

Pensamiento e intento suicida en mujeres y su relación con la violencia de género

The Relationship of Suicidal Thoughts and Attempted Suicide to Gender-Based Violence

Antonio Sanz-Fuentes y Valeria Ruiz-Lorenzo

Palabras clave

Análisis cuantitativo

- Intento suicida
- Miedo
- Mujeres
- Pensamiento suicida
- Suicidio
- Violencia de género

Key words

Quantitative Analysis

- Suicide Attempt
- Fear
- Women
- Suicidal Thoughts
- Suicide
- Gender-Based Violence

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar posibles factores que influyen en conductas relacionadas con el suicidio femenino: la ideación y el intento. Para ello, se ha observado la influencia de diferentes indicadores sociodemográficos, redes de apoyo, violencias de género sufridas y miedo a la pareja actual mediante un análisis cuantitativo a través de una fuente de datos secundaria, el estudio n.º 3235 «Macroencuesta de Violencia contra la Mujer» (CIS, 2019). Se han utilizado tanto técnicas de análisis descriptivas como inferenciales, aplicando la regresión logística múltiple a dos modelos contruidos: pensamiento suicida e intento suicida. Entre los resultados destaca que la violencia psicológica y de control, así como el miedo a la pareja, influyen en el pensamiento e intento suicida de las mujeres.

Abstract

The aim of this article is to analyse possible factors that influence behaviours related to female suicide: ideation and attempt. To this end, the influence of different indicators has been observed like socio-demographic indicators, support networks, gender-based violences suffered and fear of their partner through a quantitative analysis using a secondary data source, the Study N° 3235 "Macro-survey on Violence against Women" (CIS, 2019). Both descriptive and inferential analysis techniques have been used, applying multiple logistic regression to two constructed models: suicidal thinking and suicide attempt. Among the results, it stands out that psychological and control violence, as well as fear of their partner, influence the suicidal thinking and attempt of women.

Cómo citar

Sanz-Fuentes, Antonio; Ruiz-Lorenzo, Valeria (2023). «Pensamiento e intento suicida en mujeres y su relación con la violencia de género». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 181: 81-100. (doi: 10.5477/cis/reis.181.81)

La versión en inglés de este artículo puede consultarse en <http://reis.cis.es>

Antonio Sanz-Fuentes: Universidad Isabel I | asanzfuentes@gmail.com

Valeria Ruiz-Lorenzo: v_de_l@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Esta investigación pretende abordar un problema social que, en cierta medida, está invisibilizado, el suicidio femenino, quizá por los estigmas históricos que han rodeado este fenómeno. Según los últimos datos del INE (2019), el suicidio es la primera causa de defunción por causas externas: de las 418 703 personas fallecidas en España en 2019, el suicidio y/o las lesiones autoinfligidas fue la causa de 3671 defunciones —aproximadamente el 1 %—. Según la Organización Mundial de la Salud (2018), cada 40 segundos una persona en el mundo se suicida, mientras que 800 000 lo hacen anualmente en todo el planeta; es la segunda causa de mortalidad en la población joven y las tasas de suicidio más elevadas se encuentran en los países con altos ingresos. Además, es la decimocuarta causa de muerte mundial, responsable del 1,5 % de toda la mortalidad (O'Connor y Nock, 2014).

Este fenómeno es un hecho social de naturaleza compleja debido a sus causas multifactoriales y a su carácter polifásico: podemos hablar del pensamiento suicida, la planificación del intento suicida, el intento suicida cuyo resultado puede ser no letal o letal —consumación del suicidio—.

La prevalencia transnacional de por vida de ideas, planes e intentos suicidas es del 9,2 %, 3,1 % y 2,7 %, respectivamente. En todos los países, el 60 % de las transiciones de la ideación al plan y al intento ocurren dentro del primer año después del inicio de la ideación. Los factores de riesgo constantes transnacionales incluyen ser mujer, ser joven, tener un menor nivel educativo, estar soltera y sufrir un trastorno mental (Nock *et al.*, 2008).

Este artículo se centra en la ideación y el intento suicida no letal en mujeres, así como en su asociación con ciertas variables sociodemográficas, de apoyo social y la relación existente con la violencia de género su-

frida. Dado que la OMS (2018) estima que, por cada muerte por suicidio, se ha realizado una media de 20 intentos, es necesario comprender cuáles son los factores de riesgo en el pensamiento y el intento suicida con el objetivo de plantear estrategias efectivas para prevenir esta evitable causa de mortalidad.

MARCO TEÓRICO

«Se llama suicidio todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, siendo que esta sabía que debía producir ese resultado» (Durkheim, 1989: 5). El suicidio no es un campo nuevo para la investigación sociológica, como bien es sabido. Durkheim fue el principal precursor y defensor de su estudio desde esta disciplina. Desarrolló conceptos como «sociedades suicidógenas» y una tipología en base a motivaciones suicidas: «suicidio egoísta», «suicidio altruista» y «suicidio anómico».

Comprender este hecho desde una perspectiva holística es esencial; es un fenómeno transversal que debe abordarse desde distintas perspectivas debido a su carácter multifactorial: lo atraviesan variables culturales, sociales, psicológicas, económicas y sanitarias.

Orden *et al.* (2010: 2) clasifica el comportamiento suicida en diferentes categorías: ideaciones —pensamientos—, comunicaciones y comportamientos que implican cierto grado de intención de morir. Los intentos de suicidio pueden ser letales y casi letales, poseyendo las siguientes características: 1) comportamiento autoiniciado y potencialmente dañino; 2) presencia de intención de morir; 3) resultado no fatal. El término suicidio se reserva para aquellos casos en los que el intento de suicidio resulta en la muerte.

Existen múltiples modelos y teorías respecto al suicidio: *cubic model of suicide* (Shneidman, 1985), *cognitive model of suicidal behaviour* (Wenzel y Beck, 2008),

diathesis-stress-hopelessness- model of suicidal behaviour (Schotte y Clum, 1987), *arrested flight model* (Williams, 2001), *suicide as escape from self* (Baumeister, 1990), *interpersonal-psychological model* (Joiner, 2005), entre otros tantos. Todas estas teorías se centran en dimensiones asociadas al suicidio desde una postura parcial, en cambio, la «teoría interpersonal del suicidio» de Joiner (2005) extendida en Orden *et al.* (2010) pretende ser más integradora y holística respecto a los múltiples factores de riesgo, ya que indica una asociación sólida en dimensiones como el trastorno mental, intentos de suicidio anteriores, aislamiento social —soledad, vivir solo, red de apoyo débil...—, ausencia de hijos, no estar casado/a, los conflictos familiares —violencia intrafamiliar, violencia de género, etc.—, estar en desempleo, enfermedades físicas, exposición a comportamientos suicidas, etc. Otros estudios también apuntan como factores de riesgo a la aparición de fuertes eventos adversos durante la infancia —abuso físico o sexual, muerte de progenitor, violencia familiar...— así como la depresión, siendo asociados a la prevalencia de comportamientos suicidas a lo largo de la vida (O'Connor y Nock, 2014). Estos factores de forma aislada pueden tener una capacidad predictiva débil para el suicidio, pero es su interacción entre sí lo que suma fuerza explicativa, dado que el suicidio no es un fenómeno unicausal.

Según la Organización Mundial de la Salud (2019), a nivel mundial, la tasa de suicidios estandarizada por edad es 1,8 veces mayor en hombres que en mujeres, llegando a alcanzar en los países de ingresos altos una proporción tres veces mayor. Sin embargo, según los datos de la American Association of Suicidology en Estados Unidos (2019) respecto a los intentos de suicidio no letales, las mujeres triplican el número de intentos de los hombres. Dado que tanto la ideación suicida como los intentos no letales son mucho más comunes que los intentos letales (Orden *et al.*, 2010: 2), los

intentos que no finalizan en muerte tienen una proporción de 25 a 1 sobre los que sí.

En suma, esto implica que el pensamiento y el intento suicida no letal están ampliamente más presentes en mujeres que en hombres, pero su éxito en la consecución del intento es menor.

Según la bibliografía, no se puede hablar de determinantes suicidas, sino de factores de riesgo que, en su interacción, provocan este desencadenante. Nock *et al.* (2008) realizaron un macroestudio internacional sobre el suicidio donde apuntan a la importancia de la prevalencia de la actitud suicida a lo largo de la vida: ideación suicida prevalece en el 9,2 % de los casos; la planificación, en el 3,1 %, y los intentos no letales, en el 2,7 % de los individuos. Esta prevalencia varía según el país, pero no así las características del comportamiento suicida: la ideación suicida aumenta considerablemente durante la adolescencia, donde la tercera parte de los ideadores cometerán algún intento. El 60 % de estos ocurrirá durante el año posterior a su ideación.

De los resultados de este estudio también se concluye que, entre los ideadores suicidas, la probabilidad de planificar un suicidio es del 33,6 % y de realizar un intento del 29,0 %, así como la probabilidad de cometer un intento entre los ideadores con un plan es del 56,0 %.

En todos los países, el 60 % de las transiciones de la ideación al plan y al intento ocurren dentro del primer año después del inicio de la ideación. Los factores de riesgo transnacionales constantes incluyen ser mujer, menor edad, menor nivel educativo, soltera y tener un trastorno mental (*ibid.*: 2); a su vez, existe una relación inversa entre la edad y el riesgo a un comportamiento suicida: de los resultados se extrajo que una edad de inicio más temprana a la ideación suicida se asocia significativamente con un riesgo mayor a la planificación y el intento. Según Denney *et al.* (2009: 8), tener trabajo o un alto nivel educativo se asocia con un menor riesgo de

suicidio debido a un mayor número de lazos sociales y responsabilidades interpersonales, aunque en el caso de las mujeres, el nivel educativo tiene un impacto preventivo menor. Además, es un factor protector y preventivo frente al suicidio la religión, debido a que las religiones suelen censurar este tipo de prácticas (Durkheim, 1989; Gearing y Lizardi, 2009; Navarro-Gómez, 2017). Por el contrario, la discapacidad es otro factor de riesgo; aunque no existan datos generales en torno al suicidio analizando a las personas con discapacidad como una población, existen datos contrastados sobre el impacto de la discapacidad intelectual leve (IQ entre 50-75) y de otras discapacidades físicas —esclerosis múltiple, lesión medular, etc.— en el comportamiento suicida (Giannini *et al.*, 2010).

Tras la lectura de la bibliografía parece concluirse que ser mujer es un factor de riesgo clave para el suicidio. Aunque la proporción de mujeres suicidas frente a los hombres es menor, el número de intentos suicidas llevado a cabo por las mujeres triplica el de los hombres; por lo tanto, podemos deducir que existe un impacto fuerte del género en este fenómeno, el cual, a su vez, está muy asociado a la violencia familiar, los abusos físicos o sexuales y el trastorno mental.

Galtung en su teoría de conflictos (2003: 200) conceptualiza la violencia como un triángulo, el cual está formado por 3 vértices de violencia que se retroalimentan: directa, cultural y estructural. Esta violencia se representa como un iceberg donde la visible —directa— es una parte nimia de la misma y está sustentada por la violencia cultural y estructural. Esta visión holística e integral de la violencia puede sustentar el concepto de violencia de género, el cual se entiende como:

Todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada (ONU, 1995).

Según las investigaciones, existe una fuerte relación entre antecedentes de violencia de género y conductas suicidas en mujeres, aumentando el riesgo de ideación o intento suicida según la intensidad de la violencia sufrida; también se asocia a angustia psicológica, estrés traumático, miedo y aislamiento. Estos sentimientos pueden derivar en depresión, cuya variable tiene gran capacidad predictiva respecto a las conductas suicidas (Antai *et al.*, 2014: 2).

Las mujeres sufren una amplia tipología de violencias: física, sexual, psicológica, verbal, económica, simbólica, etc., cuya victimización se asocia con un riesgo mayor a sufrir consecuencias psicológicas. Se ha corroborado la existencia de una asociación causal bidireccional entre sufrir trastornos mentales y sufrir violencia de género con un impacto claro en la aparición de trastornos depresivos (Oram, Khalifeh y Howard, 2016: 7). Esto es en sí un problema de salud pública, dado que el 35 % de las mujeres de todo el mundo han sufrido algún tipo de violencia de género por parte de sus parejas o violencia sexual por otro hombre que no fuese su pareja íntima. En todo el mundo, el 39 % de los asesinatos de mujeres son cometidos por parejas íntimas o exparejas; la violencia sexual fuera de la pareja también es endémica y ha sido experimentada por el 7 % de las mujeres en todo el mundo (*ibid.*: 7).

Según estas autoras, sufrir este tipo de violencia aumenta en tres veces la probabilidad de sufrir trastornos depresivos, en cuatro la probabilidad de trastornos de ansiedad y en siete veces la probabilidad de trastornos de estrés postraumático —TEPT—. Asimismo, se asocia a síntomas de psicosis, abuso de sustancias y trastornos alimentarios.

Por lo tanto, existe una relación entre violencia física y psicológica que repercute en ambos aspectos de la salud de las mujeres. Según el estudio de Pico-Alfonso *et al.* (2006), todas las mujeres que sufrieron vio-

lencia física por sus parejas, también sufrieron alguna forma de violencia psicológica y, además, un tercio de estas sufrieron abusos sexuales. Un porcentaje alto de mujeres que participaron en este estudio, tanto víctimas de violencia de género como aquellas que no lo han sufrido, reportaron antecedentes de abuso infantil —oscilando del 45 % al 67,3 % según la categoría a la que pertenecían—. El abuso infantil físico y sexual se asocia con la violencia de género. Se encontró relaciones entre depresión autocalificada, estado de ansiedad, sintomatología de TEPT e incidencia de pensamientos e intentos suicidas de por vida con la violencia de género sufrida.

