



Universitat
de les Illes Balears

TREBALL DE FI DE MÀSTER

PREVALENÇA D'IDEACIÓ SUÏCIDA EN ELS ESTUDIANTS DE LA UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Guillem Nicolau Coll

Màster Universitari de Psicologia General Sanitària

Centre d'Estudis de Postgrau

Any Acadèmic 2020-21

PREVALENÇA D'IDEACIÓ SUÏCIDA EN ELS ESTUDIANTS DE LA UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Guillem Nicolau Coll

Treball de Fi de Màster

Centre d'Estudis de Postgrau

Universitat de les Illes Balears

Any Acadèmic 2020-21

Paraules clau del treball:

Ideació suïcida, estudiants universitaris, trastorns mentals

Nom Tutor/Tutora del Treball: Miquel Tortella-Feliu

Agraïments

Vull agrair, en primer lloc, a na Marina Mercadal Capó, per la seva generositat i predisposició a l'hora de cedir-me les dades que recollí en el seu estudi. La facilitat que aquest gest ha suposat per a dur a terme aquest treball ha estat decisiva. I en segon lloc, però amb la mateixa o més importància, vull donar les gràcies al meu tutor, el professor Tortella-Feliu, per reconduir la meva idea inicial del treball, per la seva dedicació, la seva gran ajuda en l'anàlisi de dades i, sobretot, per la seva paciència amb mi.

Índex

Resum	7
Abstract	7
Introducció	9
Mètode	15
Participants i procediments	15
Instruments	15
Valoració de la ideació autolítica/suïcida.....	15
Ítem 11 de la Mesura de Síntomes Transversals de Nivell 1 del DSM-5	
Autoavaluades – Adult	15
Ítem 15 del Qüestionari en Línia per al Cribratge dels Trastorns Mentals més	
Comuns.....	16
Ítem 9 del Qüestionari de Salut del Pacient – 9 (Patient Health Questionnaire –	
9, PHQ-9).....	16
Avaluació de la simptomatologia ansiosodepressiva.....	17
Qüestionari en Línia per al Cribratge dels Trastorns Mentals més Comuns.....	17
Qüestionari de Salut del Pacient – 9.....	18
Escala per al Trastorn d’Ansietat Generalitzada – 7.....	18
Anàlisi de dades.....	19

Resultats	20
Anàlisi descriptiva i comparació per sexes de les puntuacions en ideació autolítica/suïcida.....	20
Associació entre la IA/S i la simptomatologia ansiosodepressiva.....	22
Discussió	27
Limitacions de l'estudi.....	39
Perspectives per futurs estudis.....	31
Referències	32

Resum

A nivell global, al voltant d'un 20% dels estudiants universitaris presenten ideació suïcida, dels quals fins a un 80% poden patir també un trastorn psicopatològic. A la Universitat de les Illes Balears, la prevalença estimada per la presència de trastorns depressius i d'ansietat durant el curs acadèmic 2019-2020 oscil·là entre 19,2% i el 27,3%. Tot i aquestes dades, la UIB no compta amb un programa de prevenció i promoció de la salut mental. En aquest estudi, el primer objectiu va ser estimar la prevalença puntual d'ideació suïcida en una mostra representativa d'estudiants de la UIB (n=1186; 830 dones i 356 homes) a partir de les respostes a instruments de cribatge psicopatològic recollides l'any acadèmic 2019-2020. El segon objectiu va ser analitzar l'associació de la ideació suïcida i, per una banda, la presència de simptomatologia ansiosodepressiva, i per altra, la possible presència de trastorn psicopatològic. Segons el punt de tall de cada instrument, entre el 0,8% i el 23% de la mostra presentaren nivells clínicament significatius d'ideació suïcida (6 – 11% igualant el punt de tall a dos punts per totes les proves). Amés, la presència d'ideació suïcida s'associa tant amb un nivell més elevat de simptomatologia ansiosa ($d = 0,46 - 1,78$) com amb la possible existència de trastorn depressiu o d'ansietat. Els possibles trastorns més estretament relacionats amb la ideació suïcida dels estudiants són els depressius (OR = 2,85 – 51,2), seguits dels d'ansietat i relacionats (OR = 2,31 – 22,1). No s'aprecien diferències entre sexes. Els resultats es discuteixen en relació a la precisió dels instruments emprats i a la capacitat de generalització de les dades.

Abstract

Globally, near 20% of undergraduates present suicidal ideation, 80% of whom may also have a psychopathological disorder. At the University of the Balearic Islands (UIB), the estimated prevalence of depressive and anxiety disorders during the 2019-2020 academic course was 19.2 – 27.3%. Even so, the UIB does not have a mental health prevention and

promotion program. The first object of this study was estimating the punctual prevalence of suicidal ideation on a representative sample of students from the UIB (n = 1186; 830 women and 356 men), based on answers to psychopathology screening instruments, collected in the 2019-2020 academic course. The second object was analysing the association between the suicidal ideation and, on the one hand, the presence of anxious and depressive symptoms, and on the other, the possible presence of a psychopathological disorder. Depending on the cut point of each instrument, 0.8 – 23% of the sample presented suicidal ideation at clinical levels (6 – 11% using the same cut point [2] for all tests). In addition to it, the presence of suicidal ideation is shown to be associated with higher levels of anxious and depressive symptoms ($d = 0,46 - 1,78$), as well as with the possible presence of a depressive or anxiety disorder. The most closely related potential disorder to our students' suicidal ideation is depression (OR = 2,85 – 51,2), followed by anxiety and related disorders (OR = 2,31 – 22,1). No differences according to gender were found. These outcomes are discussed regarding the precision of the instruments and the generalizability of the data.

Key words: suicidal ideation, undergraduates, mental disorder

Prevalença d'ideació suïcida en estudiants de la Universitat de les Illes Balears

Introducció

L'atenció al suïcidi s'ha convertit en una prioritat sanitària en els darrers anys, essent aquesta conducta una de les principals causes de mort no natural arreu del món. Segons indica la literatura, les dades a nivell global fan una mitja de 10,7 per cada 100.000 habitants, mentre que al continent europeu es compta actualment amb les taxes de suïcidi més altes del globus, entre 11,9 i 14,1 (World Health Organization [WHO], 2014). Per la seva part, a l'estat espanyol les ràtios oscil·len entre 5,0 i 9,9:100.000 (Bachmann, 2018), i concretament a les Illes Balears, la taxa de suïcidi supera la mitjana estatal, arribant a 8,34:100.000 (Ollers Adrover, 2019).

Pel que fa als intents de suïcidi, les dades a nivell global són poques i, d'aquestes, la majoria procedeixen de registres que no contemplen totes les temptatives que es poden haver dut a terme. Amés, la temptativa suïcida és el major factor de risc per la consumació del suïcidi (Arias et al., 2016; Irigoyen et al., 2019; Yoshimasu, et al., 2008) i s'estima que supera per 30 vegades les xifres de suïcidi consumat (Bachmann, 2018). Amb les dades dels registres disponibles fins avui a les Balears, aquesta proporció és sensiblement més baixa (2,6 intents per cada suïcidi), tot i que se sap de les limitacions dels registres fets fins ara (Ollers Adrover, 2019).

Pel que fa a la ideació suïcida (IS), a Catalunya, segons les dades recollides a l'estudi de Pérez et al. (2020), entre els anys 2014 i 2019, de les 12.526 persones que reportaren IS al servei de cribratge del programa *Catalonia Suicide Risk Code* (programa de prevenció del suïcidi de la Conselleria de Sanitat de Catalunya), 9046 (72,8%) havien comès intents previs. Les dades d'IS de l'estudi es recolliren mitjançant l'ús del mòdul de suïcidi de la MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI, Sheelan et al., 1998).

A banda de les temptatives, s'ha estudiat una gran quantitat de factors relacionats amb la conducta i la IS (sociodemogràfics, individuals, socioeconòmics, culturals, etc.), la qual cosa ens és de gran ajuda en les tasques de detecció i prevenció d'aquesta problemàtica. Alguns d'aquests factors són: patir algun trastorn psiquiàtric, tenir sentiments de desesperança, impulsivitat, agressivitat, alteració de la consciència, esdeveniments vitals estressants, absència de suport social, viure sol, accés a armes letals i història familiar de suïcidi (Hawton et al., 2013; Oquendo et al., 2014). En aquest treball volem destacar la presència de trastorns psicopatològics i alguns factors sociodemogràfics, com l'edat i el sexe.

