



Universidad Internacional de La Rioja  
Grado Universitario en Criminología

---

# Análisis criminológico comparativo del Suicidio en España y el País Vasco entre 2007 y 2017

---

Trabajo de fin de grado presentado por: Gaspar RUIZ GONZÁLEZ

Titulación: Grado en Criminología

Línea de investigación: Ciencias Forenses y Criminalística

Director/a: Dra. Elisa Alfaro Ferreres

Ciudad: Leioa (BIZKAIA).

Fecha: 15/09/2019

Firmado por: Gaspar Ruiz González

*CATEGORÍA TESAURO: 3.1.2. Ciencias Forenses y Criminalística*





Fuente: Naia Ruiz Garrido, 3 años.

A mi hija

## AGRADECIMIENTOS

### A la vida.

A mi mujer, por ser como es, por ayudarme incondicionalmente, por apoyarme, por estar a mi lado, por amarme y compartir su vida conmigo.

A mis amigos y amigas, por prestar sus cinco sentidos a mis necesidades.

A mis suegros, por tratarme como a un hijo, y a mis cuñados, por hacerlo como hermanos.

Sin olvidar a mis tíos políticos: Alicia y Dámaso, Antonio y Asunción, a los que estimo sin medida. Cuando aprendemos juntos, las horas se convierten en segundos.

A mi directora de TFG Elisa Alfaro, porque siempre ha animado mi tarea, y por su comprensión, dedicación y paciencia.

A mis compañeros de trabajo Martín, Ana, Alberto y Manu.

A mis compañeros de UNIR, especialmente a Carlos, Encarni y Miren Karmele, con los que arranqué la carrera, y a María José y Alain con los que espero terminarla.

A todos los tutores de UNIR que han pasado por mi teléfono a lo largo de este costoso camino, y especialmente a Nerea Nalda por su enorme paciencia.

A cada uno de los Profesores que han hecho que este sueño sea posible, y muy especialmente a Elisa Ruiz-Tagle: «*Creo que llevas una evolución excelente; te soy sincera: de seguir así puedes, en esta asignatura, ir a por la MH. De verdad, sigue así*»; y a Eva Gallego: «*Es la primera vez que no hay suspensos en una convocatoria de Psiquiatría Forense, tal vez tus resúmenes han tenido algo que ver*». Ambas me han expresado así su plena confianza en que podía lograrlo, y sus palabras han contribuido al éxito.

### Gracias

#### **Cómo citar este trabajo:**

RUIZ GONZÁLEZ, G. Análisis criminológico comparativo del Suicidio en España y el País Vasco entre 2007 y 2017. Dir. Dra. Elisa Alfaro Ferreres. Universidad Internacional de la Rioja (UNIR), Facultad de Derecho, La Rioja, 2019.

## ÍNDICE

I.	RESUMEN .....	1
II.	INTRODUCCIÓN .....	2
	1. Justificación del TFG	2
	2. Objetivos del TFG	2
	3. Planteamiento del TFG	3
III.	MARCO TEÓRICO .....	3
	1. Análisis histórico del suicidio	3
	<b>1.1.La Antigua Grecia (1200 a.C. - 146 a.C.)</b>	<b>4</b>
	<b>1.2.El Imperio Romano (27 a. C. - 476 d. C.)</b>	<b>5</b>
	<b>1.3.La Edad Media (S. V – S. XV)</b>	<b>5</b>
	<b>1.4.La Edad Moderna y Contemporánea (S. XV – actualidad)</b>	<b>6</b>
	2. Estado del Arte.	7
	<b>2.1.Concepto del suicidio en el presente. ¿Qué es?</b>	<b>7</b>
	<b>2.2.Conductas relacionadas con el suicidio</b>	<b>8</b>
	<b>2.3.Clasificación de los fenómenos suicidas</b>	<b>9</b>
	<b>2.4.Etiología del suicidio. Factores asociados a la conducta suicida.</b>	<b>11</b>
	2.4.1. <i>Factores de riesgo</i>	11
	2.4.2. <i>Factores precipitantes</i>	13
	2.4.3. <i>Factores de protección</i>	14
	<b>2.5.¿Qué métodos se utilizan para cometer el suicidio?</b>	<b>15</b>
	<b>2.6.¿Cuáles son las falsas creencias sobre el suicidio?</b>	<b>16</b>
	<b>2.7.Dificultades de la detección del suicidio. Señales de alerta.</b>	<b>19</b>
	2.7.1. <i>Señales físicas o de comportamiento</i>	20
	2.7.2. <i>Señales verbales</i>	20
	<b>2.8.Cómo actuar ante el suicidio</b>	<b>21</b>
	2.8.1. <i>Psicogénesis de la conducta suicida</i>	21

---

2.8.2. <i>¿Qué hacer y qué NO hacer?</i>	22
<b>2.9. Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)</b>	<b>23</b>
2.9.1. <i>Efecto de las TIC. Efecto Papageno y Efecto Werther.</i>	25
<b>IV. HIPÓTESIS, OBJETIVO ESPECÍFICO Y METODOLOGÍA .....</b>	<b>27</b>
1. Hipótesis	27
2. Objetivo específico	27
3. Metodología	27
3.1. Consulta de información	27
3.2. Análisis de datos	28
<b>V. RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
1. Evolución histórica del suicidio	29
1.1. Estudio sobre los totales	29
1.2. Estudio por sexo	31
1.3. Estudio por grupos de edad y sexo	32
2. Evolución relativa del suicidio	33
2.1. Estudio sobre los totales	33
2.2. Estudio por sexo	34
2.3. Estudio por grupos de edad y sexo	36
3. Métodos del suicidio	38
3.1. Estudio sobre los totales en España y País Vasco	38
3.2. Estudio por sexo en España y País Vasco	39
3.3. Estudio por grupos de edad y sexo	40
4. Evolución del suicidio por meses para el periodo 2007-2017	40
4.1. Estudio sobre los totales en España y País Vasco	40
4.2. Estudio por sexo en España y País Vasco	41
4.3. Estudio por grupos de edad y sexo	41
5. Estudio comparativo Suicidios totales vs Accidentes de tráfico	42

6. Estudio comparativo Tasa de suicidio vs PIB	43
7. Estudio comparativo Tasa de suicidio vs Tasa de paro	43
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	44
VII. CONCLUSIONES .....	47
1. Limitaciones y Prospectiva	48
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	50

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Suicidios totales, periodo 2007-2017 por Comunidades y Ciudades Autónomas	29
Gráfico 2. Promedio de la totalidad de suicidios (2007-2017) por Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas	30
Gráfico 3. Datos del periodo 2007-2017 diferenciado por sexo para España y País Vasco	31
Gráfico 4. Distribución del promedio de suicidios para el periodo 2007-2017 entre diferentes rangos de edad y sexo	32
Gráfico 5. Distribución porcentual de suicidios para el periodo 2007-2017 entre diferentes rangos de edad y sexo	32
Gráfico 6. <i>Ranking</i> anual del País Vasco respecto al resto de Comunidades	33
Gráfico 7. Datos promedio para el periodo 2007-2017	34
Gráfico 8. Posición que ocupa anualmente el País Vasco por sexo respecto al resto de Comunidades	35
Gráfico 9. Número de suicidios promedio para cada rango de edad relativos al tamaño de la población correspondiente	36
Gráfico 10. Suicidios totales distribuidos por meses	40
Gráfico 11. Suicidios totales por sexo distribuidos por meses	41
Gráfico 12. Comparativa de número de fallecidos por suicidio y accidente de tráfico	42
Gráfico 13. Comparativa entre la tasa de suicidio y el PIB	43
Gráfico 14. Comparativa entre la tasa de suicidio y la tasa de paro	44

### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Categorías del suicidio según Durkheim (1897)	9
Tabla 2.	Categorías del suicidio según Rojas (1984)	10
Tabla 3.	Qué hacer y qué NO hacer por la primera persona que actúa	22
Tabla 4.	Qué hacer y qué NO hacer por el equipo de negociación	23
Tabla 5.	Qué hacer y qué NO hacer a la hora de reportar un suicidio	24
Tabla 6.	Número totales de suicidios en España y País Vasco por años	30
Tabla 7.	Número totales de suicidios en España y País Vasco por años	31
Tabla 8.	Porcentaje que representa cada método sobre el total.	38
Tabla 9.	Porcentaje que representa cada método sobre el total. Eliminando métodos.	38
Tabla 10.	Porcentaje que representa cada método sobre el total. Sexo.	39
Tabla 11.	Porcentaje que representa cada método sobre el total. Eliminando métodos.	39

### ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1.	Conductas relacionadas con el suicidio	8
----------------	--	---

### ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1.	Estudios gráficos de correlación
ANEXO 2.	Gráficos de distribución relativos a los métodos
ANEXO 3.	Metódica del suicidio por grupo de edad y sexo
ANEXO 4.	Evolución del suicidio por meses, grupos de edad y sexo

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

Art.	Artículo
APA	<i>American Psychological Association</i>
CCAA	Comunidades Autónomas
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión
CP	Código Penal
DGT	Dirección General de Tráfico
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> , 5ª Edición
<i>et al.</i>	Expresión latina <i>et alii</i> , que significa «y otros»
EUSTAT	<i>Euskal Estatistika Erakundea</i>
Hab.	Habitante
INE	Instituto Nacional de Estadística
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIB	Producto Interior Bruto
RAE	Real Academia Española
TFG	Trabajo de Fin de Grado
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHO	<i>World Health Organization</i> (OMS)

## I. RESUMEN

Se podría decir que el suicidio ha existido desde el principio de la vida, incluso en el reino animal se produce, y a pesar de que a lo largo de la historia ha ido cambiando su percepción, no es hasta el S. XIX cuando comienza a tratarse desde las ciencias de la conducta. Hoy en día, el suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte violenta en el mundo. A pesar de esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanza el mensaje de que este es prevenible identificando los grupos de riesgo, la pronta intervención y el tratamiento adecuado; pero no es menos cierto que al deberse a una multicausalidad, es extremadamente difícil realizar protocolos realmente adecuados que ayuden a rebajar las tasas de suicidio.

