Faro de Vigo.
- Pedrero Pérez, E. J., Rodríguez Monje, M. T., Gallardo Alonso, F., Fernández Girón, M., Pérez López, M., y Chicharro Romero, J. (2007). Validación de un instrumento para la detección de trastornos de control de impulsos y adicciones: El MULTICAGE CAD-4. *Trastornos Adictivos*, 9(4), 269–278. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(07\)75656-8](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(07)75656-8)
- Plutchik, R., y Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology y Biological Psychiatry*, 13 (Suppl. 1), S23-S34. [https://doi.org/10.1016/0278-5846\(89\)90107-3](https://doi.org/10.1016/0278-5846(89)90107-3)



- Requena, G. C., Salamero, M., y Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 128(18), 687–691. <https://doi.org/10.1157/13102357>
- Rubio, G., Montero, I., Jauregui, J., Martínez, M., Álvarez, S., y Marin, J. J. (1998). Validación de la Escala de Impulsividad de Plutchik en población español. *Archivos de Neurobiología*, 61(4), 307–316.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., y Lostao, L. (2009). SA-45: a brief form of the SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290–296. <https://www.psicothema.com/pdf/3463.pdf>
- Santolaria Gómez, R., Estévez Gutiérrez, A., Aonso Diego, G. (2024). *Análisis de situación de ideación y conducta suicida en población con trastorno por juego de FEJAR*. A Coruña. FEJAR – Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados; <https://fejar.org/que-hacemos//publicacion/>
- Séguin, M., Boyer, R., Lesage, A., McGirr, A., Suissa, A., Tousignant, M., y Turck, G. (2010). Suicide and gambling: psychopathology and treatment-seeking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 541. <https://doi.org/10.1037/a0019041>
- Sherbourne, C. D., y Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Valenciano-Mendoza, E., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Gomez-Peña, M., Moragas, L., del Pino-Gutierrez, A., Moral-Maltas, B., Baenas, I., Guillén-Guzmán, E., Valero-Solís, S., Lara-Huallipe, M. L., Codina, E., Mestre-Bach, G., Etxandi, M., Menchón, J. M., y Jiménez-Murcia, S. (2021). Suicidal behavior in patients with gambling disorder and their response to psychological treatment: The roles of gender and gambling preference. *Journal of psychiatric research*, 143, 317–326. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.027>
- Verdura-Vizcaíno, E. J., Fernández-Navarro, P., Vian-Lains, A., Ibañez, Á., y Baca-García, E. (2015). Características socio-demográficas y comorbilidad de sujetos con juego patológico e intento de suicidio en España [Sociodemographic traits and comorbidities in pathological gamblers with a suicide attempt in Spain]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.03.002>
- Wardle, H., John, A., Dymond, S., y McManus, S. (2020). Problem gambling and suicidality in England: secondary analysis of a representative cross-sectional survey. *Public health*, 184, 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.03.024>
- World Health Organization (WHO) (2021). *Suicide Worldwide in 2019*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Yuodelis-Flores, C., y Ries, R. K. (2015). Addiction and suicide: A review. *The American journal on addictions*, 24(2), 98–104.