En primer lloc, pel que fa a la psicopatologia, després de la temptativa suïcida prèvia, patir un trastorn mental és el factor de risc més important tant per presentar IS com per la consumació de l'acte (Cavanagh, et al., 2003; Chesney, et al., 2014; Gili et al., 2019; Yoshimasu et al., 2008). Els trastorns mentals més estretament relacionats són els depressius, l'abús de substàncies i els psicòtics.

A nivell global, entre un 60% i un 98% de casos de suïcidi presenten un trastorn psicopatològic (Bachmann, 2018). A les Illes Balears, segons dades de l'Observatori del Suïcidi de les Illes Balears (OSIB), el 79,6% de les persones que intenten suïcidar-se pateixen un trastorn psicopatològic (Ollers Adrover, 2019).

En segon lloc, pel que fa a l'edat i al sexe, a nivell global, els suïcidis que consumeixen els homes superen quasi per dues vegades els de les dones, tot i que les xifres es distribueixen en funció dels patrons de cada país. En canvi, els intents de suïcidi són més freqüents en dones. En edat, les dades indiquen que el suïcidi és la segona causa de mort prematura en persones d'entre 15 i 29 anys, especialment en països de nivell econòmic baix (WHO, 2014).

Concretament a l'estat espanyol, la taxa d'aquesta franja d'edat és de 3,0:100.000 (dones 1,1; homes 4,9) (WHO, 2014). A Balears, segons dades de l'OSIB, el 1,2% dels suïcidis consumats entre els anys 2011 i 2016 foren de menors de 19 anys, i el 8,7% estaven

compresos entre els 19 i 30 anys. Del total de suïcidis, el 72,8% són homes i el 27,2% són dones (Ollers Adrover, 2019).

En qualsevol cas, sembla ser que ser jove i patir un trastorn psicopatològic augmenta el risc d'ideació i conducta suïcides. L'efecte acumulatiu d'ambdós factors, amés, cobra més sentit si es té en compte que molts de trastorns mentals tenen els seus orígens durant l'adolescència i la transició cap a l'etapa adulta, on s'ajunten factors de vulnerabilitat individual i moments de canvi importants que són fonts potencials d'estrès (Kessler et al., 2005, 2007). Precisament en aquesta etapa és en la que es troben els estudiants universitaris.

Fent referència a aquest últims, Auerbach et al. (2016) van dur a terme un estudi sobre la prevalença de trastorns mentals en joves d'entre 18-22 anys, procedents de 21 estats diferents. Segons els resultats reportats mitjançant l'ús de la Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Kessler i Üstun, 2004), es va trobar que un 20,3% dels estudiants universitaris patia un trastorn psicopatològic, la majoria dels quals (83,1%) havien tingut el seu primer debut en etapes anteriors a la universitària. Per ordre de prevalença, els trastorns més comuns foren els d'ansietat (11,7% - 14,7%) i els de l'estat d'ànim (6,0% - 9,9%).

Dos anys després, dins el marc de la iniciativa internacional sobre la salut mental dels estudiant universitaris de l'Organització Mundial de la Salut (World Mental Health International College Student [WMH-ICS], n.d.), Auerbach et al. (2018) estudiaren el grau de prevalença de 6 trastorns mentals (Trastorn Depressiu Major, mania/hipomania, Trastorn d'Ansietat Generalitzada, Trastorn d'Angoixa, Abús/dependència d'Alcohol, Abús/dependència de drogues) entre estudiants de primer any universitari. La mostra estava composta per estudiants procedents de vuit països diferents (Espanya entre ells) i la mesura d'avaluació consistí en un qüestionari creat a partir de diverses escales autoaplicades procedents de la CIDI (Kessler i Üstun, 2004). Llavors, les xifres foren encara més altes: el 31,4% dels estudiants universitaris de nou ingrés reportà simptomatologia compatible amb

almenys un trastorn mental en el darrer any, i la prevalença global fou del 35,3%. A Espanya, els estudiants mostraren taxes superiors a la mitjana de l'estudi (33,2% de prevalença anual i 39,6% de prevalença global).

Pel que fa a les taxes de suïcidi en aquest grup de població, segons la revisió sistemàtica i metaanàlisi de Mortier et al. (2017), la prevalença estimada per a la IS és del 22,3%, per als plans (PS) un 6,1% i per a les temptatives (TS) un 3,2%. En concret a Espanya, Blasco et al. (2018) estudiaren les mateixes dades en estudiants de diverses universitats de l'estat que estaven en el seu primer any de carrera. Per a l'avaluació de la IS empraren alguns ítems de la Self Injurious Thoughts and Behaviours Interview (SITBI, Nock, et al., 2007), i de la versió de cribratge de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS, Posner et al., 2007). La prevalença d'IS en estudiants universitaris espanyols fou d'un 9,9%, de PS un 5,6% i de les TS un 0,6%.

La relació d'aquestes xifres amb la presència de trastorns mentals també es fa evident. La proporció d'estudiants amb IS que tinguin un trastorn mental varia en funció dels trastorns inclosos a l'estudi i del tipus d'instruments emprats. A tall d'exemple, el 42,8% dels estudiants que presentaren IS també presentaren simptomatologia compatible amb un Trastorn Depressiu Major (TDM) (Eisenberg et al., 2007). En canvi, a la iniciativa WMH-ICS, fins al 83% dels estudiants que reportaren IS compliren criteris per almenys un dels sis trastorns mentals compresos a l'estudi (Auerbach et al., 2018; Mortier et al., 2017). El més estretament relacionat amb la presència d'IS fou el TDM (Auerbach et al., 2019).

A més, aquestes xifres semblen seguir una tendència a l'alça. En alguns països, com ara EE.UU., les taxes tant de suïcidi com d'IS en estudiants universitaris no han fet més que augmentar en la darrera dècada, a la vegada que ho fan les de depressió i ansietat (Duffy et al., 2019). A les illes, segons les darreres dades de l'Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT), les xifres de suïcidis consumats havien anat a la baixa en totes les franges

d'edat. Més tard, durant el confinament derivat de la pandèmia de la COVID-19, s'havia notat una baixada dels casos, igual que en altres indrets del país (Hernández Calle, 2020), però aquesta tendència sembla començar a revertir-se entre els joves de les Balears. Oriol Lafau, coordinador autonòmic de Salut Mental de les Illes Balears, assenyala que hi ha hagut un augment considerable dels intents de suïcidi en joves d'entre 15 i 29 anys, entre els mesos d'octubre de 2020 i febrer de 2021 (Tarragó, 2021). Tot i ser dades fora quantificar, es pensa que factors derivats de la pandèmia estan incidint en un increment de la incidència, tant dels trastorns mentals com de les temptatives suïcides.

Arrel de tot plegat, i sense tenir en compte la pandèmia, moltes universitats ja estan exercint funcions en matèria de prevenció de la salut. Centres d'educació superior d'arreu del món han desenvolupat en els darrers anys programes dirigits a la reducció de l'estigma, a l'increment de la literatura sobre salut mental, i a fer cribratge i derivació dels estudiants als serveis de salut mental. Tal vegada el país que té una trajectòria més extensa en el disseny d'aquets programes és els EUA, on associacions com l'American College Health Association (2009) duen a terme diverses iniciatives: des d'enquestes periòdiques per analitzar l'estat de salut dels estudiants universitaris d'arreu de l'estat, fins al disseny de tot tipus de programes, guies pràctiques, campanyes i altres recursos.

Si mirem la nostra universitat, la Universitat de les Illes Balears (UIB) compta amb diversos serveis. Per una banda, compta amb l'Oficina d'Universitat Saludable i Sostenible (OUSIS), a través de la qual la universitat posa en marxa estratègies de promoció de la salut dirigides a la pròpia comunitat universitària. Per altra banda, també compta amb el Servei d'Atenció Psicològica de la UIB (SUAP-UIB), en el que s'ofereix un servei d'assessoria psicològica dins el Punt d'Atenció a la Comunitat Universitària (PACU).