**Palabras clave:** Suicidio, Epidemiología, España, País Vasco.

## ABSTRACT

One could say that suicide has existed since the beginning of time, it occurs even in the animal kingdom. Although its perception has changed throughout history, it was not until the 19th century that begins to be studied by the behavior a sciences. According to World Health Organization (WHO) suicide can be prevented by identification of risk groups, prompt intervention and appropriate treatment. Nevertheless, because of multicausality, it is extremely difficult to create appropriate protocols to reduce Suicide rates.

**Keywords:** Suicide, Epidemiology, Spain, Basque Country.

## II. INTRODUCCIÓN

### 1. Justificación del TFG

El suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en nuestro país y sin embargo la disponibilidad de información que permita establecer planes de prevención eficaces está limitada por la poca disponibilidad de datos y, sobretodo, por la falta de interrelación o comunicación entre los diferentes estamentos implicados.

Se debe remarcar que los datos reflejan que el impacto del acto suicida en la sociedad posee una entidad muy notoria y no por ello acarrea la repercusión que debiera.

A nivel mundial, según los datos expuestos por la OMS a fecha del año 2019, cerca de 800.000 personas se quitan la vida en el mundo al año, lo que supone unas 2.200 personas al día, 91 personas a la hora, o lo que es lo mismo, una persona cada 40 segundos. La OMS advierte que detrás de cada suicidio consumado hay una alta tasa de tentativa; así como que, entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante.

En España, según datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística (INE), durante el año 2017, con una población a 1 de enero de 2018 de 46.658.447 hab., se quitaron la vida 3.679 personas, lo que equivaldría a 10 muertes al día, 1 muerte cada dos horas. Lo que supone 7,88 suicidios por cada 100.000 hab.

En el caso del País Vasco, según datos extraídos del INE, durante el año 2017, con una población a 1 de enero de 2018 de 2.170.868 hab., se quitaron la vida 183 personas, lo que equivaldría a 1 muerte cada dos días. Lo que supone 8,43 suicidios por cada 100.000 hab.

Lo que nos interesa en este trabajo es estudiar el motivo por el que las personas desean dejar de vivir, y, por otro lado, comparar si las diferentes políticas de prevención dentro de un propio Estado pueden hacer que la tasa de suicidio se vea afectada, o si por el contrario lo que propicia el suicidio es un compendio de muchos factores, de modo que las diferencias culturales, económicas o de latitud no afectarían tanto a las tasas de suicidio.

### 2. Objetivos del TFG

Nuestro objetivo general es el análisis de la fenomenología suicida y el conocimiento de sus posibles causas, así como de las creencias que rodean al suicidio.

Nuestro objetivo específico es conocer la evolución que ha sufrido el suicidio en España y el País Vasco, y, a través de una comparativa estadística, apreciar la existencia de

diferencias significativas que pudieran haberse visto influenciadas por la diferente gestión de los Gobiernos correspondientes, Central y Autonómico.

### 3. Planteamiento del TFG

Entre los diferentes capítulos que posee el TFG se hace distinción de cuatro grandes bloques. Por una parte, en el capítulo III, relativo al Marco Teórico, trataremos de dar ciertas pinceladas sobre el estado del arte del suicidio. Abordaremos, entre otros temas, la etiología suicida, los métodos utilizados para consumar el suicidio, cuáles son las creencias sobre el mismo, las dificultades para detectarlo anticipadamente, cómo actuar o no actuar ante un hecho suicida y qué papel cumplen los medios en su propagación o disminución.

A continuación, en el capítulo IV, «Hipótesis, objetivo específico y metodología» junto con el capítulo V, «Resultados», se realizará un estudio estadístico comparativo que nos permita contrastar los datos sobre el suicidio en España y el País Vasco, desde las siguientes variables: edad, sexo, métodos, meses en los que se lleva a cabo; así como la correlación entre los índices de suicidio y los de accidentes de tráfico, los de paro, y el Producto Interior Bruto (PIB).

Otro de los grandes bloques es el capítulo VI, «Discusión y Análisis», donde valoraremos las diferentes respuestas sobre el suicidio, centrándonos, sobre todo, en el objetivo específico del presente trabajo.

Finalmente, en el capítulo VII, «Conclusiones», haremos hincapié en las que hemos ido extrayendo a lo largo de la elaboración de nuestro trabajo, dividiéndolas en conclusiones generales y conclusiones específicas, y dedicando un epígrafe a las limitaciones encontradas a la hora de abordar nuestra tarea, así como a la prospectiva sobre el fenómeno.

## III. MARCO TEÓRICO

### 1. Análisis histórico del suicidio

La muerte violenta de etiología suicida –poner fin a la propia vida voluntariamente– ha sido a lo largo de la Historia tratada con incertidumbre. De hecho, no está estrictamente claro ni la procedencia de la palabra suicidio, ni a qué periodo de la Historia se le puede atribuir su aparición. Para MINOIS (1999), citado por AMADOR RIVERA (2015, p. 92), se podría establecer su existencia desde las primeras civilizaciones, ya que esta conducta resultaba necesaria para la supervivencia del propio poblado. Las personas que podrían

comprometer la integridad del grupo (personas de avanzada edad, con alguna discapacidad o enfermos) debían abandonarlo, incrementando así las posibilidades de sobrevivir del resto, que dispondrían de más recursos.

Hoy en día es objeto de estudio desde diversas disciplinas y/o ciencias: filosofía, psiquiatría, psicología y sociología. Estas buscan, a través de diferentes estudios analíticos, la explicación, la justificación, la clasificación y la prevención del suicidio, sin perder de vista a las personas que sobreviven, a los familiares y personas cercanas.

En el suicidio se puede observar una verdadera transgresión de la norma y la paz social, ya se entiendan las normas como mandatos divinos, como convenciones humanas, o como derivadas de la propia constitución natural o biológica del hombre. Aun así, el libre albedrío puede conducir a dicha transgresión, ya que capacita al ser humano para elegir, incluso para la elección extrema de querer vivir o, por el contrario, querer acabar con su vida. Para poder visualizarlo, daremos un breve paseo a través de cientos de años de Historia, que nos permitirán descubrir cómo la idea del suicidio y la respuesta al mismo han ido variando con los años.

### **1.1. La Antigua Grecia (1200 a.C. - 146 a.C.)**

Como explica SALMAN ROCHA (2011, p. 19) los primeros autores que hablaron de forma directa sobre el suicidio fueron Heródoto, Homero, Pausanias, Píndaro y Xenófón, aunque no utilizaban este término en sus escritos. En su lugar empleaban expresiones metafóricas que describían la forma y la causa de la muerte con más o menos detalle.

Para SALMAN ROCHA (2011, p. 24) y AMADOR RIVERA (2015, p. 92) en la Antigua Grecia los diferentes autores de la época hacían distintas consideraciones respecto al suicidio, independientemente de lo establecido por la Ley. Por ejemplo, mientras Platón (427 a.C. - 347 a.C.) creía que había excepciones en las que se podría admitir el suicidio (castigo autoimpuesto, enfermedad o amor), Aristóteles (384 a.C. - 322 a.C.) pensaba que se trataba de una acción cobarde que iba en contra de los intereses sociales, considerando que el individuo podría aportar siempre beneficio a la sociedad en algún momento de su vida. Así, no se consideraba del mismo modo el suicidio cometido por el poderoso o el encumbrado, en lo político o en lo económico, que el cometido por el pueblo llano. En el primer caso, se podría hasta producir una sutil aceptación y admiración hacia el suicida. En el segundo caso, se aplicaba de forma implacable la ley, como explica MINOIS (1999), citado

por AMADOR RIVERA (2015, p. 92), lo que podría suponer que el cadáver fuera mutilado, que sus cuerpos se enterraran de forma aislada o, incluso, que la familia quedara deshonrada.

### **1.2. El Imperio Romano (27 a. C. - 476 d. C.)**

AMADOR RIVERA (2015, p. 93) cita a MINOIS (1999) el cual expone que durante este periodo se pueden distinguir dos etapas, representadas por dos autores bien diferenciados. Por una parte, Cicerón (106 a.C. - 43 a.C.) que condenaba el suicidio, pero lo excusaba en ciertos casos, e incluso lo eximía de castigo, si era por heroísmo, amor, abnegación o la defensa del honor. Y por otro lado, mucho más estricto, Constantino I (290-337) que penalizaba el acto de suicidarse y estableció medidas preventivas duras, como por ejemplo que los bienes de la familia fueran confiscados, de modo que el Estado se viera compensado por la muerte del individuo.

### **1.3. La Edad Media (S. V – S. XV)**

Dentro de la Edad Media se debe tener en cuenta la influencia que la religión cristiana, que marcó acusadamente este período, tenía en el pensamiento. La iglesia católica recurrió siempre al miedo para frenar el suicidio; lo consideraba uno de los pecados más graves, merecedor de los peores castigos, puesto que el derecho sobre la vida y la muerte estaba reservado únicamente a Dios. Acabar con la vida de uno mismo era considerado más grave que el homicidio, ya que el homicida tenía la posibilidad de arrepentirse, confesarse, hacer penitencia, ser perdonado y salvar su alma; es decir, tenía ocasión de lograr su salvación; el suicida, en cambio, expiraba con la culpa y sin arrepentimiento ni perdón. Estas fuertes creencias acabaron reflejadas en las leyes civiles, que fueron aplicadas de forma muy rigurosa durante siglos y marcaron el efecto social de los suicidios.