Este estudio también arroja resultados respecto a la baja diferenciación entre los síntomas de victimización presentados por mujeres que sufren violencia de género física y psicológica y aquellas que sufren violencia de género psicológica; donde sí se perciben diferencias es entre aquellas que, a su vez, sufrieron abusos sexuales por parte de sus parejas: niveles más altos de depresión y mayor incidencia en intentos de suicidio, aunque ni el pensamiento suicida ni los intentos suicidas se asociaron a ninguna sintomatología concreta. Por el contrario, sí se demostró que sufrir violencia de género fue un factor de riesgo primario, un predictor significativo de sufrir síndromes depresivos, ansiedad y TEPT.

Según otros estudios como el de Wingood, DiClemente y Raj (2000), haber experimentado violencia física y sexual se relaciona con el uso de estupefacientes e intentos de suicidio. La Encuesta de Morbilidad Psiquiátrica de Adultos (2007) también sugiere asociaciones entre la violencia sexual y la dependencia a drogas y alcohol (Jonas *et al.*, 2011). Y más de la mitad de las mujeres que han experimentado una violación o una tentativa de la misma han intentado suicidarse como consecuencia de esta victimización (Oram, Khalifeh y Howard, 2016: 162).

Otras formas de violencia de género como la emocional, caracterizada por el miedo, la sensación de atrapamiento o de incapacidad de escapar de las situaciones violentas, también contribuyen negativamente a la salud mental de las mujeres y está relacionada con los intentos de suicidio (Devries *et al.*, 2013: 8).

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo del presente estudio consiste en conocer posibles variables que influyen en el pensamiento o intento suicida de las mujeres, haciendo especial referencia a aquellos factores relacionados con las distintas formas de violencia de género sufridas. Esto permitirá visibilizar el suicidio en las mujeres y plantear su relación con la violencia de género, así como identificar factores que permitan realizar una prevención adecuada desde una perspectiva de género.

En este sentido, se plantea como hipótesis general que las características individuales, el capital social a disposición y la victimización por violencia de género tienen una relación estadísticamente significativa en la ideación e intento suicida en las mujeres, materializándose en las siguientes subhipótesis:

- Ciertas características sociodemográficas están relacionadas con mayor pensamiento e intento suicida: ser joven, haber alcanzado menor nivel educativo, estar desempleada, carecer de creencias religiosas, no tener hijos/as y ser discapacitada.
- Las mujeres que disponen de una red de apoyo más débil tienen una mayor tendencia al pensamiento e intento suicida.
- La violencia de género aumenta la tenencia de pensamientos e intentos de suicidio.
- El miedo a la pareja implica un aumento en la posibilidad de que las mujeres desarrollen pensamientos e intentos suicidas.

MATERIALES Y MÉTODOS

En el presente estudio se han utilizado datos de una fuente secundaria. La información ha sido recogida por el Centro de Investigaciones Sociológicas (en adelante, CIS) en el Estudio n.º 3235 denominado «Macroencuesta de Violencia contra la Mujer» de 2019¹. Entre el 12 de septiembre y el 1 de diciembre del mismo año se realizaron un total de 9568 entrevistas.

En cuanto a la muestra, se ha tenido en cuenta a toda la población femenina de 16 años y más residente en España. Se trata de una muestra probabilística que ha seguido un procedimiento polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades primarias de muestreo (municipios) y de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria proporcional, y de las unidades últimas (individuos) por rutas aleatorias y cuotas de edad y ocupación. El error muestral para el conjunto es del $\pm 1\%$, con un nivel de confianza del 95,5% y en el supuesto de muestreo aleatorio simple.

La técnica de análisis es de carácter cuantitativo y tanto para el tratamiento de los datos como para la consecución de los análisis estadísticos se ha recurrido al *software* Stata 14.0. En primer lugar, se ha realizado un análisis descriptivo de las variables estudiadas. En segundo lugar, se han elaborado tablas de contingencia con el objetivo de observar el comportamiento de las variables y decidir su posterior inclusión en los modelos de regresión. En tercer lugar, se ha procedido a la realización de un análisis regresión logística múltiple (*logit*), ya que las variables dependientes son dicotómicas. Asimismo, se han construido dos modelos en los que se introducen, sucesivamente, diversas variables a fin de establecer cuáles son las diferencias existentes entre ambos.

¹ Toda la información relacionada con este estudio puede consultarse en: http://www.cis.es/cis/open/cm/ES/2_bancodatos/estudios/listaMuestras.jsp?estudio=14470

Selección de preguntas y creación de indicadores

Las variables dependientes se han obtenido a partir de las preguntas MOP12² y MOP13³ del cuestionario utilizado por el CIS, en las cuales se plantea a la persona encuestada la posibilidad de haber ideado o pensado en suicidarse, así como haberlo intentado. La información recogida es de carácter dicotómico: «sí» o «no».

TABLA 1. *Ideación e intento suicida*

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Pensamiento o ideación	Sí	868	9,1
	No	8.668	90,6
	N.C.	32	0,3
Intento	Sí	214	2,2
	No	647	6,8
	N.C.	7	0,1
	N.P.	8.700	90,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CIS, estudio n.º 3235.

Dentro de las variables independientes empleadas, se pueden distinguir cuatro bloques: sociodemográficos, redes de apoyo, tipos de violencia de género sufrida y miedo a la pareja o expareja. En relación con las variables sociodemográficas, se ha tenido en cuenta la edad, el lugar de nacimiento, el nivel de estudios, el estado laboral, la religión, la tenencia de prole menor de 18 años y la diversidad funcional. Con el propósito de introducir dichas variables en los análisis y posibilitar su explicación de manera sencilla, todas han sido recodificadas, exceptuando la religión⁴, la tenen-

² MOP12. En algunas circunstancias difíciles, hay personas que piensan que su vida no tiene sentido y desean acabar con ella. ¿Ha pensado Ud. alguna vez en terminar con su vida?

³ MOP13. ¿Y ha intentado Ud. alguna vez terminar con su vida?

⁴ SDE13. ¿Cómo se define Ud. en materia religiosa: católica, creyente de otra religión, no creyente, atea o agnóstica?

TABLA 2. *Bloque 1. Recodificación de las variables sociodemográficas*

Variable	Recodificación	Motivo
Edad	18-24 años 25-44 años 45-64 años 65 años o más	La recodificación se ha realizado para poder identificar cómo afecta cada bloque de edad en el posicionamiento ante la expulsión.
Lugar de nacimiento	España Comunidad Europea País extracomunitario	La recodificación se ha llevado a cabo a fin de agrupar los países en tres categorías diferenciadas: nacida en España; nacida en otro país de la Comunidad Europea y nacida en un país extracomunitario.
Nivel de estudio	Sin formación Primaria Secundaria Bachillerato/FP Universitario	La recodificación se ha realizado con el objetivo de reducir el número de categorías propuestas por el CIS y simplificar el análisis.
Estado laboral	En activo Pensionista/jubilada En paro Estudiante Ama/o de casa	La recodificación se ha realizado para reducir el número de categorías propuestas por el CIS y hacer más sencillo su estudio e interpretación.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CIS, estudio n.º 3235.

cia de hijos/as menores de 18 años⁵ y la diversidad funcional⁶ (tabla 2).

Con respecto al bloque de las redes de apoyo, se han propuesto tres variables. En primer lugar, se ha utilizado la pregunta M0P2 («Persona de confianza») en la que se aborda la posibilidad de que la entrevistada tenga o no una persona de confianza con la que pueda hablar de sus problemas en las relaciones personales. En segundo lugar, la pregunta M0P3 («Espacio de confianza») plantea a la persona encuestada si dispone de una alternativa habitacional, ya sea de familiares ya sea de amistades, donde poder acudir por cualquier razón.

⁵ En relación con la pregunta M0P4, ¿Tiene o ha tenido Ud. algún hijo o hija, ya sean biológicos/as o adoptados/as? Por favor, tenga en cuenta a todos/as sus hijos/as independientemente que vivan o no con Ud. e independientemente que estén vivos o hayan fallecido, se plantea la pregunta M0P4a. ¿Alguno de ellos/as es menor de 18 años?

⁶ M0P8. ¿Dispone del certificado de discapacidad con grado igual o superior al 33 %?

TABLA 3. *Bloque 2. Redes de apoyo*

Variable	Categorías	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Persona de confianza	Sí	8.975	93,8
	No	576	6
	N.C.	17	0,2
Espacio de confianza	Sí	8.824	92,2
	No	702	7,3
	N.C.	42	0,4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CIS, estudio n.º 3235.

En cuanto al bloque 3, que se refiere al tipo de violencias de género sufridas por las mujeres encuestadas, se han tenido en cuenta las preguntas del cuestionario comprendidas entre la M1P4_0_1 y la M1P4_0_7 para la violencia física⁷; entre la M1P3_0_1 y

⁷ Le ha abofeteado o tirado algo que pudiese hacerle daño; le ha empujado, agarrado o tirado del pelo; le ha golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiese hacerle daño; le ha dado patadas, arrastrado o pegado una paliza; le ha intentado asfixiar o quemar a propósito; le ha amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo u otra arma o sustancia peligrosa con

la M1P3_0_7 para la violencia psicológica⁸; y entre la M1P5_0_1 y la M1P5_0_8 para la violencia sexual⁹. Tras comprobar la validez interna de los ítems propuestos para medir cada una de las violencias (tabla 4), se ha creado un índice a partir de la media de los resultados obtenidos en cada escala. De tal modo que los valores igual a 2 se ha considerado «no», mientras que todos los valores inferiores significan que la mujer encuestada ha sufrido algún comportamiento de carácter violento por parte de su pareja.

En lo que respecta a la variable «control», se han tenido en cuenta los ítems comprendidos entre las preguntas M1P1_0_1 y M1P1_0_7, mientras que la violencia económica se ha obtenido a través de las preguntas comprendidas entre la M1P1_0_8 y la M1P1_0_11¹⁰. Sendas variables han sido

recodificadas de tal manera que los valores «mucho» o «con frecuencia» se consideran «sí», mientras que la opción «nunca» se interpreta como «no». De esta forma, se puede establecer una escala de medición similar a las violencias anteriores. Tras comprobar el *alpha* de Cronbach (tabla 4), se han creado índices de la misma forma que las variables anteriores y se han establecido las mismas categorías que en las demás violencias para facilitar su comparación.

TABLA 4. *Bloque 3. Tipos de violencia de género sufrida*

Variable	Categorías	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Violencia física ($\alpha = 0,8$)	No	6.452	98,3
	Sí	111	1,7
Violencia psicológica ($\alpha = 0,8$)	No	6.041	92,1
	Sí	522	7,9
Violencia sexual ($\alpha = 0,8$)	No	6.438	98,2
	Sí	121	1,8
Violencia económica ($\alpha = 0,7$)	No	6.354	96,9
	Sí	204	3,1
Violencia psicológica de control ($\alpha = 0,8$)	No	5.866	89,4
	Sí	695	10,6

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CIS, estudio n.º 3235.

Ud.; ha usado la fuerza contra usted, de cualquier otra manera de las mencionadas anteriormente, de forma que le ha hecho daño o podría haberle hecho daño.

⁸ Le ha insultado o hecho sentirse mal con usted misma; le ha menospreciado o humillado delante de otras personas; le ha asustado o intimidado a propósito (por ejemplo, gritándole, rompiendo cosas, golpeando paredes o mirándola de determinada forma); le ha amenazado verbalmente con hacerle daño a sus hijos/as o a alguna otra persona que es/era importante para Ud.; le ha amenazado con hacerse daño a sí mismo/a si usted le/la deja; le ha amenazado con quitarles a sus hijos/as.

⁹ Le ha obligado a mantener relaciones sexuales amenazándole, sujetándole o haciéndole daño de alguna manera. Por relaciones sexuales queremos decir penetración vaginal o anal con pene u objetos, o sexo oral; le ha hecho mantener relaciones sexuales cuando era incapaz de rechazarlas debido a que usted estaba bajo la influencia de alcohol o las drogas; ha mantenido relaciones sexuales sin desearlo porque tenía miedo de lo que podía hacer si se negaba; le ha obligado a mantener relaciones sexuales cuando Ud. no quería; ha intentado obligarla a tener relaciones sexuales contra su voluntad sin conseguirlo; le ha tocado a Ud. sus partes íntimas —genitales o pecho— o le ha realizado algún otro tipo de tocamiento de tipo sexual cuando Ud. no quería; le ha hecho alguna vez tocarle sus partes íntimas —genitales o pecho— o le ha obligado a realizarle algún tipo de tocamiento de tipo sexual cuando Ud. no quería; le ha obligado a realizar alguna otra práctica de tipo sexual que yo no le haya mencionado ya.