D'aquesta manera, sembla que la UIB també pren una direcció clara cap a la inversió en promoció i prevenció de la salut. Malgrat això, emperò, la universitat no compta amb un

pla de prevenció dels trastorns mentals, ni tampoc amb un pla de prevenció contra el suïcidi. En qualsevol cas, sembla pertinent que, com a primera passa cap al disseny d'aquests programes, puguem quantificar la presència d'aquests trastorns i comportaments de risc suïcides.

Mercadal Capó (2020) estudià la prevalença puntual de simptomatologia ansiosodepressiva entre els estudiants de la Universitat de les Illes Balears (UIB). Les xifres de prevalença estimada que obtingué l'autora oscil·laren entre el 24,5% i el 26,6% per la presència de trastorns d'ansietat, entre el 9,2% i el 12,9% per als trastorns depressius, i entre el 19,2% i el 27,3% per qualsevol d'aquests trastorns. En tots els casos, les taxes de prevalença foren més altes en dones que en homes. En el mateix estudi també es recolliren dades sobre la presència d'IS, però no varen ser objecte d'anàlisi detallada, que és el que ara ens proposam.

El primer objectiu del present treball fou el d'estimar la prevalença puntual d'ideació suïcida en una mostra representativa d'estudiants de grau de la Universitat de les Illes Balears, a partir de les respostes a instruments de cribratge psicopatològic recollides per Mercadal Capó (2020) l'any acadèmic 2019-2020. El segon objectiu fou el d'analitzar l'associació entre la ideació suïcida i, per una banda, la presència de simptomatologia ansiosodepressiva, i per altra, la possible presència de trastorns psicològics, així com amb algunes característiques sociodemogràfiques.

En relació al primer objectiu, tot i que bàsicament sigui exploratori, s'espera que els nivells d'ideació suïcida siguin equiparables als reportats en estudis previs en estudiants universitaris. Quan al segon objectiu, hipotetzam que hi haurà major ideació suïcida en persones amb nivells més elevats de simptomatologia psicopatològica i amb probable diagnòstic de trastorn psicològic. La ideació suïcida serà major en dones que no en homes.

Mètode

Participants i procediment

Per a aquest treball s'han utilitzat i reanalitzat part de les dades recollides en la primera part de l'any acadèmic 2019-2020, abans del confinament degut a la pandèmia de la Covid-19, per Mercadal Capó (2020) per a l'estimació de la prevalença de manifestacions ansiosodepressives en estudiants de grau de la Universitat de les Illes Balears. Es tracta d'una mostra de 1186 persones (830 dones [70%] i 356 homes [70%], edat mitjana 21,36 [d.e. 4,91], representativa dels matriculats als estudis de grau que s'imparteixen al campus de la carretera de Valldemossa de la nostra universitat.

Tots els participants a l'estudi varen respondre, mitjançant l'aplicació web Limesurvey, un seguit d'autoinformes de cribratge en línia per a l'avaluació de simptomatologia ansiosa, depressiva i d'altres possible problemes comportamentals i que també incloïen alguns ítems relatius a la presència d'ideació autolítica i suïcida i que descrivim tot seguit.

Instruments

Valoració de la ideació autolítica / suïcida

Per avaluar la ideació autolítica i suïcida hem fet servir els tres ítems inclosos en tres dels instruments de cribratge psicopatològic emprats a l'estudi de Mercadal Capó (2020) que contempen aquesta dimensió.

Ítem 11 de la Mesura de Síntomes Transversals de Nivell 1 del DSM-5

Autoavaluades – Adult (DSM-5 Self-Related Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure – Adult) (American Psychiatric Association, 2013/2014). És un autoinforme per al cribratge inicial de símptomes amb potencial significació clínica a 13 dominis de salut mental. En aquest treball just n'hem fet servir les respostes a l'ítem 11 que avalua la IA interrogant sobre la freqüència d'aparició, durant les dues darreres setmanes, de "Pensaments de fer-se mal a

vostè mateix”, per tant, no fa referència explícita a ideació suïcida o de ganes de morir, i que l'avaluat ha de respondre en una escala Likert de 5 punts (0 = cap/mai; 1 = Molt lleu / poques vegades, menys d'un dia o de dos; 2 = Lleu / Alguns dies; 3 = Moderat, més de la meitat dels dies; – 4 = greu/gairebé cada dia). Per a continuar explorant aquesta dimensió el punt de tall es situa al punt 1.

Es va emprar la versió en espanyol que apareix a la traducció en aquest idioma del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (5^a ed.; DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013/2014)

Ítem 15 del Qüestionari en Línia per al Cribratge dels Trastorns Mentals més Comuns (Web Screening Questionnaire for Common Mental Disorders, WSQ) (Donker et al., 2009). Aquest ítem avalua la intensitat tant de la IA com de la IS. Diu així: “li han vingut al cap recentment idees de fer-se mal o de llevar-se la vida?” S'avalua mitjançant una escala Likert de 4 punts (0= definitivament no; 1= m'ha passat pel cap, però no ho faria; 2= ho he considerat seriosament; 3= ho faria si tingués oportunitat). En aquest cas, la mínima presentació per continuar explorant és de tres punts. Vegeu subsecció següent per a una descripció en més detall del qüestionari i de la versió utilitzada.

Ítem 9 del Qüestionari de Salut del Pacient – 9 (Patient Health Questionnaire – 9, PHQ-9) (Kroenke et al., 2001). Aquest ítem avalua tant IA, com IS, tot i que fa més referència a les idees passives de mort. Interroga sobre la presència, durant les dues darrers setmanes de “Pensaments de què estaria millor mort o de voler-se fer mal d'alguna manera”. La persona ha de respondre mitjançant una escala Likert de 4 punts assenyalant la freqüència d'aparició d'aquests pensaments: 0 (cap dia), 1 (alguns dies), 2 (Més de la meitat dels dies), 3 (gairebé cada dia). En aquest cas no s'estableix un punt de tall per continuar explorant, però com a la resta d'ítems de la prova, on cada un representa un criteri diagnòstic pel trastorn depressiu major segons el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013/2014), la

puntuació a partir de dos punts sol considerar-se indicador de compliment de criteri / presència de símptoma. Vegeu subsecció següent per a una descripció en més detall del qüestionari i de la versió utilitzada.

Avaluació de la simptomatologia ansiosodepressiva

Per a l'avaluació de la simptomatologia depressiva, s'han emprat les dades obtingudes a l'escala de depressió del WSQ i al qüestionari PHQ-9. Per a l'avaluació de la simptomatologia ansiosa, s'han emprat les dades obtingudes a les escales d'ansietat i trastorns relacionats del WSQ i a l'escala GAD-7.

Qüestionari en Línia per al Cribatge dels Trastorns Mentals més Comuns (Web Screening Questionnaire for Common Mental Disorders, WSQ) (Donker et al., 2009). Es tracta d'un instrument de cribatge per detectar possibles problemes psicològics, que està dissenyat per ser aplicat en línia. Avalua 11 dominis mitjançant 15 ítems que arreplega de diferents instruments autoinformats que ja han estat validats. Degut a això, la seva especificitat varia segons l'ítem (0,44 – 0,77), de la mateixa manera que ho fa el sistema de resposta (dicotòmica o tipus Likert). Si mirem la sensibilitat de l'instrument, aquesta és entre satisfactòria i excel·lent (0,72 – 1).

Els dominis que es tingueren en compte per a l'anàlisi de dades foren, per una banda, el de depressió, que està compost pels ítems un i dos, i per altra banda, el conjunt de dominis que fan part dels trastorns d'ansietat i relacionats, que abasten des de l'ítem tres fins al dotze, i que vam considerar com un sol macrodomini (ansietat). Quant al domini de depressió, el punt de tall que indica possible presència de trastorn és de cinc o més punts pel primer ítem (estat d'ànim baix), sumat a un punt (corresponent a Sí) del segon ítem (anhedonia). Pel que fa macrodomini d'ansietat, es va considerar passat el punt de tall si es passava el de qualsevol dels dominis pels quals estava integrat (Trastorn d'angoixa, pànic i agorafòbia, agorafòbia, fòbia específica, fòbia social, trastorn d'estrès posttraumàtic i trastorn obsessivocompulsiu).