Como ejemplo destaca el Concilio de Toledo, celebrado en el año 693, que ordenaba que aquellos que intentaran suicidarse sin éxito fueran excomulgados y que ni siquiera tras confesión se les otorgara el perdón, de modo que los suicidas quedaban en la escala social incluso en peor posición que los asesinos.

Como no podía ser de otra forma, y recordando etapas anteriores de la Historia, no todo hecho suicida iba a ser considerado de igual manera. Así, como expone AMADOR RIVERA (2015, p. 93), Dante Alighieri (1265-1321) distinguía entre las «almas nobles», que irían al limbo, y el resto, que irían directas al infierno. Por su parte, Erasmo (1466-1536)

consideraba el suicidio como la forma de librarse a sí mismo del «agobio de la vida». Según expone MORIN (2001, p. 184), La Séptima Partida de Alfonso X El Sabio de Castilla (1491) consideraba a los suicidas como desesperados, por no darse una oportunidad antes de condenarse a sí mismos.

Siguiendo a WRIGHT (1990 p. 152), aun habiendo pasado los siglos, la forma de castigar el suicidio no fue cambiando, y la profanación del cadáver comenzó a ser habitual, arrastrando el cuerpo por las calles. En tales profanaciones se llegaba al extremo de dejar insepulto el cadáver, clavarle astillas en el corazón e incluso colgarlo a la intemperie hasta su descomposición o hasta que fuera devorado por los animales. Estos actos fomentaban un temor supersticioso, hasta tal punto, que si la muerte había ocurrido en una casa, el cuerpo era sacado por la ventana en vez de por la puerta o, a tal fin, se abría un boquete en la pared.

#### **1.4. La Edad Moderna y Contemporánea (S. XV – actualidad)**

Los nuevos pensamientos fueron conformando una nueva sociedad. Comenzaba a vislumbrarse lo que se denomina Edad Contemporánea (finales S. XVIII - actualidad). Gracias a la influencia de intelectuales como Hume (1711-1776), Montesquieu (1689-1755) o Voltaire (1694-1778), el suicidio dejó de ser penalizado, pues ellos encontraban justificada esta determinación a la propia muerte, sobre todo ante la existencia de graves sufrimientos. A pesar de ello, la censura de estos actos seguía siendo algo muy destacable, sobre todo por parte de las autoridades religiosas. Según PÉREZ JIMÉNEZ (2011, p. 41), de la brujería se pasa a la locura como explicación de lo inexplicable.

Como indica AMADOR RIVERA (2015, p. 94), sociólogos y médicos empezaron a elaborar estudios estadísticos y a revisar las implicaciones de esta conducta. Siguiendo a SALMAN ROCHA (2011, p. 64), Pinel (1745-1826), en 1801 consideraba que las tendencias suicidas estaban relacionadas con la locura, por lo que tanto el suicida frustrado como el loco debían ser sometidos al mismo tratamiento («curas» consistentes en ser atados, asilados, privados de agua y/o comida, o sometidos a las máquinas giratorias). Esta nueva visión, más iluminista, supuso un cambio de paradigma que se fue afianzando posteriormente, alcanzando su máxima expresión con la publicación en 1897 del libro «*Le Suicide*» de Émile Durkheim (1858-1917).

Años, más tarde, ya en el siglo XXI autores como JOINER (2007) y CHÁVEZ-HERNÁNDEZ y LEENAARS (2010), citados por AMADOR RIVERA (2015, p. 94), aceptan que existe un daño en el cerebro del suicida, es decir, que se trata de un cerebro enfermo.

Aun así, hoy en día, y a pesar de que en España el suicidio no está penalizado, sigue siendo un estigma, tanto para las personas que han sucumbido a la tentativa de suicidio como para los familiares y allegados del suicida; sigue siendo, pues, algo vergonzoso, sobre lo que se suele guardar secreto.

## 2. Estado del Arte.

### 2.1. Concepto del suicidio en el presente. ¿Qué es?

Como se ha expuesto con anterioridad, el término suicidio no tiene una procedencia clara; a pesar de ello, indicamos a continuación cómo lo delimitan o lo definen diferentes autores, así como la Real Academia Española (RAE):

- MAYO (1992), citado por GIL (2012, p. 18), dice que en el suicidio se cumplen los cuatro requisitos siguientes:
  - Hay resultado de muerte.
  - Es llevada a cabo por uno mismo.
  - El sujeto del suicidio puede ser activo o pasivo.
  - Su finalidad es la autodestrucción.
- Para MARCHIORI (2000, p. 1) es un comportamiento intencional autodestructivo realizado por un sujeto en un período de su vida muy sensible.
- La RAE aporta la etimología del término suicidio<sup>1</sup>, así como dos acepciones. En cuanto a la etimología, expone: «*Del lat. mod. suicidium, y este del lat. sui 'de sí mismo' y -cidium '-cidio'*». En cuanto a las acepciones, es natural que un diccionario las indique muy brevemente, sin hacer aclaraciones: «Acción y efecto de suicidarse» es la primera de las acepciones, y «Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza» la segunda. Al definir la forma reflexiva «suicidarse»<sup>2</sup>, la RAE lo aclara mejor: «Quitarse voluntariamente la vida». Dada la connotación jurídica que posee la muerte, y por tanto el suicidio, es preciso concretar

<sup>1</sup> Diccionario de la lengua española. Definición de suicidio. Recuperado el 21 de septiembre de 2019 de <https://dle.rae.es/?w=SUICIDIO>

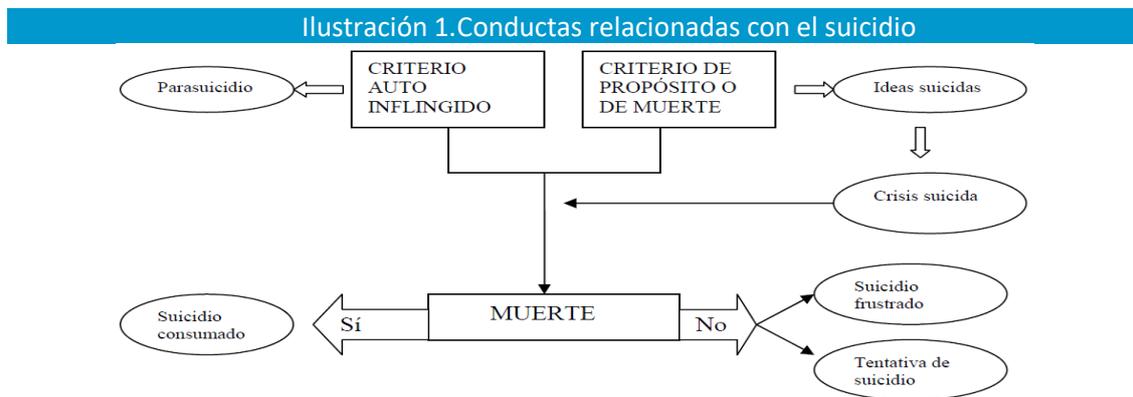
<sup>2</sup> Diccionario de la lengua española. Definición de suicidarse. Recuperado el 21 de septiembre de 2019 de <https://dle.rae.es/?w=suicidarse>

la definición con el resultado que arroje el Diccionario del español jurídico. Este expone que suicidio es el «Acto voluntario por el que una persona pone fin a su existencia»<sup>3</sup>.

- Para GUTIÉRREZ-GARCÍA, CONTRERAS y OROZCO-RODRÍGUEZ (2006, p. 66-74), es el acto de matarse en forma voluntaria. En él intervienen tanto el acto suicida como los pensamientos suicidas (ideación suicida). Los suicidios pueden clasificarse como:
  - Actos fatales o suicidio consumado.
  - Intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio.
  - Intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica.

## 2.2. Conductas relacionadas con el suicidio

Como expone ECHÁVARRI (2010, p. 2), se deben definir una serie de conceptos directamente involucrados en el acto del suicidio.



Fuente: ECHÁVARRI (2010).

**Parasuicidio:** también denominado «Gesto suicida». Se trata de conductas voluntarias e intencionales para producirse daño físico y/o dolor. La intención no es la muerte, sino que tiene que ver con el deseo de conseguir algo (más cariño, que la pareja no le abandone, un empleo, etc.).

**Ideas suicidas:** aún no se ha producido un daño físico contra sí mismo, pero entre las alternativas que el sujeto puede tener para solucionar su situación problemática está presente el suicidio. No tiene aún una idea clara ni de cómo ni de cuándo llevarlo a cabo.

<sup>3</sup> Diccionario del español jurídico. Definición de suicidio. Recuperado el 21 de septiembre de 2019 de <https://dej.rae.es/lema/suicidio>

**Crisis suicida:** de entre todas las alternativas de que la persona disponía para solucionar la situación problemática, el suicidio comienza a tomar protagonismo.

**Suicidio consumado:** dos son los elementos que integran la conducta suicida: Criterio Autoinfligido (propia acción violenta) y Criterio de Propósito (muerte como un fin). La forma en la que se presenta la conducta suicida puede estar determinada por la presencia de uno o de ambos criterios. Cuando el Criterio de Propósito y el Criterio Autoinfligido se suman, se establece un plan de acción con diferentes niveles de elaboración. Si la puesta en práctica de este plan tiene «éxito», conduce a la muerte del sujeto.

**Suicidio frustrado:** acto llevado a cabo con la voluntad real de producirse la propia muerte que, por circunstancias externas no previstas, no acaba con la vida del sujeto. No es por lo tanto un parasuicidio, ya que en el suicidio frustrado sí que hay una intención real de muerte. Sirva como ejemplo el caer sobre las cuerdas de un tendedero al arrojarse por una ventana.