¹⁰ Se niega o se ha negado a darle dinero para los gastos del hogar cuando la pareja tiene/tenía dinero para otras cosas; le impide o ha impedido tomar decisiones relacionadas con la economía familiar y/o realizar com-

Con respecto al bloque 4, que versa sobre el miedo a la pareja, la información se ha extraído de la pregunta M1P6 del cuestionario. En esta se plantea cuántas veces ha sentido miedo de su pareja actual; para hacer más fácil su interpretación se ha recodificado como «sí» cuando las mujeres entrevistadas han afirmado sentirlo «conti-

prar de forma independiente; no le deja o no le ha dejado trabajar o estudiar fuera del hogar; usa o ha usado su dinero o tarjeta de crédito o pide préstamos a su nombre sin su consentimiento.

nuamente», «muchas veces» o «algunas veces», mientras que aquellas que han contestado «nunca» se ha considerado como «no».

TABLA 5. *Bloque 4. Miedo a la pareja*

Variable	Categorías	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Miedo	Sí	159	1,6
	No	6.396	66,9
	N.C.	8	0,1
	N.P.	3.005	31,4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CIS, estudio n.º 3235.

TABLA 6. *Análisis bivariado con respecto al bloque I. Variables sociodemográficas*

		Pensamiento e ideación		Intento	
		No	Sí	No	Sí
Edad***(***)	Desde 16 hasta 24 años	88,9	11,1	95,4	4,6
	25-34 años	92,4	7,6	97,7	2,3
	35-44 años	91,8	8,2	98,2	1,8
	45-54 años	88,6	11,4	97,3	2,7
	55-64 años	89,5	10,5	97,7	2,3
	65 años o más	92,9	7,1	98,8	1,2
Lugar de nacimiento**(*)	Nacida en España	91,2	8,8	97,9	2,1
	País de la UE	91,6	8,4	97,5	2,5
	País extracomunitario	88,5	11,5	96,6	3,4
Nivel de estudios***(***)	Sin formación	88,9	11,1	97,8	2,2
	Básica o primaria	90,0	9,9	97,2	2,8
	Secundaria	90,6	9,3	96,8	3,2
	Bachillerato o FP	89,7	10,3	97,8	2,2
	Nivel universitario	93,4	6,6	99,0	1,0
Estado laboral (*)	Paro	89,7	10,3	97,1	2,9
	En activo	91,3	8,7	98,2	1,8
	Estudiante	90,3	9,7	96,4	3,6
	Pensionista o jubilada	90,5	9,5	97,5	2,5
	Trabajo doméstico	91,0	9,0	97,9	2,1
Religión***(*)	Católica	92,1	7,9	98,0	2,0
	Creyente de otra religión	91,4	8,6	98,2	1,8
	No creyente	90,2	9,8	97,1	2,9
	Atea	89,2	10,8	97,3	2,7
	Agnóstica	83,5	16,5	96,5	3,5
Hijos/as menores de 18 años	No	91,6	8,4	98,1	1,9
	Sí	90,5	9,5	97,9	2,1
Discapacidad***(***)	No	91,8	8,2	98,2	1,8
	Sí	77,6	22,4	91,7	8,3

Notas: Chi² es significativo para * pvalor < 0,1; ** pvalor < 0,05; *** pvalor < 0,01 (entre paréntesis significatividad con respecto a la variable dependiente «Intento»).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CIS (Estudio n.º 3235).

ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

Análisis bivariado

A continuación, se examinan las diferencias sobre el pensamiento y el intento de suicidio según las variables del bloque sociodemográfico. Como se observa en la tabla 6, todas las variables explicativas tienen una relación estadísticamente significativa con el pensamiento e ideación del suicidio, exceptuando el estado laboral y la tenencia de hijos e hijas menores de 18 años.

Por lo tanto, haber tenido un pensamiento en relación con el suicidio no tiene una relación estadísticamente significativa con el estado laboral y tener prole menor de edad a su cargo.

En relación con el intento de suicidio, se aprecia en la tabla 6 que todas las variables explicativas tienen una relación estadísticamente significativa, exceptuando la tenencia de hijos e hijas menores de 18 años. A diferencia de lo que ocurre en el pensamiento o ideación, el trabajo sí presenta una relación estadísticamente significativa con un 90 % de nivel de confianza.

En cuanto a las variables relacionadas con las redes de apoyo de las mujeres encuestadas (tabla 7), se observa que la tenencia de personas de confianza y la posibilidad de contar con un espacio de seguridad son dos variables que mantienen una relación estadísticamente significativa con ambas variables dependientes. Asimismo, se aprecia que disponer de personas de confianza y espacios donde se sienten seguras reduce el porcentaje de pensamiento e intento suicida de manera notable.

TABLA 7. Análisis bivariado con respecto al bloque 2. Redes de apoyo

		Pensamiento e ideación		Intento	
		No	Sí	No	Sí
Personas de confianza***(***)	No	78,2	21,8	95,0	5,0
	Sí	91,7	8,3	98,0	2,0
Espacio de seguridad***(***)	No	82,2	17,8	94,3	5,7
	Sí	91,6	8,4	98,1	1,9

Notas: Chi² es significativo para * pvalor < 0,1; **pvalor < 0,05; *** pvalor < 0,01 (entre paréntesis significatividad con respecto a la variable dependiente «Intento»).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CIS (Estudio n.º 3235).

Con respecto al bloque 3 (tabla 8), se distingue que todos los tipos de violencia planteados mantienen una relación estadísticamente significativa tanto con el pensamiento como con el intento de suicidarse, con un nivel de confianza del 99 %. Ade-

más, cabe mencionar que la violencia física y psicológica presentan el porcentaje más elevado de intento de suicidio, mientras que la violencia física y sexual son las que más porcentaje presentan en el pensamiento e ideación del mismo.

TABLA 8. Análisis bivariado con respecto al bloque 3. Violencias de género

		Pensamiento e ideación		Intento	
		No	Sí	No	Sí
Violencia física*** (***)	No	92,4	7,6	98,4	1,6
	Sí	66,1	33,9	86,5	13,5
Violencia psicológica***(***)	No	93,5	6,5	98,7	1,3
	Sí	74,7	25,3	92,9	7,1
Violencia sexual***(***)	No	92,4	7,6	98,4	1,6
	Sí	71,2	28,8	93,4	6,6
Violencia económica***(***)	No	92,5	7,5	98,4	1,6
	Sí	76,5	23,5	94,6	5,4
Violencia psicológica de control***(***)	No	93,6	6,4	98,8	1,2
	Sí	78,6	21,4	94,0	6,0

Notas: Chi² es significativo para * pvalor < 0,1; ** pvalor < 0,05; *** pvalor < 0,01 (entre paréntesis significatividad con respecto a la variable dependiente «Intento»).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CIS (Estudio n.º 3235).

Por último, en lo que se refiere al miedo a la pareja, se aprecia en la tabla 8 que tiene una relación estadísticamente significativa con las variables dependientes con un nivel de confianza del 99 %. Además, cabe mencionar el elevado porcentaje de mujeres que afirman haber tenido pensamientos suicidas y sentir miedo de su pareja (38,2 %), siendo también relevante la diferencia existente entre las mujeres que sienten o no miedo de su pareja a la hora de intentar suicidarse, con una diferencia de 14 puntos porcentuales.

TABLA 9. Análisis bivariado con respecto al bloque de miedo a la pareja

		Pensamiento e ideación		Intento	
		No	Sí	No	Sí
Miedo ^{***(***)}	No	92,8	7,2	98,6	1,4
	Sí	61,8	38,2	84,9	15,1

Notas: Chi² es significativo para * pvalor < 0,1; ** pvalor < 0,05; *** pvalor < 0,01 (entre paréntesis significatividad con respecto a la variable dependiente «Intento»).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CIS (Estudio n.º 3235).

Análisis de regresión logística (*logit*)

Los resultados obtenidos en el análisis bivariado han sido matizados con el análisis de regresión logística (*logit*). En este sentido, se han planteado dos modelos, uno sobre el pensamiento o ideación del suicidio (N = 6196) y otro sobre el intento de suicidio (N = 477). En ambos se han incluido aquellas variables que mantienen una relación estadísticamente significativa con la dependiente, por lo que ambos modelos son similares. La única diferencia es la inclusión del estado laboral en el modelo de regresión del intento de suicidio.

Respecto al modelo del pensamiento o ideación del suicidio (tabla 9), es estadísticamente significativo con un 99 % de nivel de confianza y el pseudo-R² nos indica que el ajuste puede mejorar (≈10 %). En lo que se refiere a las variables sociodemográficas, se distingue que la edad puede ser un factor relevante en la explicación del pensamiento suicida de las mujeres, ya que conforme la edad es mayor la probabilidad de que la mujer piense en quitarse la vida es menor. De hecho, tener 65 o más años reduce la probabilidad de pensar en el suicidio en 0,38 veces, en comparación con las mujeres de 16 a 24 años.

En el caso del nivel de estudios, se distingue que las mujeres sin formación, o que han alcanzado un nivel académico básico-primaria, presentan más probabilidades de tener en algún momento la idea de suicidarse. Todo ello, en comparación las mujeres que han alcanzado como mínimo el nivel universitario. Asimismo, se destaca que no se aprecian diferencias entre las mujeres con secundaria y bachillerato o formación profesional.

Con relación a la religiosidad, cabe mencionar que las mujeres creyentes de otras religiones diferentes al catolicismo presentan una menor probabilidad (0,66 veces) de tener pensamientos suicidas frente a las católicas. Sin embargo, el hecho de autodefinirse como atea o agnóstica aumenta la probabilidad de que aparezca la ideación del suicidio frente a las católicas. Especialmente relevante es el caso de las agnósticas, que aumenta la razón en 2,72 veces la posibilidad de que tenga el pensamiento de quitarse la vida en comparación con las mujeres católicas.

En cuanto a la diversidad funcional, se destaca que es la variable que más influye en la explicación de la variable dependiente (3,22). Esto significa que la discapacidad supone un aumento en la razón de tener pensamientos suicidas en 3,22 veces, en comparación con aquellas que no presentan ninguna discapacidad.

Respecto al segundo bloque, en el que se abordan las redes de apoyo de las mujeres encuestadas, se aprecia en el modelo que disponer de una persona de confianza y un espacio de seguridad son factores que están ligados a una menor probabilidad de que tenga pensamientos suicidas. En este sentido, cabe señalar que la persona de confianza tiene más capacidad predictiva que la disposición de un lugar de seguridad.

En cuanto al bloque 3, se aprecia que la violencia psicológica y el control son estadísticamente significativas con un nivel de confianza al 99 %. El hecho de sufrir violencia psicológica por parte de su pareja actual implica un aumento en la razón de tener ideación suicida en 1,94 veces frente a las mujeres que no sufren dicha violencia. Lo mismo ocurre en el caso del control por parte de su pareja, pero en 2,21 veces.

Por último, en lo que se refiere al miedo a la pareja actual, al interpretar el *odd ratio*, se observa que esta coyuntura supone el incremento de la razón de tener pensamientos suicidas en 2,52 veces. Ello, tras compararlo con las mujeres que afirman no sentir temor de sus parejas.

En otro orden de ideas, el modelo de regresión logística del intento de suicidio es estadísticamente significativo con un 99 % de nivel de confianza y el pseudo- R^2 nos indica que el ajuste es aceptable (≈ 15 %). En la tabla 10 se distingue que el primer bloque, relativo a las variables sociodemográficas, se comporta de manera similar al modelo de regresión del pensamiento o ideación suicida.

No obstante, en este caso la edad es un factor con mayor capacidad predictiva. Verbigracia, cuanto mayor es la edad, menor es la probabilidad de que las mujeres intenten suicidarse. De hecho, tener 65 o más años supone una disminución en la razón de intentar suicidarse al ser múltiplo de 0,13, en comparación con las mujeres de 16 a 24 años.

En el nivel de estudio no se observa el mismo comportamiento regular, aunque re-

sulta adecuado destacar que las mujeres que están cursando la secundaria tienen 3,16 veces más probabilidad de intentar suicidarse frente a aquellas personas que han alcanzado el nivel universitario. Asimismo, en relación con la religiosidad, se aprecia que las creyentes de otra religión diferente a la católica tienen menos probabilidad de intentar quitarse de la vida, correspondiéndose con lo observado en el modelo del pensamiento o ideación. En este caso, las agnósticas no tienen significatividad, pero las no creyentes o ateas sí. De hecho, estas últimas suponen un aumento en la razón de intentar suicidarse en 1,9 veces en contraste con las católicas.

Con respecto al bloque de las redes, mientras que la tenencia de personas de confianza tenía una mayor capacidad predictiva en el pensamiento o ideación del suicidio, en el caso del intento dicha variable no tiene significatividad estadística. Sin embargo, esto no ocurre con la disponibilidad de un espacio de seguridad, el cual se consolida como un factor que reduce la razón de intentar el suicidio al ser múltiplo de 0,46, en comparación de las mujeres que no tienen un espacio al que acudir.

Por otra parte, en el tercer bloque solamente el control por parte de la pareja actual es estadísticamente significativo con un 99 % de nivel de confianza. De resultados, el hecho de ser controlada por su pareja supone un incremento en la razón de intentar suicidarse en 2,47 veces, tras compararlo con aquellas mujeres que no padecen esta violencia de género.

Por último, el miedo a la pareja actual se trata de una variable con mucha capacidad predictiva, en tanto en cuanto el hecho de sentir temor por parte de su pareja supone un aumento en la razón de intentar quitarse la vida en 4,64 veces en contraste con las mujeres que sienten dicho pavor. Así pues, nos encontramos ante el segundo ítem con mayor capacidad predictiva seguida de las mujeres con 65 años o más.