Qüestionari de Salut del Pacient – 9 (Patient Health Questionnaire – 9, PHQ-9)

(Kroenke et al., 2001). Es tracta d'una escala de depressió autoaplicada que fa part original del PHQ (Patient Health Questionnaire, PHQ; Spitzer et al., 1999), un instrument de detecció psicopatològica general. Aquí es va emprar la versió espanyola de 9 ítems (Díez-Quevedo, Rangil, Sánchez-Planell, Kroenke i Spitzer, 2001), la qual pot emprar-se per donar suport al diagnòstic de depressió i determinar-ne la gravetat, per tasques de cribratge i detecció psicopatològica (ús que es dona en aquest estudi) i com a mesura de monitoratge del canvi.

S'hi valora la freqüència en que s'han experimentat els símptomes depressius en les darreres dues setmanes, amb una escala Likert de 4 punts per tots els ítems (0= cap dia – 3= gairebé tots els dies). Aquests, com ja s'ha dit, són corresponents als criteris pel diagnòstic del Trastorn depressiu major.

Pel que fa a la funció que té la prova en el suport del diagnòstic de depressió, els ítems que obtenen una puntuació igual o major que dos indiquen compliment de criteri / presentació de símptoma. La puntuació total de la prova considerada llindar clínic (detecció de possibles casos) és de 10 punts, cosa que deixa una sensibilitat del 82% i una especificitat del 84,7% (Levis et al., 2019; Mitchell et al., 2016).

Escala per al Trastorn d'Ansietat Generalitzada – 7 (Generalized Anxiety Disorder – 7, GAD-7) (Spitzer et al., 2006). S'emprà la versió espanyola de García-Campayo et al. (2010). És una escala que, tot i servir de suport al diagnòstic del trastorn que li dona nom, s'empra com a instrument de cribratge i monitoratge de diversos trastorns emocionals. Està compost per set ítems on es valora la freqüència d'aparició de simptomatologia ansiosa durant les darreres dues setmanes. Es contesta mitjançant una escala de 4 punts, que va de 0 (cap dia) a 3 (quasi tots els dies). El llindar clínic (detecció de possibles casos) s'estableix en 10 punts, el qual deixa una sensibilitat del 89% i una especificitat del 82% (Donker et al., 2009).

Aquest instrument sol emprar-se dins els protocols de tractament, juntament amb el PHQ-9, per a la detecció de possibles casos amb trastorns afectius i el seu posterior monitoratge. Aquest ús combinat el fem també en aquest estudi, com s'explica dins l'apartat d'anàlisi de dades.

Anàlisi de dades

En primera instància, i relacionat amb el primer objectiu de l'estudi, es va procedir a determinar el nombre i percentatge de participants del conjunt de la mostra amb possible presència de d'IA/S segon cadascun dels ítems de cribatge utilitzat d'acord amb els punts de tall establerts per cada instrument (Nivell 1 DSM-5 = 1; WSQ = 3; PHQ-9 = 2), i, en dos d'ells (Nivell 1 DSM-5 i WSQ) establint-hi el punt de tall a 2 punts. Llavors s'exploraren les diferències que hi poguéss haver en funció del sexe en les puntuacions globals a cadascun dels ítems d'IA/S, fent servir comparacions de mitjanes, i en la presència d'IA/S, mitjançant anàlisis de contingència. Es va fer ús d'anàlisis de correlacions bivariades per a veure si existien associacions entre l'edat dels participants i l'extensió de la IA/S.

Respecte al segon objectiu del treball, per a estudiar l'associació de la IA/S amb la simptomatologia ansiosodepressiva utilitzarem tres estratègies d'anàlisi. En primera instància, anàlisis de correlacions bivariades entre les puntuacions en els diversos ítems d'IA/S i les dels diversos instruments que valoren aquests símptomes. En segon lloc, comparacions de mitjanes entre les puntuacions als instruments de quantificació de les manifestacions ansiosodepressives entre els participants en els quals es detecta IA/S i en els que no se'n detecta. I, a l'últim, anàlisis de contingència per a determinar l'associació entre la presència d'IA/S i l'existència de possibles casos de trastorn depressiu, trastorn d'ansietat o d'ambdues alteracions.

Resultats

Anàlisi descriptiva i comparació per sexes de les puntuacions en ideació autolítica/suïcida

A la taula 1 s'hi presenten, per al conjunt de la mostra i segregats per sexes, els valors mitjans de les puntuacions a cadascun dels ítems que quantifiquen la IA/S i el nombre de participants en què es pot considerar que aquestes ideacions hi tenen una presència significativa d'acord amb els diversos punts de tall establerts per a cada autoinforme. Com es pot observar, la majoria de participants (entre el 68 -78%, segons l'instrument) no reportaren cap tipus d'ideació, i de les persones que en reportaren algun nivell, gran part d'ells ho feren en el nivell més baix de les escales (1). Això també es veu reflectit a les puntuacions mitjanes, prou baixes en qualsevol dels ítems.

Pel que fa al nombre de persones que passen el punt de tall per a considerar la presència d'IA/S significativa, el percentatge més alt, per sobre del vint per cent, el determina l'ítem de la mesura de Nivell 1 del DSM-5, que és el que té un punt de tall més baix (1) i, per contra, d'acord amb els criteris del WSQ, que és el més conservador a l'hora de considerar la presència d'IA/S significativa, el percentatge no arriba a l'u per cent.

Si establim el tall a dos punts per a tots els ítems, la prevalença puntual d'IA/S oscil·la entre el sis i l'onze per cent.

Tal i com es reporta també a la taula 1, no hi ha diferències significatives per sexe ni pel que fa al nivell d'IA/S ni a la presència de possibles casos amb IA/S clínicament rellevant i les grandàries de l'efecte i mesures d'associació també ens indiquen l'absència de divergències destacables pel fet de ser home o dona.

A banda d'això, la correlació entre l'edat i el nivell d'IA/S és negativa per a tots els ítems d'IA/S i estadísticament significativa en dos d'ells (Nivell 1 – DSM-5 [$r=,062$; $p=,034$; $IC= -,005 - -0,118$]; WSQ [$r=,066$; $p=,024$; $IC= -,009 - -0,122$]; PHQ-9 [$r=,043$; $p=0,143$];

Taula 1.

Estadístics descriptius de la presència d'ideació autolítica o suïcida per al conjunt de la mostra i comparant-la per sexes

	<i>M (d.e.)</i>			<i>t (p)</i>	<i>d</i>	Presència ideació suïcida <i>n (%)</i>			$\chi^2(p)$	<i>OR (IC 95%)</i>
	Total (<i>n</i> =1186)	Homes (<i>n</i> =356)	Dones (<i>n</i> =830)			Total	Homes	Dones		
Nivell 1 DSM-5	0,417 (0,903)	0,393 (0,870)	0,427 (0,917)	0,581 (,561)	0,037					
Passen punt de tall						273 (23%)	78/278 (21%)	195/635 (23%)	0,353 (,553)	1,09 (0,81 - 1,47)
Passen tall a 2 punts*						131 (11%)	23/333 (6,5%)	46/784 (5,5%)	0,004 (,948)	1,01 (0,68 - 1,61)
WSQ	0,388 (0,628)	0,438 (0,675)	0,366 (0,606)	1,73 (,083)	0,112					
Passen punt de tall						9 (0,8%)	4/352 (1,1%)	5/825 (0,6%)	0,899 (,343)	0,53 (0,14 - 2,00)
Passen tall a 2 punts*						75 (6,3%)	29/327 (8,1%)	46/784 (5,5%)	2,85 (,091)	0,66 (0,41 - 1,07)
PHQ-9	0,315 (0,683)	0,334 (0,699)	0,307 (0,676)	0,625 (,532)	0,039					
Passen punt de tall						84 (7%)	27/329 (7,6%)	57/773 (6,9%)	0,195 (,659)	0,90 (0,56 - 1,45)

Nota. Nivell 1 DSM-5 = Ítem 11 de la Mesura d'Autoavaluació Transversal de Síntomes de Nivell 1 del DSM-5 per a adults / punt de tall = 1; PHQ-9 = Ítem 9 del Qüestionari de Salut del Pacient – 9 / punt de tall = 2; WSQ= Ítem 15 del Qüestionari en Línia per al Cribratge dels Trastorns Mentals més Comuns / punt de tall = 3.