**Tentativa de suicidio:** conducta cuyo objetivo es la propia muerte. Para lograr el propósito la persona no emplea los medios adecuados y por lo tanto el sujeto no consigue acabar con su vida. El suicidio se puede quedar en tentativa por varios motivos: carecer de una decisión real de suicidio o el empleo de medios «blandos». No existe conexión entre el Criterio de Propósito y el Criterio Auto Infligido.

### 2.3. Clasificación de los fenómenos suicidas

Los suicidios se pueden clasificar de forma diversa. En este trabajo, con objeto de simplificar dichas clasificaciones, que pueden llegar a ser muy complejas y contener, a veces, conceptos opuestos entre sí, se ha optado por revisar las clasificaciones de DURKHEIM (1897) y ROJAS (1984), citados por ECHÁVARRI (2010, p. 2). A continuación se presentan las distintas categorías establecidas por ambos autores de forma tabulada y resumida.

Tabla 1. Categorías del suicidio según Durkheim (1897)

Categoría de suicidio	Descripción
Egoísta	El individuo no tolera las exigencias sociales y sus reglas. Carencia de interés social.
Altruista	El individuo está comprometido con los principios y fines colectivos. Excesivo sentido del deber. El suicidio se presenta como acto digno de respeto o meritorio.
Anómico	El individuo sufre una fuerte crisis religiosa, social o ética. Es más frecuente en sociedades permisivas que en otras más severas y rígidas.

Fuente: elaboración propia a partir de ECHÁVARRI (2010)

Tabla 2. Categorías del suicidio según Rojas (1984)

Categoría de suicidio	Descripción	
Según su etiología	Psicótico	Ocurre durante una crisis psicótica (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.). Existe una desconexión con el entorno y la realidad.
	Depresivo	Ocurre durante una depresión mayor.
	Psicodisplásico	Ocurre en individuos con una personalidad psicopática con gran agresividad hacia su persona.
	Neurótico	Ocurre en casos en los que la intencionalidad suicida es escasa. En esta categoría se encuentran la mayor parte de los casos de parasuicidio.
	Social	Ocurren en aquellos casos en los que los factores sociales son de gran relevancia para el individuo.
	Filosófico	Ocurre en casos en los que no existe enfermedad psíquica. Se trata de un proceso reflexivo que concluye en la falta de sentido existencial.
Según la forma	Impulsivo	Ocurre de forma inesperada sin que existan indicios de las intenciones.
	Obsesivo	Ocurre en aquellos casos en los que el pensamiento suicida aparece en el individuo de forma reiterada sin poder rechazarla. Existen indicios de los propósitos suicidas.
	Reflexivo	Ocurre en individuos en los que la idea es reflexionada hasta tal punto que su propia muerte adquiere un valor en sí misma.
	Histriónico	Ocurre en casos en los que el individuo pretende llamar la atención con gran teatralidad para lograr ciertos objetivos. Etiología neurótica.
	Asistido	Eutanasia.
	Indirecto	Ocurre en casos en que el individuo, voluntariamente, se coloca en situaciones de riesgo o peligro siendo terceras personas las que de forma involuntaria ponen en marcha los mecanismos de muerte.
	Racional	Ocurre en casos en los que un individuo enfermo decide fríamente poner fin a su vida.
	Irracional	Suicidio impulsivo.
	Silencioso	Ocurre cuando el individuo utiliza medios no violentos como el consumo de alcohol y drogas, que enmascaran la intención suicida.
	Ampliado	Ocurre cuando el individuo da muerte a otros antes de suicidarse. Típico de enfermos depresivos graves y, con frecuencia, sobre hijos y cónyuges.
Imitativo	A pesar de que el autor tomado como referencia no lo cita, debemos mencionar este tipo de suicidio. Está directamente relacionado con el efecto Werther, por lo que será objeto de profundización en el apartado 2.9.1.B).	

Fuente: elaboración propia a partir de ECHÁVARRI (2010)

## 2.4. Etiología del suicidio. Factores asociados a la conducta suicida.

Según recoge la Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi (2019) podemos establecer diferentes factores asociados a la conducta suicida: factores de riesgo, factores precipitantes y factores protectores.

### 2.4.1. Factores de riesgo

Variable mensurable de la persona que hace aumentar la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Por factores de riesgo de la conducta suicida, se entienden aquellos que influyen en la suicidalidad de una persona. Estos factores se pueden diferenciar en factores endógenos (individuales) y en factores exógenos (socio-familiares o contextuales).

#### A) Factores endógenos o individuales

- Problemas de salud mental

Según publica MANN *et al.* (2005, p. 2064-2074), en los estudios de suicidios consumados, realizados mediante autopsia psicológica, el 90% de los sujetos padecían un trastorno mental.

- Factores psicológicos y rasgos de personalidad

Para BREZO, PARIS y TURECKI (2006, p. 180-206), la desesperanza es otro factor muy importante: es expresada por el 91% de los pacientes con conducta suicida.

El perfeccionismo, como explica SMITH *et al.* (2018, p. 522-542), es parte de la personalidad premórbida de las personas propensas a la ideación e intento de suicidio.

Para JOINER JR, BROWN y WINGATE (2005, p. 287-314), los actos impulsivos repetidos previos pueden hacer que una persona con tendencias e ideación suicida se vuelva más experimentada, audaz y competente con respecto al suicidio y, por lo tanto, sea capaz de planificarlo mejor.

- Enfermedad física o discapacidad

Ejemplo de ello: CATALÁN *et al.* (2011, p. 588-611) exponen que la ideación suicida aparece con relativa frecuencia entre pacientes con infección por VIH.

- Factores genéticos

Diferentes estudios dan como resultado una vinculación entre polimorfismos genéticos y la conducta suicida; los resultados más sólidos apoyan la asociación con la variante TPH1-rs1800532 llevado a cabo por BELLIVER, CHASTE y MALAFOSE (2004, p. 87-

91), SLC6A4-5-HTTLPR por CLAYDEN *et al.* (2012), COMT-rs4680 por KIA-KEATING, GLATT y TSUANG (2007, p. 1048-1053) y BDNF-r6265 llevado a cabo por ZAI *et al.* (2012, p. 1037-1042).

- Edad

Los índices de suicidio en la adolescencia y juventud son mayores que en la infancia; son del 6% y 2,3% respectivamente según exponen LEWINSOHN, ROHDE y SEELEY (1996, p. 25-46). Para PEARSON y CONWELL (1995, p. 131-136), entre los varones de alrededor de 75 años, se da una tasa mayor de suicidio consumado, mientras que la ideación suicida es mayor en las personas más jóvenes, como expone DUBERSTEIN *et al.* (1999, p. 289-296).

- Sexo

Para LESTER (1970, p. 61-62) y EARLS (1987, p. 1-23), los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres, y también la ideación suicida, unas 3-4 veces mayor que en los varones; mientras que el suicidio consumado es 2-4 veces mayor en los hombres.

## B) Factores exógenos o socio-familiares y contextuales

- Historia familiar de suicidio

Los menores expuestos a la conducta suicida de su padre o madre son cuatro veces más propensos a intentar el suicidio en comparación con los no expuestos. Los adolescentes que experimentan el intento de suicidio de una persona de la familia son más propensos a consumir marihuana, a consumos de riesgo de alcohol, a tener ideas e intentos suicidas, a verse envueltos en peleas y a tener mayores sentimientos de desesperanza, según exponen CEREL *et al.* (2016, p. 2327-2336).

- Falta de apoyo socio-familiar

Como sostienen MELTZER *et al.* (2002), el suicidio se da mayoritariamente entre varones que viven solos, solteros, divorciados o viudos.

- Nivel socioeconómico y situación laboral

Según expone LI *et al.* (2011, p. 608-616), en relación con los factores socioeconómicos, en los varones el mayor riesgo asociado es tener un trabajo de baja cualificación, escasos logros académicos y un bajo nivel de ingresos salariales. En las mujeres el riesgo está asociado con estar desempleada, bajo nivel educativo y bajo nivel de ingresos económicos.

Para YOSHIMASU *et al.* (2008, p. 243-256), se puede apreciar una relación entre el desempleo y el suicidio, incrementándose 2-3 veces el riesgo de suicidio cuando existen eventos estresantes como la pérdida de empleo, desempleo de larga duración o la jubilación.

#### 2.4.2. Factores precipitantes

Los factores precipitantes son eventos que pueden acarrear estrés intenso en un momento concreto de la vida del individuo.

- Acontecimientos vitales estresantes

Como explican ADAM, SHELDON-KELLER y WEST (1996, p. 264), normalmente en el mes previo al suicidio o tentativa se experimenta una elevada incidencia de acontecimientos vitales estresantes.

- Desesperanza

Es uno de los factores con más peso: En la escala de Beck, BECK *et al.* (1974, p. 861), el 91% de los pacientes con conducta suicida expresan desesperanza.

- Acoso escolar «*bullying*»

El acoso tiene efectos en la salud mental principalmente de niños, niñas y jóvenes. Se ha demostrado que el acoso escolar está asociado con la ideación suicida (probabilidad 2,79) y el intento de suicidio (probabilidad 2,66), como exponen KLOMEK *et al.* (2007, p. 40-49).

- Maltrato físico y abuso sexual

Siguiendo a ACOSTA y BORREGO (2014, p. 117-194), los suicidios consumados en adolescentes son seis veces más frecuentes en quienes han sido víctimas de abuso infantil. Cuanto más joven es la persona en el momento de sufrir el primer abuso, más intentos de suicidio cometerá.

- Violencia de género

WILCOX, STORR y BRESLAU (2009, p. 305-311) explican que este hecho supondrá trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión.