TABLA 10. Análisis de regresión logística del pensamiento o ideación de suicidio

		Parámetros (β)	Odds ratio
Edad	De 16 a 24 años (Ref.)		
	25-34	-0,47**	0,63
	35-44	-0,43**	0,65
	45-54	-0,25	0,77
	55-64	-0,61***	0,54
	65 o más	-0,97***	0,38
Lugar de nacimiento	Nacida en España (Ref.)		
	Otro país de la UE	0,1	1,07
	País extracomunitario	0,12	1,13
Nivel de estudio	Sin formación	0,7**	2,02
	Básico-primaria	0,86***	2,36
	Secundaria	0,42**	1,52
	Bachillerato o FP	0,42***	1,52
	Nivel universitario (Ref.)		
Religión	Católica (Ref.)		
	Creuyente otra religión	-0,42*	0,66
	No creuyente	0,16	1,18
	Atea	0,41**	1,51
	Agnóstica	1***	2,72
Discapacidad	No (Ref.)		
	Sí	1,17***	3,22
Confianza	No (Ref.)		
	Sí	-0,82***	0,44
Espacio de seguridad	No (Ref.)		
	Sí	-0,47***	0,63
Violencia física	No (Ref.)		
	Sí	-0,15	0,86
Violencia psicológica	No (Ref.)		
	Sí	0,66***	1,94
Violencia sexual	No (Ref.)		
	Sí	0,24	1,27
Violencia económica	No (Ref.)		
	Sí	-0,04	0,98
Violencia psicológica de control	No (Ref.)		
	Sí	0,79***	2,21
Miedo	No (Ref.)		
	Sí	0,92***	2,52

Notas: «Pensamiento o ideación de suicidio»: 0 «No»; 1 «Sí».

Z estadísticamente significativo para * pvalor < 0,1; ** pvalor < 0,05; *** pvalor < 0,01.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CIS (Estudio n.º 3235).

TABLA 11. *Análisis de regresión logística del intento de suicidio*

		Parámetros (β)	Odds ratio
Edad	De 16 a 24 años (Ref.)		
	25-34	-0,74*	0,48
	35-44	-1,33***	0,26
	45-54	-1,31***	0,27
	55-64	-1,49***	0,23
	65 o más	-2,05***	0,13
Lugar de nacimiento	Nacida en España (Ref.)		
	Otro país de la UE	0,66	0,22
	País extracomunitario	0,37	0,27
Nivel de estudios	Sin formación	1,1	2,24
	Básico-primaria	1,63***	2,22
	Secundaria	1,15***	3,16
	Bachillerato o FP	0,82**	2,28
	Nivel universitario (Ref.)		
Estado laboral	En paro (Ref.)		
	En activo	-0,22	0,80
	Estudiante	-0,23	0,79
	Pensionista o jubilada	-0,01	0,99
	Trabajo doméstico	0,2	1,22
Religión	Católica (Ref.)		
	Creyente otra religión	-1,17**	0,31
	No creyente	0,64**	1,90
	Atea	0,67**	1,96
	Agnóstica	0,48	1,60
Discapacidad	No (Ref.)		
	Sí	1,32***	3,75
Confianza	No (Ref.)		
	Sí	-0,09	0,92
Espacio de seguridad	No (Ref.)		
	Sí	-0,77**	0,46
Violencia física	No (Ref.)		
	Sí	0,53	1,70
Violencia psicológica	No (Ref.)		
	Sí	0,41	1,51
Violencia sexual	No (Ref.)		
	Sí	0,51	0,72
Violencia económica	No (Ref.)		
	Sí	-0,67	0,51
Violencia psicológica de control	No (Ref.)		
	Sí	0,9***	2,47
Miedo	No (Ref.)		
	Sí	1,5***	4,64

Notas: «Intento de suicidio»: 0 «No»; 1 «Sí».

Z estadísticamente significativo para * pvalor < 0,1; ** pvalor < 0,05; *** pvalor < 0,01.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CIS (Estudio n.º 3235).

DISCUSIÓN

Una vez analizados los datos, se puede afirmar que ciertas características sociodemográficas, la existencia de redes de apoyo, la victimización por violencia de género y el miedo a la pareja tienen una relación estadísticamente significativa con las variables dependientes de este estudio. Sin embargo, resulta relevante matizar la generalización de dicha hipótesis, puesto que determinados indicadores recogidos entre las variables sociodemográficas son independientes para con el pensamiento o el intento suicida; o al menos, respecto a una de ellas.

Por ejemplo, la tenencia de hijos/as menores de 18 años no parece tener relación con el suicidio en las mujeres y el estado laboral es independiente al pensamiento suicida, aunque no en relación con el intento del mismo —con un nivel de confianza del 90 %—. Si bien, tras el análisis de regresión logística, estos resultados son matizados, ya que el estado laboral no es significativo en la explicación de la varianza de dicha variable dependiente. La independencia de ambas variables contrasta con las evidencias encontradas en estudios empíricos planteados en el marco teórico (Orden *et al.*, 2010; Denney *et al.*, 2009). Estas divergencias pueden deberse a los diferentes significados y cargas culturales que otorgan las mujeres al constructo de la maternidad o el estado laboral según el contexto social donde se aplique.

Esto nos indica información relevante en cuanto al suicidio, ora sea pensamiento ora sea intento. La maternidad o el estado laboral, como cuestiones frecuentemente asociadas con la «mística» de la feminidad, pueden interpretarse como factores que contribuyen a la inhibición —o potenciación— de la idea suicida. Sin embargo, los roles y estereotipos de género asociados a tales aspectos parecen no tener cabida en la realidad social estudiada, ya que ambos

indicadores no tienen relación con las variables dependientes.

Lo contrario ocurre con las demás variables sociodemográficas, exceptuando el lugar de nacimiento. Por un lado, en referencia a la edad, se observa que el paso del tiempo denota una menor capacidad explicativa en las variables dependientes en comparación con las mujeres más jóvenes encuestadas. Por otro lado, el nivel de estudio no tiene un comportamiento regular, aunque se observa que la probabilidad de que se planteen el suicidio —o incluso lo intenten— es mayor conforme disminuye el nivel educativo en contraste con las mujeres universitarias. Si bien es cierto que dicha posibilidad puede estar correlacionada con la variable edad, estos resultados también se contrastan en el estudio de Denney *et al.* (2009).

La religiosidad se consolida como un indicador con una gran capacidad explicativa, ya que tener otras creencias distintas a la católica disminuye la probabilidad de pensar o intentar quitarse la vida, pero ocurre lo contrario cuando se carece de creencias. Esto significa que ser agnóstica o atea aumenta la posibilidad de que las mujeres tengan pensamientos o intentos suicidas.

La discapacidad también es una variable relevante, pues incrementa en 3,75 veces la posibilidad de que las mujeres intenten suicidarse. Esto significa que dicha variable debe recibir especial atención, puesto que se trata de uno de los indicadores con mayor capacidad predictiva respecto a las variables dependientes.

Así pues, se rechaza la primera subhipótesis, aunque no por ello se puede desdénar la potencialidad del perfil sociodemográfico de las mujeres para prevenir la idea o el intento de terminar con su vida. El hecho de ser joven, no creer en ninguna religión o ser agnóstica, haber alcanzado un nivel educativo bajo y tener una discapacidad son factores de riesgo que deben ser examinados con atención.

En cuanto a la existencia de una red de apoyo, se destaca la importancia de tener personas de confianza y espacios de seguridad para evitar los pensamientos suicidas. Sin embargo, solo la posibilidad de contar con un lugar en el que sentirse cómoda y segura tiene influencia positiva en la evitación de un posible intento. Por tanto, ambos indicadores son relevantes para la prevención del suicidio en mujeres.

Esto implica rechazar la segunda subhipótesis, ya que no se cumple de manera literal respecto a la variable dependiente «intento suicida», aunque esto no significa que ambos indicadores sean relevantes para la prevención del suicidio en mujeres. Los resultados muestran que es fundamental optar por mecanismos que contribuyan a la consolidación —o creación— de redes, así como a la facilitación de espacios en aras de reducir posibles planteamientos nocivos o, en el peor de los casos, intentos fácticos de suicidio.

Continuando con la discusión, se rechaza la tercera subhipótesis, puesto que el padecimiento de cualquiera de las violencias de género no implica más probabilidad de ideaciones o intentos suicidas. Solamente la violencia psicológica y de control son victimizaciones ligadas a dicha posibilidad. La carencia de significatividad de las demás pone de manifiesto que no es la crudeza y el sometimiento corporal a través de violencias físicas o sexuales lo que conlleva el deseo de quitarse la vida, sino más bien el deterioro y la indefensión ante violencias invisibles u ocultas, las cuales suelen ser psicológicas y/o de control.

Dicha invisibilidad puede ser la clave de la influencia de estas violencias ante el suicidio. Las dificultades para identificarlas pueden sumir a las mujeres en una victimización secundaria que se agrave progresivamente e intensifique las consecuencias propias de la violencia de género. De ahí

que la ideación de suicidio sea una posible consecuencia ligada al padecimiento de violencia psicológica o de control.

No obstante, la violencia psicológica carece de significatividad en la explicación del intento de suicidio y, únicamente, el hecho de ser controlada supone un aumento en la posibilidad de que una mujer intente suicidarse. El control por parte de la pareja o expareja debe ser un ítem valorado como factor de riesgo grave y ser (re) interpretado debido a su impacto victimizador, hasta el punto que influye en tentativas de suicidio.

Una cuestión igualmente compleja representa el miedo a la pareja, ya que se trata de una variable con gran capacidad explicativa respecto a la varianza del pensamiento e intento suicida. Esto supone que no se puede rechazar la cuarta subhipótesis y nos permite identificar una reacción ostensible relacionada con las variables dependientes, pero del mismo hallazgo derivan diversas cuestiones que requerirían de un análisis más profundo. ¿Cuáles son las vivencias experimentadas por las mujeres para que el miedo les lleve a pensar o intentar el suicidio? Si bien pueden ser el sufrimiento constante padecido por dicha emoción, la indefensión sentida ante el agresor o la creencia de que no existe salida, estas no dejan de constituirse como conjeturas que requieren de análisis más exhaustivos que las verifiquen.

CONCLUSIÓN

En suma, se han encontrado ciertos factores de riesgo que pueden ser de utilidad para prevenir la ideación y los intentos de suicidio de las mujeres, haciendo especial énfasis sobre aquellas que han sido o son victimizadas por violencia de género. Esto trae consigo atender de modo específico ciertos perfiles ante su proclividad y también reflexionar e indagar sobre todos los

factores que coadyuvan a que un elemento sea un agente potenciador respecto al suicidio. Por ejemplo, todos los estigmas que rodean a la victimización psicológica o de control y el desconocimiento que envuelve al miedo a la pareja y su vivencia.

Los avances para con dichos indicadores permitirán reducir y, en el mejor de los escenarios, evitar su influjo suicida. Esto significa que deben plantearse posibles mecanismos de actuación y la creación de protocolos específicos que valoren dichos ítems para prevenir la ideación o el intento de quitarse la vida en las mujeres.

Especial mención requieren los factores que reducen la probabilidad de que el suicidio se convierta en una idea o llegue a intentarse como, por ejemplo, la red de apoyo. Esto no solo indica la relevancia de las redes sociales en la evitación, sino también la capacidad de los recursos públicos para garantizar una adecuada gestión en la prevención del suicidio. En virtud de ello, resalta que la creación y el disfrute de espacios de seguridad reducen las ideaciones y, sobre todo, los intentos de suicidio. Esto muestra que dicho recurso debería ser utilizado —o creado— en caso de encontrarnos con un perfil proclive al pensamiento o intento suicida.

En este sentido, es importante destacar que ciertas variables presentan mayor capacidad predictiva como la discapacidad, la edad, las creencias religiosas y el miedo a la pareja. Estos factores deben ser tenidos en cuenta para llevar a cabo una prevención efectiva del suicidio.

Por otra parte, se indica que sería relevante incluir otras variables como el consumo de drogas o la tenencia de enfermedades mentales como ansiedad o depresión. Si bien es cierto que dichos indicadores se recogen en la encuesta utilizada en el presente artículo, la forma de obtener dicha información es como una conse-

cuencia de la experiencia victimizadora, no como elementos intrínsecos a la experiencia de las mujeres encuestadas, por lo que se justifica la no inclusión de dichas variables.

En futuras investigaciones también sería necesario enfatizar en la relevancia de las violencias de género psicológicas y de control, así como en el miedo a la pareja, debiendo realizarse estudios más complejos y de carácter cualitativo que permitan conocer en profundidad los motivos que conlleva una relación significativa entre el miedo a la pareja y el intento de suicidio.