* Nombre i percentatge de subjectes que responen a l'ancoratge 2 a l'ítem 11 de la mesura de Nivell 1 del DSM-5 (2 = moderat, alguns dies) i/o a l'ítem 15 del WSQ (2 = ho he considerat seriosament).

$IC = ,014 - -0,099$). Això és, que a menor edat, hi ha nivells més elevats d'IA/S. Tot i així, els valors de correlació entre ambdues variables són força baixos.

Associació entre la IA/S i la simptomatologia ansiosodepressiva

El nivell d'IA/S, amb independència de l'ítem de cadascun dels instruments de cribatge, mostra associacions positives i estadísticament significatives amb la simptomatologia ansiosa i depressiva (vegeu taula 2), tot i que amb efectes petits o com a molt mitjans, en el cas de les manifestacions depressives avaluades amb el PHQ-9.

Taula 2.

Correlacions bivariades (i intervals de confiança) entre el nivell d'ideació autolítica o suïcida i el nivell de simptomatologia ansiosodepressiva en diversos instruments de cribatge

Ideació Autolítica / Suïcida	Síntomes depressius		Síntomes d'ansietat	
	WSQ	PHQ-9	WSQ	GAD-7
<i>M (d.e)</i>	4,64 (2,37)	9,84(6,44)	5,13 (3,29)	8,17 (5,38)
Nivell 1 DMS-5	,245* (,298-,191)	,422* (,468-,374)	,396* (,443-,347)	,357* (,406-,307)
WSQ	,237* (,290-,183)	,452* (,496-,406)	,396* (,443-0,347)	,309* (,360-0,257)
PHQ-9	,281* (,332-,228)	,519* (,559-,476)	,395* (,442-,346)	,369* (,417-,319)

Nota. Nivell 1 DSM-5 = Ítem 11 de la Mesura d'Autoavaluació Transversal de Síntomes de Nivell 1 del DSM-5 per a adults / punt de tall = 1; WSQ= Ítem 15 del Qüestionari en Línia per al Cribatge dels Trastorns Mentals més Comuns / punt de tall = 3; PHQ-9 = Ítem 9 del Qüestionari de Salut del Pacient – 9 / punt de tall = 2.

* $p < ,01$

En la mateixa línia, en els participants en els quals s'hi detecta la presència d'IA/S que podria ser clínicament rellevant, tant si ho determinam mitjançant dos punts de tall diferents per a la mesura de Nivell 1 del DSM-5 (vegeu taula 3) com si ho feim emprant els dos punts de tall per al WSQ i l'establert per al PHQ-9 (vegeu taula 4), hi concorrem puntuacions significativament més elevades de manifestacions d'ansietat i depressives, sigui quin sigui

l'instrument de cribratge utilitzat, i amb grandàries de l'efecte de les diferències grans per a la pràctica totalitat de casos.

Taula 3.

Comparacions de mitjanes de les manifestacions ansiosodepressives segons la presència o no d'ideació autolítica o suïcida a la Mesura d'Autoavaluació Transversal de Síntomes de Nivell 1 del DSM-5 per a adults.

	Punt de tall a 1				Punt de tall a 2			
	M (d.e)		t	d	M (d.e)		t	d
	No	Sí			No	Sí		
Depressió								
WSQ	4,34 (2,32)	5,63 (2,26)	8,10*	0,56	4,47 (2,32)	6,00 (2,31)	7,10*	0,66
PHQ-9	8,37 (5,91)	14,8 (5,67)	15,81*	1,09	9,04 (6,07)	16,3 (5,62)	13,07*	1,21
Ansietat								
WSQ	4,39 (2,93)	7,58 (3,23)	14,56*	1,03	4,76 (3,09)	8,07 (3,42)	11,43*	1,06
GAD-7	7,16 (5,04)	11,5 (5,10)	12,55*	0,86	7,61 (5,16)	12,7 (4,96)	10,75*	0,99

Nota. WSQ = Ítems 1 i 2 (depressió) i 3-12 (ansietat) del Qüestionari en Línia per al Cribratge dels Trastorns Mentals més Comuns; PHQ = Qüestionari de Salut del Pacient – 9; GAD-7 = Escala per al Trastorn d'Ansietat Generalitzada – 7.

* $p < ,0001$

De manera anàloga, amb qualsevol dels instruments de cribratge emprats, la presència d'IA/S amb potencial significació clínica s'associa de manera molt evident amb la possible existència de trastorn depressiu o d'ansietat, tal i com es pot veure amb a les anàlisis de contingències reproduïdes a les taules 5 i 6. Pel que fa als possibles casos d'IA/S detectats amb la mesura de Nivell 1 del DSM-5 (vegeu taula 5), agafant el punt de tall més baix (1 punt), tenen entre 2,86 i 8,65 vegades més de possibilitats de ser considerats, també, com a possibles casos de trastorn d'ansietat o depressiu o d'ambdós alhora, que els participants que no exhibeixen IA/S. Si agafa el punt de tall més elevat (2 punts) les xifres encara s'apugen un poc més i la raó de

Taula 4.

Comparacions de mitjanes de les manifestacions ansiosodepressives segons la presència o no d'ideació autolítica o suïcida al Qüestionari en Línia per al Cribratge dels Trastorns Mentals més Comuns i al Qüestionari de Salut del Pacient – 9

	WSQ ítem 11 (punt de tall = 2)				WSQ ítem 11 (punt de tall = 3)				PHQ-9 ítem 9 (punt de tall = 2)			
	M (d.e)		<i>t</i>	<i>d</i>	M (d.e)		<i>U</i>	<i>d</i>	M (d.e)		<i>t</i>	<i>d</i>
	No	Sí			No	Sí			No	Sí		
Depressió												
WSQ	4,55 (2,34)	5,92 (2,51)	4,88*	0,58	4,63 (2,36)	6,56 (2,40)	2909 (<i>p</i> =,019)	0,45	4,50 (2,32)	6,50 (2,25)	7,64*	0,86
PHQ-9	9,38 (6,18)	16,7 (6,28)	9,97*	1,19	9,77 (6,38)	18,7 (8,02)	1987 (<i>p</i> =,001)	0,62	9,15 (6,01)	18,9 (4,88)	17,34*	1,78
Ansietat												
WSQ	4,92 (3,17)	8,21 (3,52)	8,65*	1,03	5,10 (3,26)	9,00 (4,82)	2635 (<i>p</i> =,009)	0,50	4,85 (3,13)	8,69 (3,31)	10,79*	1,22
GAD-7	7,88 (5,27)	12,4 (5,21)	7,21*	0,86	8,13 (5,53)	13,8 (6,42)	2560 (<i>p</i> =,007)	0,52	7,77 (5,19)	13,4 (5,02)	9,68*	1,09

Nota. WSQ = Qüestionari en Línia per al Cribratge dels Trastorns Mentals més Comuns; PHQ-9= Qüestionari de Salut del Pacient – 9; GAD-7 = Escala per al Trastorn d'Ansietat Generalitzada – 7.

* *p*<,0001

Taula 5.

Taula de contingències sobre la presència d'ideació autolítica o suïcida a la Mesura d'Autoavaluació Transversal de Síntomes de Nivell 1 del DSM-5 per a adults i la possibilitat de cas de trastorn d'ansietat o depressiu d'acord amb els diversos instruments de cribratge.