- No aceptación de la identidad sexual

REMAFEDI, FARROW y DEISHER (1991, p. 869-875) afirman que no aceptar la homosexualidad en el hombre se asocia a un incremento en la ideación y conducta autolítica.

### 2.4.3. Factores de protección

Como contraparte, los factores protectores proveen protección contra la conducta suicida. Pueden ser factores individuales que incluyen: resiliencia, habilidades sociales, alta autoestima, capacidad de resolución de problemas, autocontrol de la impulsividad, inteligencia emocional. También se consideran importantes los valores y normas, como el valor de la propia vida, la esperanza y el optimismo. Entre los factores externos destacan la disponibilidad de acceso a los servicios de salud, la interrelación social y familiar apropiada y la restricción de métodos letales de suicidio. Los factores sociales y culturales que influyen en un mayor conocimiento y visibilización social del suicidio o de los trastornos mentales, y que facilitan la búsqueda de ayuda, también son relevantes.

#### A) Factores endógenos o individuales

- Capacidad de resolución de problemas

Como exponen ELLIOT y FRUDE (2001, p. 20), la resolución positiva de los problemas puede tener un efecto negativo en relación con el intento de suicidio.

- Autocontrol y capacidad de afrontamiento

Para EVERALL, ALTROWS y PAULSON (2006, p. 461-470), el autocontrol, tanto emocional como cognitivo, y un pensamiento positivo aumentan la resiliencia para hacer frente a los intentos de suicidio.

#### B) Factores exógenos o socio-familiares y contextuales

- Disponibilidad de acceso a los servicios de salud

Según los autores STENAGER y JENSEN (1994, p. 109-113), los individuos que han cursado un intento de suicidio han sido atendidos, en el mes previo, por depresiones en un 64%, trastornos de adaptación en un 77%, y por abuso de drogas en un 57%.

- Restricción del acceso a medios letales

Reducir la disponibilidad y uso de métodos de suicidio altamente letales se ha asociado con descensos en las tasas de suicidio de entre el 30% al 50%, según exponen BARBER y MILLER (2014, p. 264-272).

- Red social de apoyo

Para HOPPE y MARTIN (1986, p. 83-88), la presencia de una red social de apoyo puede proporcionar el soporte social necesario que influye en una menor tasa de suicidio. El apoyo social se asocia con un menor riesgo de intentos de suicidio, como exponen COKER *et al.* (2002, p. 465-476) y DONALD *et al.* (2006, p. 87-96), esta tendencia puede ser determinante en personas con alta sintomatología depresiva.

- Buenas relaciones familiares

Se ha encontrado una menor probabilidad de intento de suicidio entre quienes refieren mayor participación paterna y materna, entendida como apoyo emocional, compromiso, responsabilidad y accesibilidad, según exponen FLOURI y BUCHANAN (2002, p. 17).

- Creencias y prácticas religiosas

Para DERVIC *et al.* (2006, p. 620-625), las creencias religiosas pueden tener un efecto protector contra el suicidio; es menor la probabilidad de cometer un suicidio cuando se tiene una afiliación religiosa.

## 2.5. ¿Qué métodos se utilizan para cometer el suicidio?

Al desarrollar este epígrafe, debemos acudir al INE para poder extraer la clasificación de los diferentes métodos de suicidio. Se procederá a la agrupación de los diferentes métodos de manera general y no tan exhaustiva como lo hace el INE, tratándose siempre de una acción autoinflingida de manera intencionada.

- X60 - X64. (Exposición) a drogas, medicamentos y sustancias biológicas.
- X65. (Exposición) a alcohol.
- X66 - X67. (Exposición) a gases y vapores.
- X68 - X69. (Exposición) a productos químicos y sustancias nocivas.
- X70. Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.
- X71. Ahogamiento y sumersión.
- X72 - X74. Disparo de arma de fuego.
- X75. Material explosivo.
- X76. Humo, fuego y llamas.
- X77. Vapor de agua, otros vapores y objetos calientes.

- X78. Objeto cortante.
- X79. Objeto romo o sin filo.
- X80. Saltar desde un lugar elevado.
- X81. Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento.
- X82. Colisión de vehículo de motor.

Haremos uso más adelante de otros dos apartados de la clasificación del INE que no contemplan ninguna forma concreta de suicidio:

- X83. Otros medios especificados.
- X84. Medios no especificados.

## **2.6. ¿Cuáles son las falsas creencias sobre el suicidio?**

Siguiendo la obra de WRIGHT (1990, p. 154-157) y BARRERO (2005, p. 386-394), podemos extraer una serie de mitos sobre el suicidio que nos pueden ayudar a entender mejor qué es y qué no es suicidio.

- El suicidio es lo mismo que intento de suicidio.

Como se ha explicado en el 2.2 del presente capítulo, el suicidio lo comete, con excepciones, una persona que posee el ánimo de morir; sin embargo, el intento de suicidio lo suele cometer la persona que está «gritando ayuda» con la intención de cambiar algo, esperando ser rescatada.

- El suicidio solo lo cometen ciertas clases sociales.

No es un problema de ricos o pobres, de etnia o edad. A pesar de que las estadísticas pueden despuntar en según qué estatus social, etnia o rango de edad, la problemática existe en todas las variables.

- Las personas que manifiestan su deseo de suicidio no suelen cometerlo.

Como expone WRIGHT (1990, p. 154-157), y se ha explicado con anterioridad, podría decirse que el 80% de las personas que se han suicidado lo habían comunicado antes; así como expresa BARRERO (2005, p. 386-394), normalmente la persona comunicaba lo que ocurriría con cambios en la conducta, expresiones y diferentes amenazas y/o gestos.

- Las personas que han intentado el suicidio terminan consumándolo.

Se dan casos de personas que han manifestado ideas suicidas en una etapa concreta de su vida, y sin embargo, con la ayuda adecuada, han dejado de estar en riesgo.

- El suicidio está marcado en los genes.

WRIGHT (1990, p. 154-157) expone que, aunque no esté comprobado fehacientemente que haya factores genéticos del suicidio, el hecho de que en la familia se produzcan suicidios puede ser un factor que precipite la aparición de nuevos suicidios, debido a un comportamiento aprendido; sin embargo, según lo explicado en el epígrafe 2.4.1.A) del presente capítulo, hay diferentes estudios que encuentran una correlación entre la genética y la conducta suicida.

- Los cristianos no se suicidan.

Como se ha tratado en el epígrafe 2.4.3.B) del presente capítulo, la religión puede ser un factor protector frente al suicidio, pero se debe apuntar que son múltiples los factores que llevan al suicidio, por lo que, por mucho que la religión que uno practica lo prohíba, eso no lo hace inmune.

Para DURKHEIM, en su obra «*Les formes élémentaires de la vie religieuse*» (1912), versión traducida al español «*Las formas elementales de la vida religiosa*» (1982), el carácter protector está relacionado con el soporte social e integrador que confieren algunas comunidades religiosas, y no se debe tanto al efecto que ejerce la condena por parte de las diferentes confesiones.

- Suicidio y depresión son sinónimos.

No son sinónimos, pero si están muy unidos. La acción de suicidarse no se lleva a cabo únicamente cuando se produce una desgracia o existe depresión; sin embargo, si una persona se encuentra en un periodo depresivo, se debe vigilar los posibles pensamientos suicidas. Como explica BARRERO (2005, p. 388), la depresión es un factor de riesgo, que eleva las probabilidades de cometer suicidio o intento de suicidio.

- La mejoría después de una crisis suicida acaba con el riesgo.

Según expone WRIGHT (1990, p. 154-157), los estudios realizados por el Centro del Suicidio de Los Ángeles indicaban que casi la mitad de los intentos de suicidio han terminado cursando en suicidio consumado dentro de los tres primeros meses desde el intento.

MINKOFF *et al.* (1973, p. 455-459), explicaban que los intentos de suicidio previos constituyen un factor de riesgo elevado. Así, las personas que han intentado suicidarse tienen 100 veces más probabilidades de cometer suicidio que el resto de la población.

Asimismo, la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) establece que hasta el año posterior al intento de suicidio, la probabilidad de cometer suicidio se incrementa entre unas 20-30 veces.

- El suicidio es impulsivo y por lo tanto impredecible.

Como se expone en el punto 2.7 del presente capítulo, existen señales de alerta que pueden ser detectadas con el fin de evitar el suicidio; BARRERO (2005, p. 386-394) llama al conjunto de estas señales síndrome presuicidal.

- Se provoca la acción si se habla de ella con la persona en riesgo.

Para BARRERO (2005, p. 386-394), está demostrado que hablar sobre el suicidio no agrava la situación, sino más bien reduce el peligro y aumenta la posibilidad de que la persona en riesgo exteriorice sus sentimientos.

- El que se suicida es un enfermo mental.

El que se suicida pasa por una mala etapa en su vida y no por ello tiene que tener una enfermedad mental.

- Acercarse a una persona en crisis suicida sin la correspondiente preparación para ello es perjudicial.

Lo perjudicial es la inacción de la tercera persona. Como se expondrá en el epígrafe 2.8.2 del presente capítulo, la persona sin la correspondiente preparación, con el único hecho de llamar a Emergencias sirve de mucha ayuda.

- Los suicidas son peligrosos para sí mismos y para los demás.

El suicida desea terminar con su vida y su sufrimiento llevando a cabo actos autoagresivos; sin embargo, la persona homicida desea hacer daño a terceras personas con actos heteroagresivos.

- El suicidio crea problemas sociopolíticos y por ello debe abordarse con precaución.

El suicidio es una causa de muerte como cualquier otra y por ello debe ser combatido como tal con la intención de fomentar el efecto Papageno y evitar un efecto Werther. Ambos efectos serán detallados más adelante, en los epígrafes 2.9.1.A) y 2.9.1.B), respectivamente, del presente capítulo.