Por último, se remarca la importancia de realizar estudios empíricos de caso que corroboren hipótesis que, *a priori*, puedan estar verificadas por investigaciones publicadas de carácter internacional porque, como se demuestra en este artículo, no todas las casuísticas pueden extrapolarse a todos los contextos en base a las diferencias culturales de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- American Association of Suicidology (2019). *U.S.A Suicide: 2019 Official Final Data*. Disponible en: <https://suicidology.org/wp-content/uploads/2021/01/2019datapgsv2b.pdf>
- Antai, Diddy; Oke, Ayo; Braithwaite, Patrick y Lopez, Gerald Bryan (2014). «The Effect of Economic, Physical, and Psychological Abuse on Mental Health: A Population-Based Study of Women in the Philippines». *International Journal of Family Medicine*, 2014(2): 852317. doi: 10.1155/2014/852317
- Baumeister, Roy F. (1990). «Suicide as Escape from Self». *Psychological Review*, 97(1): 90-113. doi: 10.1037/0033-295X.97.1.90
- CIS (2019). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer*. Estudio 3235. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. Disponible en: http://www.cis.es/cis/openm/ES/2_bancodatos/estudios/listaMuestras.jsp?estudio=14470

- Denney, Justin T.; Rogers, Richard G.; Krueger, Patrick M. y Wadsworth, Tim (2009). «Adult Suicide Mortality in the United States: Marital Status, Family Size, Socioeconomic Status, and Differences by Sex». *Social Science Quarterly*, 90(5): 1167-1185. doi: 10.1111/j.1540-6237.2009.00652.x
- Devries, Karen M.; Mak, Joelle Y.; Bacchus, Lorain J.; Child, Jennifer C.; Falder, Gail; Petzold, Max; Astbury, Jill y Watts, Charlotte H. (2013). «Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies». *PLOS Medicine*, 10(5): e1001439. doi: 10.1371/journal.pmed.1001439
- Durkheim, Émile (1989). *El suicidio*. Madrid: Akal.
- Galtung, Johan (2003). *Paz por medios pacíficos: paz y conflicto, desarrollo y civilización*. Bilbao: Bakeaz.
- Gearing, Robin y Lizardi, Dana (2009). «Religion and Suicide». *Journal of Religion and Health*, 48: 332-341. doi: 10.1007/s10943-008-9181-2
- Giannini, Margaret J.; Bergmark, Brian; Kreshover, Samantha; Elias, Eileen; Plummer, Caitlin y O'Keefe, Eileen (2010). «Understanding Suicide and Disability through Three Major Disabling Conditions: Intellectual Disability, Spinal Cord Injury, and Multiple Sclerosis». *Disability and Health Journal*, 3(2): 74-78. doi: 10.1016/j.dhjo.2009.09.001
- Instituto Nacional de Estadística (2018). *Estadística de defunciones según la causa de muerte*. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>
- Joiner, Thomas (2005). *Why People Die by Suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Jonas, Sarah; Bebbington, Paul; McManus, Sally; Meltzer, H.; Jenkins, Rachel; Kuipers, Elizabeth; Cooper, Claudia; King, Michael y Brugha, T. (2011). «Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in England: Results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey». *Psychological Medicine*, 41: 709-719. doi: 10.1017/S003329171000111X
- Navarro-Gómez, Noelia (2017). «El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles». *Clínica y Salud*, 28: 25-31.
- Nock, Matthew; Borges, Guilherme; Bromet, Evelyn; Alonso, Jordi; Angermeyer, Matthias; Beautrais, Annette; Bruffaerts, Ronny; Chiu, Wai; De Girolamo, Giovanni; Gluzman, Semyon; Graaf, Ron; Gureje, Oye; Haro, Josep M.; Huang, Yueqin; Karam, Elie; Kessler, Ronald; Lépine, Jean-Pierre; Levinson, Daphna; Medina-Mora, Maria y Williams, David (2008). «Cross-National Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans and Attempts». *The British Journal of Psychiatry*, 192: 98-105. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113
- O'Connor, Rory y Nock, Matthew (2014). «The Psychology of Suicidal Behaviour». *Lancet Psychiatry*, 1: 73-85. doi: 10.1016/s2215-0366(14)70222-6
- Oram, Sian; Khalifeh, Hind y Howard, Louise (2016). «Violence against Women and Mental Health». *Lancet Psychiatry*, 4(2):159-170. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30261-9
- Orden, Kimberly A. van; Witte, Tracy K.; Cukrowicz, Kelly C.; Braithwaite, Scott R.; Selby, Edward A. y Joiner, Thomas E. Jr. (2010). «The Interpersonal Theory of Suicide». *Psychol Rev.*, 117(2): 575-600. doi: 10.1037/a0018697
- Organización de las Naciones Unidas (1995). *Fourth World Conference on Women. Violence against Women Diagnosis*. Beijing. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/violence.htm#diagnosis>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016*. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/gho-leading-causes-of-death>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Suicide in the World: Global Health Estimates*. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>
- Pico-Alfonso, María A.; García-Linares, Isabel M.; Celda-Navarro, Nuria; Blasco-Ros, Concepción; Echeburúa, Enrique y Martínez, Manuela (2006). «The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety and Suicide». *Journal of Women's Health*, 15: 599-611. doi: 10.1089/jwh.2006.15.599
- Schotte, David y Clum, George (1987). «Problem-Solving Skills in Suicidal Psychiatric Patients». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 49-54. doi: 10.1037//0022-006x.55.1.49
- Shneidman, Edwin (1985). *Definition of Suicide*. New York: John Wiley.
- Wenzel, Amy y Beck, Aaron (2008). «A Cognitive Model of Suicidal Behavior: Theory and Treatment». *Applied & Preventive Psychology*, 12: 189-201. doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.001

Williams, Mark J. (2001). *Suicide and Attempted Suicide: Understanding the Cry of Pain*. London: Penguin.

Wingood, Gina M.; DiClemente, Ralph J. y Raj, Anita (2000). «Adverse Consequences of Intimate Part-

ner Abuse among Women in Non-Urban Domestic Violence Shelters». *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4): 270-275. doi: 10.1016/s0749-3797(00)00228-2

RECEPCIÓN: 17/05/2021

REVISIÓN: 29/10/2021

APROBACIÓN: 22/12/2021

The Relationship of Suicidal Thoughts and Attempted Suicide to Gender-Based Violence

*Pensamiento e intento suicida en mujeres
y su relación con la violencia de género*

Antonio Sanz-Fuentes and Valeria Ruiz-Lorenzo

Key words

Quantitative Analysis

- Suicide Attempt
- Fear
- Women
- Suicidal Thoughts
- Suicide
- Gender-Based Violence

Palabras clave

Análisis cuantitativo

- Intento suicida
- Miedo
- Mujeres
- Pensamiento suicida
- Suicidio
- Violencia de género

Abstract

The aim of this article is to analyse possible factors that influence behaviours related to female suicide: ideation and attempt. To this end, the influence of different indicators has been observed like socio-demographic indicators, support networks, gender-based violence suffered and fear of their partner through a quantitative analysis using a secondary data source, the Study N° 3235 "Macro-survey on Violence against Women" (CIS, 2019). Both descriptive and inferential analysis techniques have been used, applying multiple logistic regression to two constructed models: suicidal thinking and suicide attempt. Among the results, it stands out that psychological and control violence, as well as fear of their partner, influence the suicidal thinking and attempt of women.

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar posibles factores que influyen en conductas relacionadas con el suicidio femenino: la ideación y el intento. Para ello, se ha observado la influencia de diferentes indicadores sociodemográficos, redes de apoyo, violencias de género sufridas y miedo a la pareja actual mediante un análisis cuantitativo a través de una fuente de datos secundaria, el estudio n.º 3235 «Macroencuesta de Violencia contra la Mujer» (CIS, 2019). Se han utilizado tanto técnicas de análisis descriptivas como inferenciales, aplicando la regresión logística múltiple a dos modelos construidos: pensamiento suicida e intento suicida. Entre los resultados destaca que la violencia psicológica y de control, así como el miedo a la pareja, influyen en el pensamiento e intento suicida de las mujeres.

Citation

Sanz-Fuentes, Antonio; Ruiz-Lorenzo, Valeria (2023). "The Relationship of Suicidal Thoughts and Attempted Suicide to Gender-Based Violence". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 181: 81-100. (doi: 10.5477/cis/reis.181.81)

Antonio Sanz-Fuentes: Universidad Isabel I | asanzfuentes@gmail.com

Valeria Ruiz-Lorenzo: v_de_l@hotmail.com

INTRODUCTION

This study addresses a social problem, feminine suicide, that largely remains invisible, perhaps because of the stigma that has historically surrounded it. According to the latest data from Spain's national statistics institute (INE, 2019), suicide is the number one cause of death in Spain by external causes. Of the 418 703 persons who died in Spain in 2019, suicide and/or self-inflicted injuries caused 3 671 deaths —approximately 1 % of the total—. According to the World Health Organisation (2018), someone commits suicide in the world every 40 seconds, over 800 000 each year across the planet. Suicide is the second cause of mortality among young people and the highest suicide rates are found in high income countries. In addition, it is the 14th highest cause of death worldwide, responsible for 1.5 % of all deaths (O'Connor and Nock, 2014).

Suicide is a complex social phenomenon due to its multifactorial causes and its polyphasic character: we can refer to suicidal thoughts, the planning of suicide, suicidal attempts that can be non-lethal and the consummation of suicide.

The cross-national lifetime prevalence of suicidal ideation, planning and attempts is 9.2 %, 3.1 % and 2.7 %, respectively. In all countries, 60 % of the transitions from planning to attempting suicide occur in the first year after the initiation of ideation. The transnational risk factors include being a woman, being younger, having a low education level, being unmarried and suffering a mental disorder (Nock *et al.*, 2008).

This article looks at suicidal ideation and non-lethal suicide attempts among women and their association with certain socio-demographic variables, social support and suffering gender violence. The World Health Organisation (2018) estimates

that for each death by suicide there are, on average, 20 attempts, making it necessary to understand what the risk factors are for suicidal thoughts and attempts, with the objective of developing effective prevention strategies for this avoidable cause of mortality.

THEORETICAL FRAMEWORK

"[The] term suicide is applied to all cases of death resulting directly or indirectly from a positive or negative act of the victim himself, which he knows will produce this result" (Durkheim, 1989: 5). Suicide is not a new field of sociological research; as is well-known, Émile Durkheim was the main pioneer and defender of its study within the discipline. He developed concepts such as "suicidogenic societies" and a typology based on suicidal motives: "egoistic suicide", "altruistic suicide" and "anomic suicide".

Understanding this act from a holistic perspective is essential. It is a transversal phenomenon that must be approached from different perspectives due to its multifactorial character: including cultural, social, psychological, economic and health related factors.

Orden *et al.* (2010: 2) classify suicidal behaviour into different categories: ideation —thoughts—, communications and behaviours that imply a certain degree of intention to die. Suicide attempts can be lethal or almost lethal, and possess the following characteristics: 1) self-initiated and potentially harmful behaviour; 2) the presence of the intention to die; 3) non-fatal result. The term suicide is reserved for those cases in which the attempted suicide results in death.

There are numerous models and theories regarding suicide: the "cubic model of suicide" (Shneidman, 1985), "cognitive

model of suicidal behaviour” (Wenzel and Beck, 2008), “diathesis-stress-hopelessness model of suicidal behaviour” (Schotte and Clum, 1987), “arrested flight model” (Williams, 2001), “suicide as escape from self” (Baumeister, 1990), “interpersonal-psychological model” (Joiner, 2005), and many others. All these theories focus on specific dimensions associated with suicide from a partial position. In contrast, Joiner’s “theory of interpersonal suicide”, extended in Orden *et al.* (2010), has the intention of being more comprehensive and holistic through the consideration of multiple risk factors. Orden *et al.* indicate a solid association with dimensions such as mental illness, prior suicide attempts, social isolation/loneliness, living alone, a weak social support network, the absence of children, not being married, family conflicts —intrafamily violence, gender violence, etc.—, being unemployed, physical illness, exposure to suicidal behaviours, etc. Other studies also point to risk factors, such as adverse events during infancy —physical or sexual abuse, death of a parent, family violence—, as well as depression, all associated with the prevalence of suicidal behaviours throughout the lifetime (O’Connor and Nock, 2014). These factors looked at in isolation can have a weak predictive capacity, but in their interaction their explanatory force increases, given that suicide is not a unicausal phenomenon.

According to the World Health Organization (2019), on a global level, the standardised suicide rate by age is 1.8 times higher for men than for women, and three times higher in high-income countries. However, based on data from the *American Association of Suicidology* in the U.S. (2019) on non-fatal suicide attempts, women triple the number of attempts of men. Both suicidal ideation and non-lethal attempts are much more common than lethal attempts (Orden *et al.*, 2010: 2), with attempts that do not

end in death occurring 25 more times often than successful suicides.

In short, this means that suicidal thoughts and non-lethal attempts occur much more often among women than men, but women are less successful in achieving their intent.

Based on the literature, we cannot refer to determinants of suicide, but rather to risk factors, which, in their interaction, can trigger this act. Nock *et al.* (2008) carried out an international macro-study on suicide, in which they found the importance of the existence of a suicidal attitude throughout life: suicidal ideation continued over time in 9.2 % of the cases, planning in 3.1 % and non-lethal attempts in 2.7 % of the individuals. These results vary by country, but not the characteristics of suicidal behaviour: suicidal ideation is higher and more intense during adolescence, the period when one third of those with suicidal ideation make a suicide attempt. Of these attempts, 60 % occur within a year after initiation of suicidal thoughts.

From the results of this study the authors also find that, among suicidal ideators, the probability of planning a suicide is 33.6 % and of carrying out an attempt, 29 %. While the probability of carrying out an attempt among ideators with a plan is 56 %.