Possible trastorn	Nivell 1 DSM-5 (Punt de tall a 1)				Nivell 1 DSM-5 (Punt de tall a 2)				
	No	Sí	χ^2	OR (IC 95%)	No	Sí	χ^2	OR (IC95%)	
Depressiu									
WSQ	No	700 (59%)	146 (12,3%)	55,3*	2,86 (2,15 – 3,79)	789 (66,5%)	57 (4,8%)	55,7*	3,85 (2,65 – 5,59)
	Sí	213 (18,0%)	127 (10,7%)			266 (22,4%)	74 (6,2%)		
PHQ-9	No	570 (48,1%)	44 (3,7%)	181*	8,65 (6,10 – 12,3)	603 (50,8%)	11 (0,9%)	111*	14,6 (7,76 – 27,3)
	Sí	343 (28,9%)	229 (19,3%)			452 (38,1%)	120 (10,1%)		
Ansietat									
WSQ	No	118 (9,9%)	9 (0,8%)	20,4*	4,35 (2,18 – 8,70)	123 (10,4%)	4 (0,3%)	9,02 <i>p</i> = .003	4,19 (1,52 – 11,5)
	Sí	795 (67%)	264 (22,3%)			932 (78,6%)	127 (10,7%)		
GAD-7	No	651 (54,9%)	97 (8,2%)	11,5*	4,51 (3,39 – 6,00)	715 (60,3%)	33 (2,8%)	90,7*	6,25 (4,12 – 9,46)
	Sí	262 (22,1%)	176 (14,8%)			340 (28,7%)	98 (8,3%)		
Ambdós									
PHQ-9+ GAD-7	No	707 (59,6%)	102 (8,6%)	156*	5,75 (4,30 – 7,69)	774 (65,3%)	35 (3,0%)	117*	7,56 (5,01 – 11,4)
	Sí	206 (17,4%)	171 (14,4%)			281 (23,7%)	96 (8,1%)		

Nota. Nivell 1 DSM-5 = Ítem 11 de la Mesura d'Autoavaluació Transversal de Síntomes de Nivell 1 del DSM-5 per a adults; WSQ = Ítems 1 i 2 (depressió) i 3-12 (ansietat) del Qüestionari en Línia per al Cribratge dels Trastorns Mentals més Comuns; PHQ = Qüestionari de Salut del Pacient – 9; GAD-7 = Escala per al Trastorn d'Ansietat Generalitzada – 7.

* *p* < ,0001

Taula 6.

Taula de contingències sobre la presència d'ideació autolítica o suïcida al Qüestionari en Línia per al Cribratge dels Trastorns Mentals més Comuns i al Qüestionari de Salut del Pacient – 9 i la possibilitat de cas de trastorn d'ansietat o depressiu d'acord amb els diversos instruments de cribratge.

Possible trastorn	WSQ ítem 11 (punt de tall = 2)				WSQ ítem 11 (punt de tall = 3)				PHQ-9 ítem 9 (punt de tall = 2)				
	No	Sí	χ^2	OR (IC 95%)	No	Sí	χ^2	OR (IC 95%)	No	Sí	χ^2	OR (IC 95%)	
Depressiu													
WSQ	No	813 (68,5%)	33 (2,8%)	29,2*	3,47 (2,16-5,58)	843 (71,1%)	3 (0,3%)	6,40 <i>p</i> =.011	5,05 (1,26-20,3)	820 (69,1%)	26 (2,2%)	72,1*	6,49 (4,01-10,5)
	Sí	298 (25,1%)	42 (3,5%)			334 (28,2%)	6 (0,5%)			282 (23,8%)	58 (4,9%)		
PHQ-9	No	605 (51,0%)	9 (0,8%)	50,7*	8,77 (4,33-17,8)	613 (51,7%)	1 (0,1%)	6,00 <i>p</i> =.014	8,70 (1,08-69,7)	612 (51,6%)	2 (0,2%)	88,3*	51,2 (12,5-209)
	Sí	506 (42,7%)	66 (5,6%)			564 (47,6%)	8 (0,7%)			490 (41,3%)	82 (6,9%)		
Ansietat													
WSQ	No	125 (10,5%)	2 (0,2%)	5,41 <i>p</i> =.020	4,63 (1,12-19,1)	127 (10,7%)	0 (0,0%)	1,09 <i>p</i> =.297	2,31 (0,13-39,9)	127 (10,7%)	0 (0,0%)	10,8*	22,1 (1,36-35,8)
	Sí	986 (83,1%)	73 (6,2%)			1050 (88,5%)	9 (0,8%)			975 (82,2%)	84 (7,1%)		
GAD-7	No	723 (61,0%)	25 (2,1%)	30,4*	3,73 (2,27-6,12)	746 (62,9%)	2 (0,2%)	6,50 <i>p</i> =.011	6,06 (1,25-29,3)	729 (61,5%)	19 (1,6%)	63,5*	6,69 (3,95-11,3)
	Sí	388 (32,7%)	50 (4,2%)			431 (36,3%)	7 (0,6%)			373 (31,5%)	65 (5,5%)		
Ambdós													
PHQ-9+ GAD-7	No	784 (66,1%)	25 (2,1%)	44,9*	4,80 (2,92-7,88)	807 (68,0%)	2 (0,2%)	8,85 <i>p</i> =.003	7,63 (1,58- 36,9)	790 (66,6%)	19 (1,6%)	86,7*	8,66 (5,11-14,7)
	Sí	327 (27,5%)	75 (6,3%)			370 (31,2%)	9 (0,8%)			312 (26,3%)	65 (5,5%)		

Nota. WSQ = Ítems 1 i 2 (depressió) i 3-12 (ansietat) del Qüestionari en Línia per al Cribratge dels Trastorns Mentals més Comuns; PHQ = Qüestionari de Salut del Pacient – 9; GAD-7 = Escala per al Trastorn d'Ansietat Generalitzada – 7.

* *p*<.0001

probabilitat es situa entre 3,85 i 14,56. En ambdós casos, l'associació més intensa és la que s'estableix amb la possible presència de trastorn depressiu detectada mitjançant el PHQ-9.

Quan la presència d'IA/S amb potencial significació clínica es determina mitjançant els ítems corresponents del WSQ i PHQ-9, també es pot observar que els participants amb aquesta mena d'ideacions multipliquen per entre 3,74 i 8,77 (d'acord amb el punt de tall més baix de l'ítem onze WSQ), entre 2,31 i 8,7 (si ens guiam pel punt de tall més alt a l'onze ítem del WSQ) i entre 6,49 i 51,2 vegades (fent servir l'ítem del PHQ-9) la probabilitat de mostrar nivells de símptomes d'ansietat, depressió o de totes dues coses que permetin categoritzar-los com a possibles casos. Les associacions més intenses es donen, en primer lloc, entre la presència d'IA/S detectada mitjançant l'ítem corresponent del PHQ-9 i la possible existència de depressió clínica d'acord amb els criteris del mateix instrument de cribatge, que es multipliquen per més de cinquanta, i, en segon lloc, amb la presència d'algun trastorn d'ansietat segons els criteris del WSQ, que incrementa la seva probabilitat per sobre de 20 vegades.

Discussió

El primer objectiu d'aquest estudi fou el d'estimar la prevalença puntual d'ideació suïcida en una mostra representativa d'estudiants de grau de la Universitat de les Illes Balears, a partir de les respostes a instruments de cribatge psicopatològic recollides per Mercadal Capó (2020) l'any acadèmic 2019-2020. Durant aquell curs, entre el 22 i el 32%, segons l'eina de cribatge emprada i el punt de tall fet servir, dels estudiants que participaren a l'estudi reportaren algun nivell d'IA/S. Aquestes taxes són semblants a la que troben Mortier et al. (2017) pel conjunt d'estudis inclosos a la seva revisió (22%). Tot i així, de tots aquests estudiants amb algun grau d'IA/S del nostre estudi, entre el 52% i el 80% només reportaren el nivell més baix de les escales de resposta. En la mateixa línia, si ens cenyim als

punts de tall més restrictius, la ideació suïcida amb potencial significació clínica oscil·la entre l'1% i el 7% de la mostra.

Si traduïm aquestes dades amb termes dels propis ítems, segons la mesura de Nivell 1 del DSM-5, 142 estudiants de la mostra havien tingut pensaments de fer-se mal a ells mateixos, com a molt un cop durant les dues setmanes anteriors a l'avaluació. Segons dades del WSQ, poc temps abans de l'avaluació, a 301 estudiants se'ls havia passat pel cap la idea (tot i que no ho farien) de fer-se mal o de llevar-se la vida. Segons el PHQ-9, durant les dues setmanes anteriors a l'avaluació, 174 estudiants s'havien sentit molestos diversos dies per pensaments de que estarien millor morts o de fer-se mal d'alguna manera.