- El suicida desea morir.

La persona que quiere recurrir al suicidio se encuentra en una situación confusa; es cierto que desea morir, pero solo porque no consigue dar a su vida otra trayectoria; en cambio este deseo se desvanece, o al menos se mitiga, si esta trayectoria cambia de modo que aparezcan factores positivos, que le lleven a desear vida.

- Cobardía y suicidio están muy unidos.

Las personas que se suicidan ni son cobardes ni son valientes, simplemente son personas con un nivel de sufrimiento elevado para el que no encuentran ningún alivio.

- Solo los ancianos se suicidan.

Como veremos en el punto referente al estudio estadístico del presente trabajo, las personas de avanzada edad realizan más actos de suicidio por cada 100.000 hab. Además, se podría afirmar que sus métodos son más efectivos para conseguir la muerte que los empleados por jóvenes.

- Podemos evitar el suicidio retando al suicida.

Es una afirmación totalmente errónea, ya que la persona que se encuentra en una situación que le lleva a desear la muerte es una persona muy vulnerable, en situación de crisis, y cuyos mecanismos de supervivencia han fracasado, por lo que sus únicos deseos son de autodestrucción.

- Los medios de comunicación perjudican o no benefician en la prevención del suicidio.

Como se expondrá en el epígrafe 2.9 del presente capítulo, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) pueden resultar beneficiosas para fomentar el efecto Papageno y evitar un efecto Werther.

### **2.7. Dificultades de la detección del suicidio. Señales de alerta.**

Las señales de alerta indican que una persona podría estar en un mayor riesgo de suicidio. Si bien pueden ser normales en ciertas etapas de la vida de algunas personas, hay que vigilarlas en aquellas que tienen factores de riesgo. Estas señales pueden ser físicas, o de comportamiento, y verbales. Su presencia no conlleva necesariamente riesgo suicida, pero sirven de indicio en aquellos casos en los que se presentan en abundancia y de manera inusual, y podrían indicar que una persona estaría teniendo serios pensamientos de quitarse la vida y podría incluso estar planificando cómo realizarlo. Este tipo de señales pueden ser

un indicio para pedir ayuda y pueden proporcionar una oportunidad a familiares, amigos y profesionales para intervenir y poder evitar que la persona se suicide o se autolesione.

Guiándonos por la *American Psychological Association* (APA) (2019) podemos listar algunas de ellas.

#### 2.7.1. Señales físicas o de comportamiento

- Descuido de la imagen, apariencia, vestimenta e higiene personal.
- Quejas físicas persistentes, como dolor crónico.
- Agravamiento de síntomas de trastornos mentales que pueda sufrir.
- Pérdida o aumento de peso debido a la falta o al incremento del apetito.
- Aislamiento social y familiar.
- Participar en comportamientos temerarios o arriesgados, aparentemente sin pensar.
- Escribir testamento.
- Despedidas inusuales con algunas personas, como si no hubiese de volver a verlas.
- Abuso del alcohol u otras drogas.
- Presentar trastornos del sueño.
- Tener cambios intensos en el estado de ánimo: repentinos sentimientos de felicidad después haber cursado depresión o tristeza.
- Autocrítica, autohumillación y culpa.
- Regalo de pertenencias, objetos apreciados o valiosos.
- Gasto de dinero injustificado o desproporcionado.
- Redacción de notas de despedida.

#### 2.7.2. Señales verbales

- Expresar sentimientos de desesperanza: «Toda mi vida ha sido inútil», «Estoy cansado de luchar».
- Usar expresiones de ira o rabia hacia sí mismo: «No valgo para nada», «Soy una carga para todo el mundo», «Molesto».
- Expresar sentimientos de estar atrapado, como si no hubiera salida: «Las cosas no van a mejorar nunca», «Lo mío no tiene solución».
- Decir que no tienen ningún motivo para vivir o que su vida no tiene sentido o propósito alguno.

- Hablar sobre la muerte, sobre morir o quitarse la vida (especialmente cuando esto no es habitual o es inusual en esa persona): «Me pregunto cómo sería la vida si estuviese muerto», «No deseo seguir viviendo».

## 2.8. Cómo actuar ante el suicidio

### 2.8.1. Psicogénesis de la conducta suicida

SAVIÑÓN TIRADO (1984, p. 63-64) cita a POLDINGER (1969), el cual establece tres estadios por los que una persona con ideación suicida atraviesa.

**Fase de consideración.** Durante este periodo el suicidio se presenta en el sujeto como una vía de escape a problemas reales o aparentes. Ciertas influencias sugestivas, como la familia, los amigos, las lecturas y/o películas, pueden provocar el estímulo inicial, sobre todo si, a causa de los factores psicodinámicos que predisponen, se inhibe la agresión y se internalizan los sentimientos agresivos. Así, el futuro suicida puede establecer una asociación de ideas erróneas, pensando que si otras personas lo han realizado él también puede hacerlo. A menudo esta situación se agrava por el aislamiento social.

**Fase de ambivalencia.** Indecisión y conflictos internos entre tendencias destructivas y constructivas. Suele manifestarse por medio de amenazas directas de matarse, que deben ser tomadas como llamadas de ayuda, válvulas de escape o búsqueda de contacto. Como expone ECHÁVARRI (2010, p. 4), ser conocedor de esta etapa resulta crucial de cara a dar respuesta a través de los Centros de Intervención en Crisis por Teléfono, ya que esta indecisión permite que los servicios de asistencia consigan prestar ayuda y evitar la conducta lesiva.

**Fase de decisión.** El suicida ya ha decidido llevar a cabo la acción de suicidarse, y ha desarrollado un plan para llegar a tal fin. Se prestará especial atención a signos indirectos y/o alusiones encubiertas. Un signo de maduración del intento suicida es cuando una persona ansiosa y agitada se vuelve tranquila de pronto y presenta una fachada de compostura.

Sin embargo, para otros autores como BOUCHARD (2011), citado por ORTEGA-SORET (2018, p. 22), el desarrollo del suicidio se divide en cinco etapas:

- Indagación en posibles soluciones.
- Ideación suicida.
- La rumiación.

- Desesperación.
- El elemento desencadenante.

### 2.8.2. ¿Qué hacer y qué NO hacer?

A continuación se expondrá de forma tabulada las acciones que se deberían llevar a cabo en el caso de que se tenga conocimiento de que se va a producir un suicidio. Nos centraremos en el caso de que la persona actuante sea policía, ya que de ser un ciudadano lo más correcto es llamar al 112 Emergencias. Ante una llamada recibida en el Centro de Control de Emergencias, se activará a las patrullas de Protección Ciudadana más cercanas para cubrir el incidente, así como los servicios sanitarios correspondientes. Una vez presentes ante la situación:

Tabla 3. Qué hacer y qué NO hacer por la primera persona que actúa

	<ul style="list-style-type: none"><li>– Solamente debe intervenir un agente con una aproximación física progresiva y consentida y procurando eliminar los factores estresantes.</li><li>– <b>Ganar tiempo.</b> Reduce la tensión y posibilita la posterior negociación por parte de un equipo especializado.</li><li>– Escuchar. Una escucha activa ayuda a ganar tiempo y a recabar información. Se recurrirá a la empatía, pudiendo utilizar la frase de «es una decisión muy importante, puedes esperar el tiempo que necesites antes de realizarla».</li><li>– Establecer círculos de seguridad. Estas zonas de seguridad permitirán trabajar con mayor eficacia y eficiencia a los servicios de seguridad, sanitarios y negociadores.</li></ul>
Qué hacer	<ul style="list-style-type: none"><li>– Impedir el acceso a personas no autorizadas. Tratar de que no haya curiosos y/o familiares.</li><li>– Comunicar lo mínimo imprescindible. Al no tratarse de una persona con la preparación suficiente es más efectivo que su labor sea escuchar las demandas para poder trasmitirlas posteriormente al equipo negociador.</li><li>– Recabar información para el equipo de negociación: peticiones, posesión de armas, estado anímico...</li><li>– Finalmente estar alerta para que no se produzca el «<i>raptus suicida</i>» o impulso súbito de realizar el acto cuando parecía que la situación estaba controlada y calmada.</li></ul>
Qué NO hacer	<ul style="list-style-type: none"><li>– Dejar a la persona sola.</li><li>– Negociar.</li><li>– Dar órdenes.</li><li>– Dar falsas garantías. Adquirir compromiso. Realizar promesas.</li><li>– Criticar la decisión que ha tomado. Ignorar la situación.</li><li>– Hacer que el problema parezca trivial.</li><li>– Entregar objetos.</li><li>– Buscar confrontación. La confrontación solo produciría ira.</li><li>– Utilización de vocabulario inapropiado como cálmate, tranquilízate...</li></ul>

Fuente: elaboración propia

Llegados a este punto, debemos exponer cuál es el trabajo del equipo de negociación.

La negociación se puede definir como un proceso de intercambio de propuestas, encaminadas a influir en la voluntad de las personas, que busca un acuerdo satisfactorio para las partes y tendente a solucionar un conflicto, en este caso el suicidio.

Por su parte el negociador no resuelve problemas, sino que trata de resolver situaciones de riesgo. En la mayor parte de los incidentes, los negociadores se encuentran ante personas «normales» en situaciones anormales, por lo tanto, el negociador debe conseguir que el autor del incidente llegue a hacer suyo el planteamiento ofrecido por el negociador para resolver la situación.