In all the countries, 60 % of the transitions from ideation to planning to attempting suicide occurred within the first year after the initiation of suicidal ideation. The existing transnational risk factors include being a woman, a minor, having a low education level, being single and suffering from a mental disorder (*ibid.*: 2). In turn, there is an inverse relation between age and risk of suicidal behaviour —from the results we find that the earlier the age at which suicidal ideation first occurs the greater is the risk of subsequent planning and attempting suicide—. According

to Denney *et al.* (2009: 8), having employment or a high level of education is associated with a lower risk of suicide due to the greater number of social ties and interpersonal responsibilities; although in the case of women, educational level has a lower preventative impact. In addition, religion is a protective and preventative factor, as religions tend to censure this practice (Durkheim, 1989; Gearing and Lizardi, 2009; Navarro-Gómez, 2017). Disability is another risk factor; although there are no data regarding suicide specifically analysing persons with disabilities as a population, there are data on the impact of a mild cognitive disability (IQ between 50 and 75) and other physical disabilities —multiple sclerosis, spinal cord injury, etc.— on suicidal behaviour (Giannini *et al.*, 2010).

After examining the literature, the conclusion seems to be that being a woman is a key risk factor for suicide. Although fewer suicides are women than men, the number of attempts carried out by women triples that of men. Therefore, we can deduce that gender, which is closely associated with family violence, physical and sexual abuse and mental disorders, has a significant impact on this phenomenon.

Galtung's conflict theory (2003: 200) conceptualises violence as a triangle, consisting of three sides that interact with each other: direct violence, cultural violence and structural violence. These three types of violence are represented like an iceberg, with the visible part —direct violence— only a tiny part that is sustained by cultural and structural violence. This holistic and comprehensive vision of violence can help us understand the concept of gender violence, which was defined by The United Nations Fourth World Conference on Women in 1995 as follows:

Any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psycho-

logical harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or private life (UN, 1995).

Previous studies have revealed a strong relationship between gender-based violence and suicidal behaviour in women, such experiences increasing the risk of suicidal ideation and attempted suicide depending on the intensity of the violence suffered. Psychological stress, trauma, fear and isolation are also associated with suicidal behaviour. These feelings can lead to depression, which is a predictor of suicidal behaviour (Antai *et al.*, 2014: 2).

Women suffer a wide typology of violence: physical, sexual, psychological, verbal, economic, symbolic, etc., all of which are associated with a high risk of psychological consequences. The existence of a bidirectional causal association between suffering mental disorders and suffering gender violence has been found, with a clear impact on the appearance of depressive disorders (Oram, Khalifeh and Howard, 2016: 7). This is a public health issue, as 35 % of women in the world have suffered some type of gender violence from either a partner or a man other than their intimate partner. Across the world, 39 % of murders of women are committed by their partners or ex-partners. Sexual violence outside of a relationship is also endemic and has been experienced by 7 % of women globally (*ibid.*: 7).

According to these authors, experiencing these types of violence increases the probability of suffering depressive disorders by a factor of three, anxiety disorders by a factor of four and post-traumatic stress by a factor of seven. In addition, violence is associated with symptoms of psychosis as well as with substance abuse and eating disorders.

Therefore, a relationship exists between physical and psychological violence that impacts on both dimensions of wom-

en's health. According to a study by Pico-Alfonso *et al.* (2006), all women that suffered physical violence from their partners, also suffered some form of psychological violence and, in addition, one third were also victims of sexual abuse. A high percentage of women that participated in this study, both those that were victims of gender violence and those that were not, reported incidents of child abuse —ranging from 45 % to 67.3 % depending on the category of abuse—, with both physical and sexual child abuse being associated with gender violence. The study found relationships between self-reported depression, anxiety, PTSD symptoms and the occurrence of life-long suicidal thoughts and attempts and having experienced gender-based violence.

This study also found little differentiation between the symptoms of victimisation presented by women that suffered both physical and psychological gender violence from those that suffered only psychological violence. Where they did find differences is between those that also suffered sexual abuse by their partners: they found higher levels of depression and higher incidence of suicide attempts, although neither suicidal thoughts nor attempted suicides were found to be associated with any concrete symptomology. In contrast, they did find that suffering gender violence was a primary risk factor, a significant predictor of suffering depression, anxiety and PTSD.

Based on other studies, such as Wingood, DiClemente and Raj (2000), having experienced physical and sexual violence is associated with the use of narcotics and suicide attempts. The Adult Psychiatric Morbidity Survey (2007) also indicates associations between sexual violence and drug and alcohol dependency (Jonas *et al.*, 2011). In addition, more than half of the women that have experienced a rape or rape attempt have attempted suicide as a consequence of this experience (Oram, Khalifeh and Howard, 2016: 162).

Other forms of gender violence, such as emotional, characterised by fear, the feeling of being trapped and unable to escape violent situations also have a negative impact on women's mental health and are associated with suicide attempts (Devries *et al.*, 2013: 8).

OBJECTIVES AND HYPOTHESES

The aim of this study is to identify possible variables that influence suicidal thought and suicide attempts among women, with particular reference to factors related to suffering different forms of gender violence. This will make the phenomenon of suicide among women and its relationship to gender violence more visible, as well as identifying factors that will aid in prevention from a gender perspective.

We posit the following general hypothesis that individual characteristics, available social capital and being a victim of gender violence have a statistically significant relationship to suicidal ideation and attempted suicide in women. We propose the following sub-hypotheses:

- Specific socio-demographic characteristics are associated with greater likelihood of having suicidal thoughts and attempting suicide: being young, having a low level of education, being unemployed, lacking religious beliefs, not having children and having a disability.
- Women that have a weaker support network are more likely to have suicidal thoughts and to attempt suicide.
- Gender violence increases the likelihood of having suicidal thoughts and attempting suicide.
- Having fear of one's partner increases the likelihood of women developing suicidal thoughts and attempting suicide.

MATERIALS AND METHODS

In this study we use data from a secondary source: from Spain's Centre for Sociological Research (CIS) study number 3235, "2019 Macro-Survey on Violence Against Women" [Macroencuesta de Violencia contra la Mujer]¹. This study is based on 9568 interviews carried out from 12 September to 1 December in 2019.

The sample is based on the feminine population from 16 years of age and above resident in Spain. It is a probabilistic sample following a multi-stage procedure, stratified by clusters, with selection of primary sampling units (municipalities) and secondary sampling units (sections) on a proportional random basis and the ultimate or target units (individuals) by random routes and age and occupation quotas. The sampling error for the total sample is $\pm 1\%$, with a confidence level of 95.5% and under the assumption of simple random sampling.

The analysis technique is quantitative. *Stata 14.0* software was used in both the treatment of data and for carrying out the statistical analysis. First, a descriptive analysis of the variables studied was carried out, followed by the development of contingency tables with the aim of observing the behaviour of the variables and determining which were to be included in regression models. Thirdly, we carried out a multiple (logit) regression analysis, as the dependent variables are dichotomous. In addition, we constructed two models in which we successively introduced different variables with the aim of establishing the differences existing between the two models.

¹ Information regarding this study can be consulted at: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/2_bancodatos/estudios/listaMuestras.jsp?estudio=14470

Choice of questions and creation of indicators

The dependent variables were obtained based on questions MOP12² and MOP13³ from the questionnaire used in the CIS survey, which raised the issue if the person surveyed had thought about committing suicide or had attempted it. The answers were dichotomous: yes or no.

TABLE 1. *Suicidal ideation and suicide attempts*

Variable	Category	Absolute frequency	Percentage
Thought or ideation	Yes	868	9.1
	No	8,668	90.6
	N.R.	32	0.3
Attempt	Yes	214	2.2
	No	647	6.8
	N.R.	7	0.1
	N.A.	8,700	90.9

Note: *NA = Not applicable.

Source: By authors based on data from CIS study no. 3235.

We can divide the independent variables into four blocks: socio-demographic, related to support networks, types of gender violence suffered and fear of a partner or ex-partner. Regarding the socio-demographic variables, we took into account age, place of birth, education level, employment status, religion/religiosity, parenting of a child under 18 years of age and functional diversity. With the aim of introducing these variables in the analysis and making it easier to measure their impact, all were re-coded, except for religion/religiosity⁴, par-

² MOP12: In some difficult circumstances, there are people that think that their life has no meaning and they want to end it. Have you ever thought about ending your life?

³ MOP13: Have you ever tried to end your life?

⁴ SDE13: How would you define yourself in terms of religion: Catholic, follower of other religion, non-believer, atheist or agnostic?

Regarding question MOP4: Do you have or have you had a child, either biological or adopted? Please take

TABLE 2. Block 1. Recoding of socio-demographic variables

Variable	Recoding	Motive
Age	18 - 24 years of age 25 - 44 years of age 45 - 64 years of age 65 years of age and up	The recoding was carried out to be able to identify how each age group affects positioning before removal.
Place of birth	Spain European Union Non-EU country	The recoding was carried out with the aim of grouping countries into three differentiated categories: born in Spain, born in another country in the EU and born outside of the EU.
Education level	Without formal education Primary Compulsory secondary Baccalaureate/Vocational Training University	The recoding was carried out to reduce the number of categories proposed by the CIS and simplify the analysis.
Employment status	Employed Retired Unemployed Studying Stay-at-home wife	The recoding was carried out to reduce the number of categories proposed by the CIS and simplify the analysis.

Source: By authors based on data from CIS study no. 3235.

enting of a minor⁵ and functional diversity⁶ (Table 2).

Regarding the variables related to support networks, we have used two variables. First, question MOP2 (“Person of trust”), which addresses whether the participant has or does not have a person of trust with whom she can speak about personal problems. Secondly, the question MOP3 (“Safe space”), which refers to whether the participant has an alternative living space, such as

with family or friends, where she can go for any reason.

TABLE 3. Block 2. Support networks

Variable	Categories	Absolute frequency	Percentage
Person of trust	Yes	8,975	93.8
	No	576	6
	N.A.	17	0.2
Safe space	Yes	8,824	92.2
	No	702	7.3
	N.A.	42	0.4

Source: By authors based on data from CIS study no. 3235.

Regarding block 3, which refers to the types of gender violence suffered by the women surveyed, we have used questions M1P4_0_1 through M1P4_0_7 for physical violence⁷, M1P3_0_1 and M1P3:0_7 for

into account all your children, whether they live independently or not with you and independently of whether they are alive or not. Are any of them under 18 years of age?

MOP8: Do you have certification of degree of disability equal to or above 33%?

⁵ Regarding question MOP4: Do you have or have you had a child, either biological or adopted? Please take into account all your children, whether they live independently or not with you and independently of whether they are alive or not. Are any of them under 18 years of age?

⁶ MOP8: Do you have certification of degree of disability equal to or above 33%?

⁷ He hit you or threw something at you that could cause injury; he pushed you, grabbed or pulled your hair; he hit you with his fist or an object that could cause injury; he kicked you, dragged you or gave you a beating; he delib-

psychological violence⁸, and M1P5:0_1 and M1P5_0_8 for sexual violence⁹. After testing for the internal validity of these items for measuring each one of these types of violence (Table 4), we created an index based on the average results obtained for each scale. In this way, values equal to 2 are considered (“no”, while all values below 2 indicate that the women surveyed suffered from some type of violent behaviour on the part of their partner/ex-partner.

Regarding the “control” variable, we have taken into account the items between questions M1P1_0-1 and M1P1_0_7, while economic violence is considered through questions M1P1_0_8 to M1P1:0:11¹⁰. Both

variables have been recoded so that the values “a lot” and “often” are considered as “yes”, while the response “never” is interpreted as “no”. In this way we can establish a measurement scale similar to that used for the other forms of violence. After checking Cronbach’s alpha (Table 4), we have created indices of the same form as for the prior variables and we have established the same categories used in reference to the other forms of violence to facilitate their comparison.

TABLE 4. Block 3. Types of gender violence experienced

Variable	Categories	Absolute frequency	Percentage
Physical violence ($\alpha = 0.8$)	No	6,452	98.3
	Yes	111	1.7
Psychological violence ($\alpha = 0.8$)	No	6,041	92.1
	Yes	522	7.9
Sexual violence ($\alpha = 0.8$)	No	6,438	98.2
	Yes	121	1.8
Economic violence ($\alpha = 0.7$)	No	6,354	96.9
	Yes	204	3.1
Psychological violence of control ($\alpha = 0.8$)	No	5,866	89.4
	Yes	695	10.6

Source: By authors based on data from CIS study no. 3235.

erately tried to choke or burn you; he threatened to use or used a pistol, knife or other weapon or dangerous substance against you; he used force against you in a manner other than previously mentioned that harmed you or could have harmed you.

⁸ He insulted you or made you feel bad about yourself; he belittled or humiliated you in front of other people; he purposefully scared or intimidated you (for example, yelling at you, breaking things, hitting walls or looking at you in a certain way); he verbally threatened you with hurting your children and/or some other person that is important to you; he threatened to hurt himself if you left him; he threatened taking your children away.

⁹ He forced you to have sexual relations by threatening you, holding you or harming you in some way. By sexual relations we mean vaginal or anal penetration with his penis or with objects, or oral sex; he made you have sexual relations when you were not able to reject doing so due to you being under the influence of alcohol or drugs; he had sexual relations with you when you did not want to because you were afraid of what he might do if you rejected doing so; he forced you to have sexual relations when you did not want to; he tried to force you to have sexual relations against your will without success; he touched you in your private parts —genitals or chest— or carried out some other type of touching of a sexual nature when you did not want him to; he made you touch his private parts —genitals or chest— or forced you to touch him in a sexual way when you did not want him to; he forced you to carry out some other type of sexual practice that has not been mentioned.