L'ascens desorbitat d'aquestes xifres ens fan tenir més en compte els punts de tall establerts per cada instrument. En aquest cas, les taxes obtingudes amb les diferents proves són força disperses, oscil·lant entre el 0,76% i el 23% segons l'instrument. Tot i així, sobre aquestes xifres s'han de tenir en compte dues limitacions. Per una banda, l'avaluació de la IA/S està feta mitjançant mesures d'autoinforme d'un sol ítem. Segons fonts recents, aquestes mesures poden dur a una sobreestimació de la prevalença (Millner et al., 2015). Per altra banda, el frasejat dels ítems és bastant heterogeni, donant lloc a definicions més i menys específiques de la IS, com sol passar a altres estudis (Mortier et al., 2017). Degut a això, en aquest treball fem referència a la Ideació Autolítica / Suïcida, com s'explica a l'apartat de Mètode, i igualem el tall dels tres ítems d'ideació a dos punts. Llavors, les taxes d'IA/S ens queden entre el 6% i el 11%, força semblant al 9% d'IS que obtingueren Blasco et al. (2018) entre els estudiants de primer any de diverses universitats de l'estat espanyol.

En relació a les variables sociodemogràfiques analitzades, no existeixen diferències significatives entre els homes i les dones de la mostra pel que fa al seu nivell d'IA/S. Aquestes dades són consistents amb les reportades per estudiants universitaris de la resta de l'estat (Blasco et al., 2018), però no amb el que indica la literatura quant a la prevalença de la

IS a població general que és molt més alta (ratio 1:3,5 a països occidental) a dones (WHO, 2014). Pel que fa a l'edat, s'ha trobat que els estudiants de menor edat són els que presenten majors puntuacions d'IA/S. Tot i així, els valors de correlació entre ambdues variables són força baixos i la distribució de les edats de la nostra mostra no està equilibrada, amb 3/4 dels estudiants compresos entre el 17 i els 22 anys.

El segon objectiu d'aquest treball fou el d'analitzar l'associació entre la ideació suïcida i, per una banda, la presència de simptomatologia ansiosodepressiva, i per altra, la possible presència de trastorns psicològics. Les dades obtingudes amb qualsevol dels mètodes d'anàlisi emprats fan compte d'una relació entre la IA/S dels estudiants i la simptomatologia ansiosodepressiva, com ja apunta la literatura existent (Banchmann, 2018; Cavanagh, et al., 2003; Chesney, et al., 2014; Gili et al., 2019; Ollers Adrover, 2019; Yoshimasu et al., 2008). A tall d'exemple, segons dades de l'ítem 15 del WSQ (tall a dos punts), del total de persones que presentaven IA/S (n=75), el 66,7% (n=50) eren possibles casos de trastorn d'ansietat o relacionat, segons les seves respostes a l'escala GAD-7. En canvi, dels que no tenien cap tipus d'ideació (n=1111), només el 34,9% (n=388) eren possibles casos de trastorn d'ansietat.

Seguint la línia de treballs anteriors (Auerbach et al., 2019; Blasco et al., 2018, Gili et al., 2019), les dades obtingudes en el nostre estudi ens diuen que els trastorns amb possible presència més estretament relacionats amb la IA/S dels nostres estudiants són els depressius, seguits pels d'ansietat. Si mirem percentatges, fins a un 14,3% dels casos potencials de trastorn depressiu presentaven algun tipus d'ideació, enfront d'un 0,3% dels que no eren potencials casos. Aquesta relació de percentatges és pareguda en els possibles casos de trastorn d'ansietat i en els de doble diagnòstic.

Limitacions de l'estudi

En primer lloc, volem destacar la generalització de les dades. Tot i comptar amb una mostra representativa d'estudiants procedents de totes les branques de coneixement

impartides a la UIB, la mostra d'aquest estudi no inclou estudiants de la facultat de medicina de la UIB. Aquesta falta pot tenir implicacions importants sobre les dades, ja que fonts de literatura recents col·loquen als estudiants de medicina com una població especialment en risc de presentar ideació i conducta suïcides (Rotenstein et al., 2016).

En segon lloc, l'avaluació dels trastorns ansiosodepressius ha estat mitjançant l'ús dels punts de tall a diversos instruments de cribatge psicopatològic. A més, no s'han avaluat per separat la possible presència de tots els diferents trastorns d'ansietat i relacionats. Destaca sobre això la heterogeneïtat de les dades recollides amb el macrodomini d'ansietat del WSQ, el qual inclou les puntuacions a les escales de tots els trastorns d'ansietat que avalua la prova.

En tercer lloc, com ja s'ha avançat, els tipus de mesura emprades per a l'avaluació de la IA/S estan compostes d'un sol ítem cadascuna. Segons apunten Millner et al. (2015), l'ús d'aquestes mesures pot comportar una sobreestimació de la prevalença. Amés, el frasejat dels ítems de suïcidi difereixen en la conceptualització de la variable. Dels tres ítems emprats, només dos fan referència a la IS (ítem 15 del WSQ i ítem 9 del PHQ-9). D'aquests dos, l'ítem 15 del WSQ és tal volta el més específic, amb una escala de resposta que avalua el grau de gravetat de la ideació. El PHQ-9, en canvi, avalua la freqüència en que es donen idees passives de mort.

Aquesta heterogeneïtat en l'enunciat dels ítems ja l'anoten Mortier et al. (2017) sobre la majoria d'estudis inclosos a la seva revisió. Tot i així, les taxes de prevalença i les relacions obtingudes al nostre estudi van en la mateixa direcció que les reportades en estudis com els d'Auerbach et al. (2018; 2019), on s'empen versions adaptades d'instruments d'avaluació com la SITBI (Nock, et al., 2007) i la C-SSRS (Posner et al., 2007). Són qüestionaris amb escales que ens permeten avaluar el constructe amb un rang més ample de puntuacions. Pel que fa a l'avaluació dels trastorns mentals, en aquests estudis s'empen

escales perteneixents a entrevistes diagnòstiques semiestructurades com la CIDI (Kessler i Üstun, 2004).

En últim lloc, les dades que podríem obtenir a dia d'avui tal vegada diferirien bastant de les de l'any acadèmic 2019-2020. Com ja s'ha mencionat a la introducció, sembla que la tendència actual de les temptatives suïcides pot estar anant a l'alça entre els joves de les illes (Tarragó, 2021). A diferents bandes del món, ja s'han notat canvis preocupants en el nivell de la simptomatologia ansiosodepressiva dels estudiants respecte a abans de la pandèmia (Pramukti et al., 2020; Pretorius, 2020; Rodríguez Hidalgo et al., 2020; Wang et al., 2020;). En concret a Espanya, els estudiants universitaris també han vist afectada la seva salut mental, especialment durant el confinament (Odriozola-González et al., 2020; Marques et al., 2021). Degut a això, algunes universitats ja han pres alguna mesura per pal·liar aquests afectes, com la Universitat del País Basc (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020).

Perspectives per futurs estudis

Tot i les limitacions en els tipus d'instrument emprats, les dades d'aquest estudi poden ser d'utilitat, juntament amb les de Mercadal Capó (2020), en la justificació del disseny de plans de prevenció de salut mental a la UIB, una pràctica ara força estesa entre les universitats. Encara i així, per a aquest objecte és necessària més investigació.

Les noves línies d'estudi poden incloure, a part del cribratge en salut mental, una segona fase d'avaluació pels subjectes que presentin IA/S. En ella es podria valorar, per una banda, la ideació i conducta suïcides mitjançant instruments específics, i per altra, factors de risc i de protecció relacionats amb la conducta suïcida.

Referències

- American College Health Association. (2009). American college health association-national college health assessment spring 2008 reference group data report (Abridged): the American college health association. *Journal of American college health: J of ACH*, 57(5), 477-488. <http://doi.org/10.3200/JACH.57.5.477-488>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Trad.; 5a ed.). Editorial Médica Panamericana (Original publicat 2013).
- Arias, S.A., Miller, I., Camargo, C.A., Sullivan, A.F., Goldstein, A.B., Allen, M.H., Manton, A.P., & Boudreaux, E.D. (2016). Factors associated with suicide outcomes 12 months after screening positive for suicide risk in the emergency department. *Psychiatric Services* 67(2), 206–213. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201400513>
- Auerbach, R.P., Alonso, J., Axinn W.G., Cuijpers, P., Ebert, D., Green, J.G., Hwang, I., Kessler, R.C., Liu, H., Mortier, P., Nock, M.K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N.A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L.H., Benjet, C., Caldas-de-Almeida, J.M., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J.M., ... Bruffaerts, R., (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 46, 2955–2970. doi:10.1017/S0033291716001665
- Auerbach, R.P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Crujpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D.D., Greif Green, J., Hasking, P., Murray, E., Nock, M.K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N.A., Stein, D.J., Villagut, G., Zaslavsky, & A.M., Kessler, R.C. on behalf of the WHO WMH-ICS Collaborators (2018). The WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and

Distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623-638.