Tabla 4. Qué hacer y qué NO hacer por el equipo de negociación

Qué hacer	<ul style="list-style-type: none"><li>– Escuchar y mantener una comunicación directa. Una escucha activa ayuda a ganar tiempo y a recabar información.</li><li>– <b>Ganar tiempo.</b> La teoría de las necesidades de Maslow (1908-1970) explica que el tiempo incrementa las necesidades básicas de la persona; y por ello, puede facilitar la negociación. El tiempo disminuye las emociones e incrementa la racionalidad. Una crisis es una alteración del organismo y no puede estar alterado de manera indefinida, poco a poco retomará sus capacidades y se irá calmando.</li><li>– Establecer un lazo de confianza.</li><li>– La comunicación debe ser honesta y abierta con la persona, de tal forma que se permita que la persona exprese sus sentimientos y exprese su preocupación sin temor a ser juzgado. Se podrían utilizar frases como: estoy aquí para ayudarte, hablemos.</li></ul>
Qué <b>NO</b> hacer	<ul style="list-style-type: none"><li>– Falsa situación de control.</li><li>– No atender a la realidad sino a la ambición profesional.</li><li>– Heroísmos. Creerse suficiente para solucionar el problema.</li><li>– Protagonismo. La única persona protagonista es el suicida.</li><li>– Uso de terceras personas. El detonante para producir el suicidio pueden ser precisamente esas terceras personas. Ejemplo de ello serían los divorcios.</li><li>– Emoción. Una emoción descontrolada puede conducir al fracaso.</li><li>– Dar órdenes. El que negocia no manda y el que manda no negocia.</li><li>– Prisa. La actuación requerirá todo el tiempo necesario hasta la solución del conflicto.</li></ul>

Fuente: elaboración propia

## 2.9. Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)

En este apartado nos centraremos casi exclusivamente en las TIC estandarizadas (prensa, radio y televisión) y no entraremos en Internet y sus plataformas de tanta actualidad como son *Facebook, Instagram, Twitter, WhatsApp*, etc. Como se ha explicado, se

pretende dar una visión general pero estandarizada, reportando información sobre los medios de comunicación controlables y con unos criterios éticos y profesionales establecidos, y no como ocurre en las demás plataformas, donde cualquier persona puede opinar a su antojo y sin ningún control. Así, se debe señalar que a pesar de resultar inquietante la importancia que están adquiriendo estas nuevas plataformas en relación con el suicidio (baste citar como ejemplo el caso de la Ballena Azul) no se puede abarcar toda la explicación en estas líneas.

Lo más usual es que las personas que se plantean el suicidio, como se ha explicado con anterioridad, se encuentren en una situación ambivalente, a pesar de su deseo de morir no están realmente convencidas de que ese sea su deseo final. En este punto es donde juegan un papel especialmente importante y crítico los medios de comunicación, ya que el modo en que estos medios tratan las noticias sobre el suicidio puede influir de manera muy significativa en que la balanza se incline hacia la prevención o hacia una incitación de forma indirecta.

Hay literatura muy diversa que recoge las recomendaciones de la OMS a la hora de abordar el problema del suicidio en los medios de comunicación; tomaremos como referencia a BARRERO (2005, p. 392-393). Este autor expone que las TIC se podrían convertir en un gran aliado en lo referente a la prevención del suicidio, siempre y cuando sigan los criterios marcados por la OMS (2000) al respecto. A continuación haremos un pequeño resumen de ciertas recomendaciones:

Tabla 5. Qué hacer y qué NO hacer a la hora de reportar un suicidio

Qué hacer	<ul style="list-style-type: none"><li>– Explicar sencillamente que la persona ha muerto o que se ha suicidado.</li><li>– Utilizar fotografías y vídeos de archivo.</li><li>– Incluir referencias a enlaces sobre la prevención del suicidio y artículos sobre las señales de aviso sobre el suicidio.</li><li>– Indicar que la nota dejada por el difunto está en manos de los especialistas.</li><li>– Reportar el suicidio como problema de salud pública que es.</li><li>– Las personas encargadas de hablar sobre el suicidio son los expertos en prevención del mismo.</li><li>– Describiéndolo como las consecuencias físicas que acarrea el suicidio.</li><li>– Proporcionar información sobre las ayudas y recursos para hacer frente al suicidio.</li><li>– Exponer cuáles son los grupos de riesgo.</li><li>– Explicar a la población las medidas que permitan detectar los posibles riesgos tanto personales como de terceras personas.</li></ul>
-----------	--

Tabla 5. Qué hacer y qué NO hacer a la hora de reportar un suicidio

Qué <b>NO</b> hacer	<ul style="list-style-type: none"><li>– Introducir la noticia con grandes titulares y aún menos con tendencias sensacionalistas.</li><li>– Hacer aparecer fotografías y vídeos del lugar de los hechos, así como el método utilizado.</li><li>– Establecer que los suicidios son cada vez más frecuentes como si de una epidemia se tratara. Describir el suicidio como algo fortuito.</li><li>– Describir la forma en la que se produjo el suicidio; ejemplo de ello es si se dejó nota de despedida y su contenido.</li><li>– Exponer el suicidio como se expone un crimen.</li><li>– Realizar entrevistas a las personas cercanas o a los servicios de emergencia, o someterlos a ruedas de prensa.</li><li>– Describir el suicidio como éxito o fracaso.</li><li>– No glorificar el hecho.</li><li>– No utilizar estereotipos sociales, culturales ni religiosos.</li><li>– No establecer culpables.</li></ul>
---------------------------	--

Fuente: elaboración propia a partir de BARRERO (2005)

### 2.9.1. Efecto de las TIC. Efecto Papageno y Efecto Werther.

Al estudiar el suicidio en relación con las TIC, debemos referirnos especialmente a dos de los efectos más importantes que la noticia del suicidio tiene sobre las personas que reciben la información: el Efecto Papageno y el Efecto Werther; positivo el primero y negativo el segundo. Los describimos brevemente y los explicamos a continuación.

#### A) Efecto Papageno

Como se ha expuesto en el punto anterior, el Efecto Papageno hace referencia a cómo las TIC poseen una gran relevancia a la hora de prevenir el suicidio, según cómo reporten la información. Como explican HERRERA, URES VILLAR Y MARTÍNEZ JAMBRINA (2015, p. 125), el concepto de Efecto Papageno proviene del personaje de igual nombre de la obra de Mozart (1756-1791) «*La Flauta Mágica*» (1791). En la obra, Papageno declina suicidarse cuando unos niños le desvelan otra serie de alternativas que la vida podía brindarle.

Según LOIS-BARCIA, RODRÍGUEZ-ARIAS y TÚÑEZ (2018, p. 142), los autores que defienden el efecto Papageno manifiestan que los medios de comunicación deben relatar lo sucedido en aquellos casos en los que se logró superar episodios de crisis suicida, de ese modo la imitación podría acarrear beneficios sobre la población. NIEDERKROTENTHALER *et al.* (2010), citado por HERRERA *et al.* (2015, p. 125) y por LOIS-BARCIA *et al.* (2018, p. 142)

exponen que, dada la trascendencia que la información sobre el suicidio tiene en las personas, no debería limitarse únicamente a los efectos nocivos, sino que dicha información debería resaltar los aspectos positivos, que pueden tener efectos protectores.

B) Efecto Werther o Efecto *Copycat*

En la novela de Goethe (1749-1832) «*Las penas del joven Werther*», el protagonista, enamorado de Carlota, una mujer casada, y no correspondido por su amada, pone fin a su vida de un disparo. Después de que, en 1774, viera la luz esta novela, el número de suicidios consumados aumentó, así como en el método utilizado para llevarlo a cabo, el mismo que el de la obra, e incluso recreando la propia indumentaria del protagonista. Así lo plasma la literatura sobre el suicidio, entre la que destacamos a MALO, ALBÉNIZ y URIARTE (2010, p. 38). Por este motivo, como indica LOIS-BARCIA *et al.* (2018, p. 141) y también ÁLVAREZ TORRES (2012, p. 49), 200 años más tarde de dicha publicación, el sociólogo PHILLIPS (1974) acuñó el término «Efecto Werther» para referirse a la conducta imitativa que se produce tras publicarse la noticia del suicidio de una persona más o menos célebre.

Según señalan HERRERA *et al.* (2015, p. 124), citando a BLOOD y PIRKIS (2001), es más probable que se produzca dicho efecto cuando el modelo es una persona célebre. LOIS-BARCIA *et al.* (2018, p. 141-142), tras el trabajo de MÜLLER (2011), exponen que existen dudas sobre si el impacto es por la notoriedad de la persona célebre o si se debe más bien al modo de narrar periodístico para cubrir dicha información. Los autores explican que en no pocas ocasiones se tratan estas noticias con sesgos literarios y erróneas asociaciones, con la única finalidad de producir un efecto sensacionalista.

MALO *et al.* (2010, p. 38), citado por ÁLVAREZ TORRES (2012, p. 49), dicen que Durkheim insistía en el hecho de que no existe otra forma de comportamiento humano que se transmita por imitación tan rápidamente como el suicidio.

Siguiendo a LOIS-BARCIA *et al.* (2018, p. 142), en general, en la literatura científica se apuesta por un equilibrio de ambos efectos. OLMO y GARCÍA (2015, p. 88) sostienen que «*se requiere informar responsablemente, sin sensacionalismos, pero sin eufemismos y tratándolo como un tema de salud pública*».