¹⁰ He refuses or has refused to give you money for household expenses when he has/had money for other things; he prevents or has prevented you from making decisions regarding the family economy and/or from making purchases independently; he does not let or has not let you work or study outside of the home; he

Regarding block 4, which considers whether the respondent is afraid of her partner, the information is based on question M1P6 of the questionnaire. This question asks how many times the respondent has been afraid of her current partner. To interpret the results more easily, we have recoded the re-

uses or has used your money or credit card or borrows or has borrowed money in your name without your consent.

sponses “all the time”, “many times” and “sometimes” as “yes”. While those that answered “never” are considered as “no”.

DATA ANALYSIS AND RESULTS

Bivariate analysis

In what follows we examine the differences found between suicidal thought and suicide attempts in relation to the socio-demographic variables. As can be seen in Table 6, all the variables have a statistically significant relationship with suicidal thought or ideation, with the exception of employment status and parenting of children under 18 years of age.

TABLE 5. Block 4. Fear of partner

Variable	Categories	Absolute frequency	Percentage
Fear	Yes	159	1.6
	No	6,396	66.9
	N.R.	8	0.1
	N.A.	3,005	31.4

Note: *NA = Not applicable.

Source: By authors based on data from CIS study no. 3235.

TABLE 6. Bivariate analysis for Block 1: Socio-demographic variables

		Thought/ideation		Attempt	
		No	Yes	No	Yes
Age***(****)	From 16 to 24 years of age	88.9	11.1	95.4	4.6
	25-34	92.4	7.6	97.7	2.3
	35-44	91.8	8.2	98.2	1.8
	45-54	88.6	11.4	97.3	2.7
	55-64	89.5	10.5	97.7	2.3
	65 years of age and up	92.9	7.1	98.8	1.2
Place of birth**(*)	Born in Spain	91.2	8.8	97.9	2.1
	Born in an EU country	91.6	8.4	97.5	2.5
	Born outside of the EU	88.5	11.5	96.6	3.4
Education level***(****)	Without formal education	88.9	11.1	97.8	2.2
	Primary education	90.0	9.9	97.2	2.8
	Comp secondary education	90.6	9.3	96.8	3.2
	Upper secondary or Vocational Training	89.7	10.3	97.8	2.2
	University	93.4	6.6	99.0	1.0
	Employment status (*)	Unemployed	89.7	10.3	97.1
Employed		91.3	8.7	98.2	1.8
Studying		90.3	9.7	96.4	3.6
Retired/receiving pension		90.5	9.5	97.5	2.5
Stay-at-home		91.0	9.0	97.9	2.1
Religion***(*)	Catholic	92.1	7.9	98.0	2.0
	Other religion	91.4	8.6	98.2	1.8
	Non-believer	90.2	9.8	97.1	2.9
	Atheist	89.2	10.8	97.3	2.7
	Agnostic	83.5	16.5	96.5	3.5
Children under 18 years of age	No	91.6	8.4	98.1	1.9
	Yes	90.5	9.5	97.9	2.1
Disability***(****)	No	91.8	8.2	98.2	1.8
	Sí	77.6	22.4	91.7	8.3

Notes: Chi-square is significant for *p-value<0.1; **p-value<0.05; ***p-value<0.01 (between parentheses significance with respect to the dependent variable “Attempt”).

Source: By authors based on data from CIS study no. 3235.

Regarding attempted suicide, we can see in Table 6 that all the explanatory variables have a statistically significant relationship, except parenting of children under 18 years of age. In contrast to what we find with suicidal thoughts or ideation, employment status has a statistically significant relationship with a 90 % confidence level.

For the two variables related to support networks (Table 7), we see that

both having a person of trust and a safe space have statistically significant relationships with both dependent variables. In addition, we see that the percentage of women indicating they have had suicidal thoughts or have attempted suicide is significantly lower for those that say they have a person of trust and/or a safe space than those without such a person or place.

TABLE 7. *Bivariate analysis for block 2: Support networks*

		Thought/ideation		Attempt	
		No	Yes	No	Yes
Persons of trust***(***)	No	78.2	21.8	95.0	5.0
	Yes	91.7	8.3	98.0	2.0
Safe space***(***)	No	82.2	17.8	94.3	5.7
	Yes	91.6	8.4	98.1	1.9

Notes: Chi-square is significant for *p-value<0.1; **p-value<0.05; ***p-value<0.01 (between parentheses significance with respect to the dependent variable "Attempt").

Source: By authors based on data from CIS study no. 3235.

Looking at block 3 (Table 8), we find that all the types of violence examined have a statistically significant relationship with both suicidal thoughts and attempted suicides, with a confidence level of 99 %. In addition, it should be mentioned that the percentages

for attempted suicide are highest among those respondents who have suffered physical and psychological violence, while in the case of suicidal thoughts, the highest percentages are for those women that experienced physical and sexual violence.

TABLE 8. *Bivariate analysis for block 3: Gender violence*

		Thought/ideation		Attempt	
		No	Yes	No	Yes
Physical violence*** (***)	No	92.4	7.6	98.4	1.6
	Yes	66.1	33.9	86.5	13.5
Psychological violence***(***)	No	93.5	6.5	98.7	1.3
	Yes	74.7	25.3	92.9	7.1
Sexual violence***(***)	No	92.4	7.6	98.4	1.6
	Yes	71.2	28.8	93.4	6.6
Economic violence***(***)	No	92.5	7.5	98.4	1.6
	Yes	76.5	23.5	94.6	5.4
Psychological violence of control***(***)	No	93.6	6.4	98.8	1.2
	Yes	78.6	21.4	94.0	6.0

Notes: Chi-square is significant for *p-value<0.1; **p-value<0.05; ***p-value<0.01 (between parentheses significance with respect to the dependent variable "Attempt").

Source: By authors based on data from CIS study no. 3235.

Lastly, regarding fear of a partner, we can see in table 9 that there is a statistically significant relationship with the dependent variables, with a confidence level of 99 %. In addition, it should be noted that a high percentage of women that state they have had suicidal thoughts have felt fear of their partners (38.2 %). The difference between women that feel fear of a partner and those that do not, is also significant in terms of suicide attempts (15.1 % versus 1.4 %, respectively).

TABLE 9. *Bivariate analysis for fear of a partner*

		Thought/ Ideation		Attempt	
		No	Yes	No	Yes
Fear***(***)	No	92.8	7.2	98.6	1.4
	Yes	61.8	38.2	84.9	15.1

Notes: Chi-square is significant for *p-value<0.1; **p-value<0.05; ***p-value<0.01 (between parentheses significance with respect to the dependent variable "Attempt").

Source: By authors based on data from CIS study no. 3235.

Logistic regression analysis (logit)

The results from the bivariate analysis have been further refined with a logistic regression analysis (logit). We have created two models, one on suicidal thoughts or ideation (N=6196) and the other on attempted suicide (N=477). We have included the variables that have a statistically significant relationship with the dependent variable in each model, as a result, both models are similar. The only difference is the inclusion of employment status in the regression model for attempted suicide.

The model for suicidal thoughts or ideation (Table 10) is statistically significant with a 99 % level of confidence and a pseudo R² that indicates that the fit can be improved (≈10 %). Regarding the socio-demographic

variables, we find that age can be a relevant factor in explaining suicidal thoughts among women: as age increases the likelihood of a woman having suicidal thoughts decreases. In fact, being 65 years of age or above reduces the probability (odds ratio) of suicidal thoughts by 0.38 times in comparison with women from 16 to 24 years of age.

In the case of education level, the model finds that women without formal education or that have a basic/primary school education have the greatest probability of having had suicidal thoughts. The reference category is women with a university education. In addition, we see that there is no difference found between women that completed compulsory secondary education and those that completed upper secondary or vocational training.

Regarding religion, it should be mentioned that women who follow religions other than Catholicism have a lower probability (0.66 times) of having suicidal thoughts than woman who are Catholic. However, self-identifying as atheist or agnostic increases the probability of suicidal ideation in comparison with Catholics. The case of agnostics is particularly relevant: they are 2.72 times more likely to have suicidal thoughts than women who identify as Catholics.

Having a disability is the variable with the greatest influence on explaining the dependent variable (3.22). This means that having a disability increases the probability of having suicidal thoughts by 3.22 times, in comparison with women who do not have any disabilities.

Regarding the second block of variables that address support networks, we find that having a person of trust and a safe space are linked to a lower probability of having suicidal thoughts. It should be noted that having a person of trust has greater predictive power than having a safe space.

For block 3, we find that psychological violence and psychological violence of control are statistically significant with a confidence level of 99 %. Suffering psychological violence by a current partner increases the rate of suicidal ideation by 1.94 times compared to women who do not suffer such violence. The same occurs in the case of suffering the violence of psychological control, but in this case the increase is 2.21 times.

Lastly, regarding having fear of a current partner, the odds ratio shows that women with said fear are 2.52 times more likely to have suicidal thoughts in comparison to women who do not fear their partners.

The logistic regression model for attempted suicide is statistically significant at a 99 % confidence level and the pseudo- R^2 indicates an acceptable fit (≈ 15 %). Table 10 shows that the first block, relating to socio-demographic variables, behaves similarly to the regression model for suicidal thoughts or ideation.

However, in this model, age is a factor with greater predictive capacity. Thus, the higher the age, the lower is the probability that women attempt suicide. In fact, being 65 years of age or more means a decline in the odds ratio for attempted suicide to 0.13, in comparison with the reference group, women from 16 to 24 years of age.

Regarding education level we do not find the same regular behaviour, although it should be noted that women with a compulsory secondary education level are 3.16 times more likely to have attempted suicide than women that have a university educa-

tion. In terms of religion, we find that followers of religions other than Catholicism are less likely to have attempted suicide, a result similar to that found in the model for suicidal thought or ideation. In this case, the results for agnostics are not statistically significant, while those for non-believers and atheists are. For the latter, the odds ratio is 1.9 times greater than that found for Catholics.

Regarding support networks, while having a person of trust or not has a greater predictive capacity for suicidal thoughts or ideation, it has no statistical significance in relation to attempted suicide. However, this is not the case for having a safe space, which is a factor that reduces the likelihood of attempting suicide; the odds ratio is 0.46 in comparison to women that stated they did not have a safe space to go to.

In the third block of variables, only control by a current partner is statistically significant with a 99 % level of confidence. In fact, being subject to control by a partner means an increase in the odds of attempting suicide of 2.47 times compared with women who do not suffer from this type of gender violence.

Lastly, fear of one's current partner is a variable with great predictive power, as having said fear increases the likelihood of attempting suicide by 4.64 times in comparison with women who do not have such fear. Thus, this is the variable with the second most predictive power after age —specifically being a woman of 65 years of age or more—.

TABLE 10. Logistic regression analysis for suicidal thoughts or ideation

		Parameters (β)	Odds ratio
Age	From 16 to 24 years of age (Ref.)		
	25-34	-0.47**	0.63
	35-44	-0.43**	0.65
	45-54	-0.25	0.77
	55-64	-0.61***	0.54
	65 or more	-0.97***	0.38
Place of birth	Born in Spain (Ref.)		
	Other EU country	0.1	1.07
	Outside the EU	0.12	1.13
Education level	Without formal education	0.7**	2.02
	Basic-primary	0.86***	2.36
	Comp secondary	0.42**	1.52
	Upper secondary or VT	0.42***	1.52
	University (Ref.)		
Religion	Catholic (Ref.)		
	Other religion	-0.42*	0.66
	Non-believer	0.16	1.18
	Atheist	0.41**	1.51
	Agnostic	1***	2.72
Disability	No (Ref.)		
	Yes	1.17***	3.22
Trust	No (Ref.)		
	Yes	-0.82***	0.44
Safe space	No (Ref.)		
	Yes	-0.47***	0.63
Physical violence	No (Ref.)		
	Yes	-0.15	0.86
Psychological violence	No (Ref.)		
	Yes	0.66***	1.94
Sexual violence	No (Ref.)		
	Yes	0.24	1.27
Economic violence	No (Ref.)		
	Yes	-0.04	0.98
Psychological violence of control	No (Ref.)		
	Yes	0.79***	2.21
Fear	No (Ref.)		
	Yes	0.92***	2.52

Notes: "Suicidal thoughts or ideation": 0 "No", 1 "Yes".

Z statistically significant for *p-value<0.1; **p-value<0.05; ***p-value<0.01.

Source: By authors based on data from CIS study no. 3235.

TABLE 11. Logistic regression analysis for attempted suicide

		Parameters (β)	Odds ratio
Age	From 16 to 24 years of age (Ref.)		
	25-34	-0.74*	0.48
	35-44	-1.33***	0.26
	45-54	-1.31***	0.27
	55-64	-1.49***	0.23
	65 or more	-2.05***	0.13
Place of birth	Born in Spain (Ref.)		
	Other EU country	0.66	0.22
	Outside the EU	0.37	0.27
Education level	Without formal education	1.1	2.24
	Basic-primary	1.63***	2.22
	Comp secondary	1.15***	3.16
	Upper secondary or VT	0.82**	2.28
	University (Ref.)		
Employment status	Unemployed (Ref.)		
	Employed	-0.22	0.80
	Studying	-0.23	0.79
	Retired/receiving pension	-0.01	0.99
	Stay-at-home	0.2	1.22
Religion	Catholic (Ref.)		
	Other religion	-1.17**	0.31
	Non-believer	0.64**	1.90
	Atheist	0.67**	1.96
	Agnostic	0.48	1.60
Disability	No (Ref.)		
	Sí	1.32***	3.75
Trust	No (Ref.)		
	Yes	-0.09	0.92
Safe space	No (Ref.)		
	Yes	-0.77**	0.46
Physical violence	No (Ref.)		
	Yes	0.53	1.70
Psychological violence	No (Ref.)		
	Yes	0.41	1.51
Sexual violence	No (Ref.)		
	Yes	0.51	0.72
Economic violence	No (Ref.)		
	Yes	-0.67	0.51
Psychological violence of control	No (Ref.)		
	Yes	0.9***	2.47
Fear	No (Ref.)		
	Yes	1.5***	4.64

Notes: "Suicidal thoughts or ideation": 0 "No", 1 "Yes".