<http://doi.org/10.1037/abn0000362>

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Grief Green, J., Hasking, P., Lee, S., Lochner, C., McLafferty, M., Nock, M. K., Petukhova, M V., Pinder-Amaker, S., Rosellini, A J., Sampson, N. A., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M ., Kessler R. C. on behalf of the HO WMH-ICS Collaborators (2019). Mental disorders comorbidity and suicidal thoughts and behaviors in the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), e1752. doi:10.1002/mpr.1752

Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(7), 1425.

<http://doi.org/10.3390/ijerph15071425>

Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M. & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405.

<http://doi.org/10.1017/S0033291702006943>

Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153-160.

<http://doi.org/10.1002/wps.20128>

Díez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2001).

Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 General Hospital Spanish Inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679–686. <http://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>

- Donker, T., Straten, A. Van, Marks, I., & Cuijpers, P. (2009). A Brief Web-Based Screening Questionnaire for Common Mental Disorders: Development and Validation. *Journal of Medical Internet Research*, *11*(3), 1–12. <http://doi.org/10.2196/jmir.1134>
- Duffy, M. E., Twenge, J. M., & Joiner, T. E. (2019). Trends in Mood and Anxiety Symptoms and Suicide-Related Outcomes Among U.S. Undergraduates, 2007-2018: Evidence From Two National Surveys. *Journal of Adolescent Health*, *65*, 590–598. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.04.033>
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Helfner, J. L. (2007). Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety and Suicidality Among University Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, *77*(4), 534-542. <http://doi.org/10.1037/0002-9432.77.4.534>
- Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., Cebrià, A.I., Gabilondo, A., Pérez-Ara, M.A., Lagares, C., Parés-Badell, O., Piqueras, J.A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Soto-Sanz, V., Alonso, & J., Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, *245*, 152-162. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>
- Hawton, K., Casañas, i, Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *147*(1-3), 17–28. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>
- Hernández-Calle, D., Martínez-Alés, G., Mediavilla, R., Aguirre, P., Rodríguez-Vega, B., & Bravo-Ortiz, M. F. (2020). Trends in psychiatric emergency department visits due to suicidal ideation and suicide attempts during the COVID-19 pandemic in Madrid, Spain. *The Journal of clinical psychiatry*, *81*(5), 0-0. <http://doi.org/10.4088/JCP.20113419>

- Irigoyen, M., Segovia, A. P., Galván, L., Puigdevall, M., Giner, L., De Leon, S. & Baca-García, E. (2019). Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: A survival analysis. *Journal of Affective Disorders*, 247, 20-28.
<http://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.050>
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*, 62, 593–602.
<http://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler R. C., Üstun T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 93–121. <http://doi.org/10.1002/mpr.168>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
<http://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Levis, B., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2019). Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ*, 365. <http://doi.org/10.1136/bmj.11476>
- Mercadal Capó, M. (2020). *Prevalença de manifestacions ansiosodepresives en estudiants de Grau de la Universitat de les Illes Balears*. [Unpublished doctoral dissertation]. Universitat de les Illes Balears.
- Millner A. J., Lee M. D. & Nock M. K. (2015). Single-Item measurement of suicidal behaviors: validity and consequences of misclassification. *PLoS ONE*, 10(10)
<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0141606>

- Mitchell, A. J., Yadegarfar, M., Gill, J., & Stubbs, B. (2016). Case finding and screening clinical utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) for depression in primary care: a diagnostic meta-analysis of 40 studies. *BJPsych Open*, 2(2), 127–138. <http://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.001685>
- Mortier, P., Cuijpers, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Kessler, R. C., & Bruffaerts, R. (2018). The prevalence of suicidal thoughts and behaviours among college students: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 48(4), 554-565. <http://doi.org/10.1017/S0033291717002215>
- Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self-injurious thoughts and behaviors interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19, 309-317. <http://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.309>
- Odríola-González, P., Planchuelo-Gómez, A., Iruñia, M. J., & de Luis-García, R. (2020). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Research*, 290, 113108. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>
- Ollers Adrover, M. A. (2019). *Caracterització de les tipologies dels intents de suïcidi i dels suïcidis consumats registrats a l'Observatori del Suïcidi de les Illes Balears* [Treball de fi de màster, Universitat de les Illes Balears]. UIBrepositori. <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/151037>
- Oquendo, M.A., Sullivan, G.M., Sudol, K., Baca-Garcia, E., Stanley, B.H., Sublette, E., & Mann, J.J. (2014). Toward a biosignature for suicide. *American Journal of Psychiatry* 171(12), 1259–1277. http://doi.org/10.1007/7854_2020_164

- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil Santamaría, M., Eiguren Munitis, A., & Picaza Gorrotxategi, P. (2020). Reduction of COVID-19 Anxiety Levels Through Relaxation Techniques: A study Carried Out in Northern Spain on a Sample of Young University Students. *Frontiers in Psychology, 11*. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02038>
- Pérez, V., Elices, M., Prat, B., Vieta, E., Blanch, J., Alonso, J., Pifarré, J., Mortier, P., Cebrià, A.I., Campillo, M.T., Vila-Abad, M., Colom, F., Dolz, M., Molina, C., & Palao, D. J. (2020). The Catalonia Suicide Risk Code: a secondary prevention program for individuals at risk of suicide. *Journal of affective disorders, 268*, 201-205. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.009>
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 164*, 1035–1043. <http://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035>
- Pramukti, I., Strong, C., Sitthimongkol, Y., Setiawan, A., Glorino, M., Pandín, R., Yeng, C., Lin, C., Griffiths, M. D., & Ko, N. (2020). Anxiety and Suicidal Thoughts During the Covid-19 Pandemic: Cross-Country Comparative Study Among Indonesian, Taiwanese, and Thai University Students. *Journal of Medical Internet Research, 22*(12), e24487. <http://doi.org/10.2196/24487>
- Pretorius, T. L. (2021). Depression among health care students in the time of COVID-19: the mediating role of resilience in the hopelessness-depression relationship. *South African Journal of Psychology, 0081246321994452*. <http://doi.org/10.1177/0081246321994452>
- Rodríguez-Hidalgo, A. J., Pantaleón, Y., Dios, I., & Falla, D. (2020). Fear of COVID-19, Stress, and Anxiety in University Undergraduate Students: A Predictive Model for

Depression. *Frontiers in Psychology*, *11*, 3041.

<http://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591797>

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta,

T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The mini-international neuropsychiatric

interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic

psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*

59(SUPPL. 20), 22–33.

Spitzer, R.L, Kroenke, K., & Williams, J.B. (1999). Validation and utility of a self-report

version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *Journal of American Medical*

Association, *282*, 1737-1744. <http://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J.B.W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for

assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, *166*(10),

1092-1097. <http://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

Tarragó, A. (2021, 22 de febrer). La pandèmia fa créixer els intents de suïcidi entre els joves

de les Illes. *AraBalears*. [https://www.arabalears.cat/societat/pandemia-creixer-intents-](https://www.arabalears.cat/societat/pandemia-creixer-intents-suicidi-joves_130_3878414.html)

[suicidi-joves_130_3878414.html](https://www.arabalears.cat/societat/pandemia-creixer-intents-suicidi-joves_130_3878414.html)

Wang, X., Hegde, S., Son, C., Keller, B., Smith, A., & Sasangohar, F. (2020). Investigating

mental health of US college students during the COVID-19 pandemic: cross-sectional

survey study. *Journal of medical Internet research*, *22*(9), e22817.

<http://doi.org/10.2196/22817>

World Health Organization (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. World Health

Organization. [https://www.who.int/mental_health/suicide-](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)

[prevention/world_report_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)

Yoshimasu, K., Kiyohara, C. i Miyashita, K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: Meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 13(5), 243-256. <http://doi.org/10.1007/s12199-008-0037-x>