Z statistically significant for *p-value<0.1; **p-value<0.05; ***p-value<0.01.

Source: By authors based on data from CIS study no. 3235.

DISCUSSION

After analysing the data, we can state that certain socio-demographic characteristics — the existence of support networks, being a victim of gender violence, and having fear of a partner— have a significant statistical relationship with the dependent variables in this study. However, it is importance to qualify our hypothesis, as some of the socio-demographic indicators show no significant relationship to either one or both of our dependent variables.

For example, having children under the age of 18 does not appear to be related to suicidal thoughts or attempted suicide in women, and employment status is independent of suicidal thinking, although not suicide attempts (at a 90 % confidence level). However, after logistic regression analysis, these results must be qualified, since employment status is not significant in explaining the variance of the latter. The differences between the two variables contrasts with the findings in other studies mentioned in the theoretical section (Orden *et al.*, 2010; Denney *et al.*, 2009). This may be due to the differing meanings and cultural importance that women give to the construct of motherhood and employment in different social contexts.

This is relevant information, whether referring to suicidal ideation or attempted suicide. Motherhood and employment status, factors that are often associated with the feminine “mystique”, can be interpreted as contributors to either inhibiting or strengthening the idea of suicide. However, the gender roles and stereotypes associated with both seem to have no impact on the social reality studied, as neither indicator appears to have any relationship with the dependent variables.

The opposite occurs with the other socio-demographic variables, except for place of birth. For age, we find that as age in-

creases it has less relationship to the dependent variables. For education, we find that there is no consistent relationship between education level and the dependent variables, although the likelihood of considering or attempting suicide is greater as education level declines. Although this finding may be correlated with age, these results are also found in the study by Denney *et al.* (2009).

Religion is an indicator with great explanatory capacity, as we find a lower likelihood of having suicidal thoughts or attempting suicide among women who follow a religion other than Catholicism. However, we find the opposite when we consider having non-religious beliefs. In other words, being agnostic or an atheist is associated with an increased likelihood that women will have suicidal thoughts or attempt suicide.

Having a disability is also an important variable, as it increases the likelihood of having attempted suicide by 3.75 times in comparison to women in the survey who do not have a disability. This factor should be further studied, as it is one of the indicators with the greatest predictive capacity regarding our dependent variables.

Overall, these results lead to a rejection of the first sub-hypothesis. However, this does not mean women’s socio-demographic profiles should be disregarded in efforts to prevent suicidal ideation and suicide attempts. Being young, not having a religion or being agnostic, having a low level of education and having a disability are risk factors that need to be further examined.

Regarding the existence of a support network, the results show that both having a person of trust and a safe space are important for avoiding suicidal thoughts. However, only having a safe space has a positive impact on avoiding attempted suicide. Therefore, both indicators are important in the prevention of suicide among women.

This implies rejecting the second sub-hypothesis, as it is not literally true for the dependent variable “attempted suicide”, although this does not mean that both indicators are not important in the prevention of suicide among women. The results show that it is essential to have mechanisms that contribute to the consolidation or creation of support networks, as well as the facilitation of safe spaces in order to reduce possible harmful actions and, in the worst case, actual suicide attempts.

The third sub-hypothesis is also rejected, as suffering from most of the forms of gender violence does not indicate a greater probability of suicidal ideation or attempted suicide. Only being a victim of psychological violence and the violence of control reveals such a link. The lack of statistical significance for the other forms of violence suggests that it is not the brutality and bodily subjugation of physical or sexual violence that leads to the wish to take one’s own life, but rather the sense of degradation and defencelessness in the face of invisible or hidden violence, which tends to be psychological and/or controlling.

That invisibility may be key to understanding the relationship these types of violence have to suicide. The difficulties in recognising them can result in additional victimisation that further aggravates and intensifies the consequences of gender violence. Hence, suicidal ideation becomes a possible consequence of suffering psychological or controlling violence.

However, psychological violence is not statistically significant in explaining suicide attempts; only psychological control is linked to an increase in the likelihood of a woman attempting suicide. Control by a partner or ex-partner should be considered as a serious risk factor and be (re)interpreted due to its influence on suicide attempts.

An equally complex issue is fear of a partner, a factor with high explanatory power for the variance found in suicidal

thoughts and attempts. This suggests that we cannot reject the fourth sub-hypothesis and allows us to identify an ostensible reaction related to the dependent variables, but from this finding a number of issues also emerge that require further analysis. What are the experiences faced by women so that fear leads them to think about or attempt suicide? Although it may be the constant suffering caused by fear, the feeling of being defenceless or the belief that there is no way out, these are currently only conjectures that require deeper analysis.

CONCLUSION

In this study we have identified certain risk factors that may be useful in the prevention of suicidal ideation and attempted suicide among women, with particular emphasis on women that have been or are victims of gender violence. This suggests the need to give specific attention to certain profiles given their proclivities and also the need to reflect on and investigate all the elements that contribute to something becoming a risk factor for suicide; for example, all the stigmas surrounding being a victim of psychological or controlling violence and the lack of understanding that surrounds the experience of having fear of a partner.

Progress on understanding the potential role of these indicators will make it possible to reduce and, in the best-case scenario, prevent their influence on suicidal ideation and attempts. This means that possible mechanisms of action and the creation of specific protocols that assess these factors should be considered in order to prevent suicidal ideation and suicide attempts among women.

Particular mention should be made of the factors that reduce the likelihood of suicidal ideation or attempts, for example, support networks. Our results not only indicate the relevance of social networks in suicide prevention, but also the importance public re-

sources can have as well. In particular, we emphasise that the creation and availability of safe spaces can reduce suicidal thought and, above all, suicide attempts. This shows that this resource should be used —or created— and specifically aimed at profiles prone to suicidal thoughts or attempted suicide.

In this sense, it is important to highlight that certain variables provide greater predictive capacity, such as disability, age, religious beliefs and fear of a partner. These factors should be taken into consideration to carry out effective suicide prevention.

In addition, our results indicate that it would be useful to include other variables, such as drug consumption or the presence of mental health issues, such as depression and anxiety. Although these indicators are included in the survey used in this study, this information was gathered in the context of the victimising experience of gender violence, and not as intrinsic factors in the experience of the women surveyed; therefore, these variables were not included in our study.

In future research it will also be necessary to emphasise the importance of psychological gender violence and control, as well as that of fear of a partner, carrying out more complex studies of a qualitative character that will permit us to understand in greater depth the relationship between fear of a partner and attempted suicide.

Finally, we note the importance of conducting empirical case studies that corroborate hypotheses that, *a priori*, can be verified by other international research because, as this article demonstrates, not all findings can be extrapolated to all contexts due to existing cultural differences.

BIBLIOGRAPHY

- American Association of Suicidology (2019). *U.S.A Suicide: 2019 Official Final Data*. Available at: <https://suicidology.org/wp-content/uploads/2021/01/2019datapgsv2b.pdf>
- Antai, Diddy; Oke, Ayo; Braithwaite, Patrick and Lopez, Gerald Bryan (2014). "The Effect of Economic, Physical, and Psychological Abuse on Mental Health: A Population-Based Study of Women in the Philippines". *International Journal of Family Medicine*, 2014(2): 852317. doi: 10.1155/2014/852317
- Baumeister, Roy F. (1990). "Suicide as Escape from Self". *Psychological Review*, 97(1): 90-113. doi: 10.1037/0033-295X.97.1.90
- CIS (2019). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer*. Estudio 3235. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. Available at: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/2_bancodatos/estudios/listaMuestras.jsp?estudio=14470
- Denney, Justin T.; Rogers, Richard G.; Krueger, Patrick M. and Wadsworth, Tim (2009). "Adult Suicide Mortality in the United States: Marital Status, Family Size, Socioeconomic Status, and Differences by Sex". *Social Science Quarterly*, 90(5): 1167-1185. doi: 10.1111/j.1540-6237.2009.00652.x
- Devries, Karen M.; Mak, Joelle Y.; Bacchus, Lorain J.; Child, Jennifer C.; Falder, Gail; Petzold, Max; Astbury, Jill and Watts, Charlotte H. (2013). "Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies". *PLOS Medicine*, 10(5): e1001439. doi: 10.1371/journal.pmed.1001439
- Durkheim, Émile (1989). *El suicidio*. Madrid: Akal.
- Galtung, Johan (2003). *Paz por medios pacíficos: paz y conflicto, desarrollo y civilización*. Bilbao: Bakeaz.
- Gearing, Robin and Lizardi, Dana (2009). "Religion and Suicide". *Journal of Religion and Health*, 48: 332-341. doi: 10.1007/s10943-008-9181-2
- Giannini, Margaret J.; Bergmark, Brian; Kreshover, Samantha; Elias, Eileen; Plummer, Caitlin and O'Keefe, Eileen (2010). "Understanding Suicide and Disability through Three Major Disabling Conditions: Intellectual Disability, Spinal Cord Injury, and Multiple Sclerosis". *Disability and Health Journal*, 3(2): 74-78. doi: 10.1016/j.dhjo.2009.09.001
- Instituto Nacional de Estadística (2018). *Estadística de defunciones según la causa de muerte*. Available at: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>
- Joiner, Thomas (2005). *Why People Die by Suicide*. Cambridge: Harvard University Press.

- Jonas, Sarah; Bebbington, Paul; McManus, Sally; Meltzer, H.; Jenkins, Rachel; Kuipers, Elizabeth; Cooper, Claudia; King, Michael and Brugha, T. (2011). "Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in England: Results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey". *Psychological Medicine*, 41: 709-719. doi: 10.1017/S003329171000111X
- Navarro-Gómez, Noelia (2017). "El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles". *Clínica y Salud*, 28: 25-31. doi: 10.1016/j.clysa.2016.11.002
- Nock, Matthew; Borges, Guilherme; Bromet, Evelyn; Alonso, Jordi; Angermeyer, Matthias; Beautrais, Annette; Bruffaerts, Ronny; Chiu, Wai; De Girolamo, Giovanni; Gluzman, Semyon; Graaf, Ron; Gureje, Oye; Haro, Josep M.; Huang, Yueqin; Karam, Elie; Kessler, Ronald; Lépine, Jean-Pierre; Levinson, Daphna; Medina-Mora, Maria and Williams, David (2008). "Cross-National Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans and Attempts". *The British Journal of Psychiatry*, 192: 98-105. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113
- O'Connor, Rory and Nock, Matthew (2014). "The Psychology of Suicidal Behaviour". *Lancet Psychiatry*, 1: 73-85. doi: 10.1016/
- Oram, Sian; Khalifeh, Hind and Howard, Louise (2016). "Violence against Women and Mental Health". *Lancet Psychiatry*, 4(2):159-170. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30261-9
- Orden, Kimberly A. van; Witte, Tracy K.; Cukrowicz, Kelly C.; Braithwaite, Scott R.; Selby, Edward A. and Joiner, Thomas E. Jr. (2010). "The Interpersonal Theory of Suicide". *Psychol Rev.*, 117(2): 575-600. doi: 10.1037/a0018697
- Organización de las Naciones Unidas (1995). *Fourth World Conference on Women*. In: *Violence against Women Diagnosis*. Beijing. Available at: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/violence.htm#diagnosis>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016*. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghel-leading-causes-of-death>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Suicide in the World: Global Health Estimates*. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>
- Pico-Alfonso, María A.; García-Linares, Isabel M.; Celda-Navarro, Nuria; Blasco-Ros, Concepción; Echeburúa, Enrique and Martínez, Manuela (2006). "The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety and Suicide". *Journal of Women's Health*, 15: 599-611. doi: 10.1089/jwh.2006.15.599
- Schotte, David and Clum, George (1987). "Problem-Solving Skills in Suicidal Psychiatric Patients". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 49-54. doi: 10.1037//0022-006x.55.1.49
- Shneidman, Edwin (1985). *Definition of Suicide*. New York: John Wiley.
- Wenzel, Amy and Beck, Aaron (2008). "A Cognitive Model of Suicidal Behavior: Theory and Treatment". *Applied & Preventive Psychology*, 12: 189-201. doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.001
- Williams, Mark J. (2001). *Suicide and Attempted Suicide: Understanding the Cry of Pain*. London: Penguin.
- Wingood, Gina M.; DiClemente, Ralph J. and Raj, Anita (2000). "Adverse Consequences of Intimate Partner Abuse among Women in Non-Urban Domestic Violence Shelters". *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4): 270-275. doi: 10.1016/s0749-3797(00)00228-2

RECEPTION: May 17, 2021

REVIEW: October 29, 2021

ACCEPTANCE: December 22, 2021