## IV. HIPÓTESIS, OBJETIVO ESPECÍFICO Y METODOLOGÍA

### 1. Hipótesis

El País Vasco tiene transferidas del Gobierno Central varias competencias, entre ellas Sanidad, Seguridad, Hacienda, etc. Estas competencias permiten que el País Vasco desarrolle sus propios planes o guías de prevención, intervención y/o protocolos de actuación ante los suicidios de forma independiente del resto del Estado. Así, se plantea como hipótesis de trabajo que **existen diferencias significativas en los índices de suicidio entre la Comunidad Autónoma Vasca y el Estado.**

### 2. Objetivo específico

El objetivo principal de este capítulo es **confirmar o rechazar dicha hipótesis** para lo que se analizarán y evaluarán desde diferentes perspectivas (género, grupos de edad, metodologías, tasa de paro vs tasa de suicidio, PIB vs tasa de suicidio, etc.) los datos disponibles relativos al suicidio en la década 2007-2017, tanto en España como en el País Vasco.

### 3. Metodología

Para el desarrollo del trabajo se han llevado a cabo diferentes tareas que se describen con detalle a continuación.

#### 3.1. Consulta de información

La información utilizada como base para la realización del presente trabajo procede de las siguientes bases de datos:

- INE
  - Suicidios por edad y sexo.
  - Suicidios por medio empleado, sexo y edad.
  - Suicidios por mes de defunción, sexo y edad.
  - Suicidios por Comunidad y Ciudad Autónoma de defunción, sexo y edad.
  - Suicidios por Comunidad y Ciudad Autónoma de defunción, sexo y medio empleado.
  - Defunciones por Comunidad y Ciudad Autónoma de residencia, causas (lista reducida), sexo y edad.
  - Población residente por fecha, sexo y edad.
  - Contabilidad Regional de España. Serie 2000-2018. PIB Regional.

- Tasas de paro por distintos grupos de edad, sexo y Comunidad Autónoma.
- *Euskal Estatistika Erakundea (EUSTAT)*
  - Suicidios por meses de defunción, sexo y edad.

### **3.2. Análisis de datos**

Con el fin de seguir unos parámetros estandarizados en la elaboración de la presente sección, se utilizarán los criterios establecidos por la OMS en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS: CIE-10). Concretamente, dentro del Capítulo XX, en el epígrafe Causas de morbilidad y de mortalidad<sup>4</sup>, se encuentran los códigos comprendidos entre el X60 y el X84 correspondientes a Suicidios y lesiones autoinfligidas.

Se ha realizado una evaluación exhaustiva de la información obtenida en las diferentes bases de datos indicadas en el apartado anterior. Para ello se han llevado a cabo las siguientes comparaciones directas:

- Número de suicidios absolutos en España y País Vasco teniendo en cuenta las posibles diferencias existentes en cuanto a género y grupos de edad.
- Tasa de suicidios en porcentaje en España y País Vasco teniendo en cuenta las posibles diferencias existentes en cuanto a género y grupos de edad.
- Metodología del suicidio en España y el País Vasco teniendo en cuenta las posibles diferencias existentes en cuanto a género y grupos de edad.
- Evolución del suicidio por meses en España y el País Vasco teniendo en cuenta las posibles diferencias existentes en cuanto a género y grupos de edad.
- Posición del suicidio frente a los accidentes de tráfico en España y País Vasco.
- Tasa del suicidio frente al PIB en España y el País Vasco respectivamente.
- Tasa de suicidio frente a tasa de Paro en España y el País Vasco respectivamente.

Con objeto de presentar toda esta información de forma clara, los datos se han tabulado y graficado mediante la herramienta Excel.

Por último, para el contraste de la hipótesis inicial, se ha procedido a realizar un análisis estadístico sencillo en el que se incluye el Test de correlación de Pearson.

---

<sup>4</sup> El INE se refiere a estas causas como Medio empleado. En esta memoria se ha utilizado el término Método para referirse al concepto.

## V. RESULTADOS

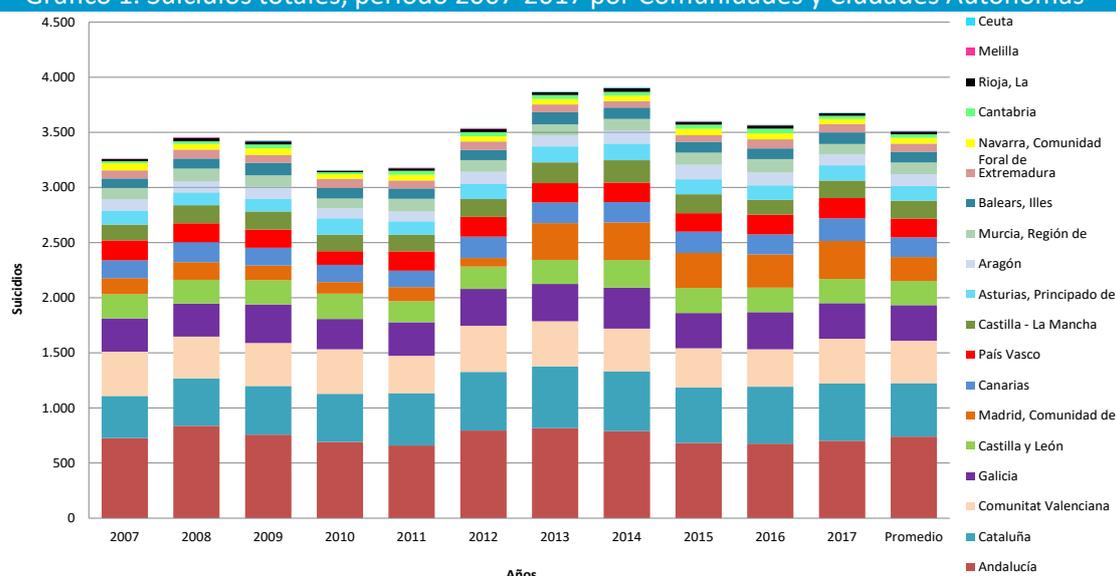
### 1. Evolución histórica del suicidio

En este primer epígrafe del capítulo V comenzaremos utilizando todos los datos aportados por el INE, relativos al periodo 2007-2017, para los códigos comprendidos entre X60 y X84. De esta forma podremos visualizar de una forma general, a través de diferentes gráficos, cómo ha sido la evolución del suicidio en España y el País Vasco sobre la base de los suicidios totales. Seguidamente, analizaremos la variación por sexo, para terminar con un análisis por grupos de edad.

#### 1.1. Estudio sobre los totales

Para la representación de este epígrafe, se ha elaborado el Gráfico 1, donde podemos ver el número total de suicidios cometidos cada año, durante el periodo 2007-2017, en las 17 Comunidades Autónomas y las 2 Ciudades Autónomas de España, así como distinguir, a través de los diferentes colores con los que se representa a las distintas Comunidades, la evolución histórica sobre los suicidios totales. Se han marcado en rojo los datos correspondientes al País Vasco, de especial interés para este trabajo, con objeto de facilitar la interpretación del gráfico. Los datos están ordenados de mayor número de suicidios (en la parte baja del gráfico) a menor, de acuerdo con los datos promedio.

Gráfico 1. Suicidios totales, periodo 2007-2017 por Comunidades y Ciudades Autónomas<sup>5</sup>



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

<sup>5</sup> El INE realiza un aviso explicado que a partir del año 2013 se ha tenido acceso a los datos del Instituto Anatómico Forense de Madrid y que por ello, «defunciones que estaban asignadas a causas mal definidas han sido reasignadas a causas externas específicas».

**Tabla 6. Número totales de suicidios en España y País Vasco por años**

Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	$\bar{X}$	$\Sigma$
España	3263	3457	3429	3158	3180	3539	3870	3910	3602	3569	3679	3514	38656
País Vasco	181	171	165	124	176	179	176	177	168	178	183	171	1878

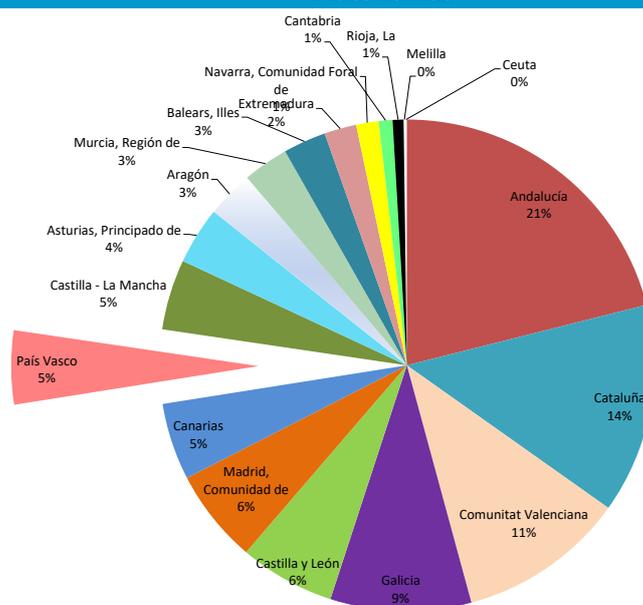
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

A pesar de que en el Gráfico 1 era notorio que a partir del año 2013 se produce un incremento del número de suicidios, debemos recordar, como explica la nota 5, que el INE, a partir de ese año, tiene acceso a los datos del Instituto Anatómico Forense de Madrid, y que la codificación varía ligeramente, pudiendo verse afectado y/o no ser representativo en una línea temporal.

A partir de los datos obtenidos, creemos conveniente realizar un estudio de correlación entre la población total y el número total de suicidios en España y el País Vasco; de dicho estudio se obtiene el siguiente balance: a nivel estatal los resultados arrojan una correlación positiva muy lejana a la unidad (0,09); mientras que en el País Vasco se observa una correlación negativa (-0,50). Para la visualización gráfica, dirigirse al ANEXO 1.

El Gráfico 2 pretende plasmar de una forma visual la posición que ocupa cada Comunidad en cuanto al número total de suicidios, así como el porcentaje que representa dicha totalidad. Podremos observar a simple vista cómo el País Vasco se encuentra en la posición octava respecto al resto de territorios del Estado.

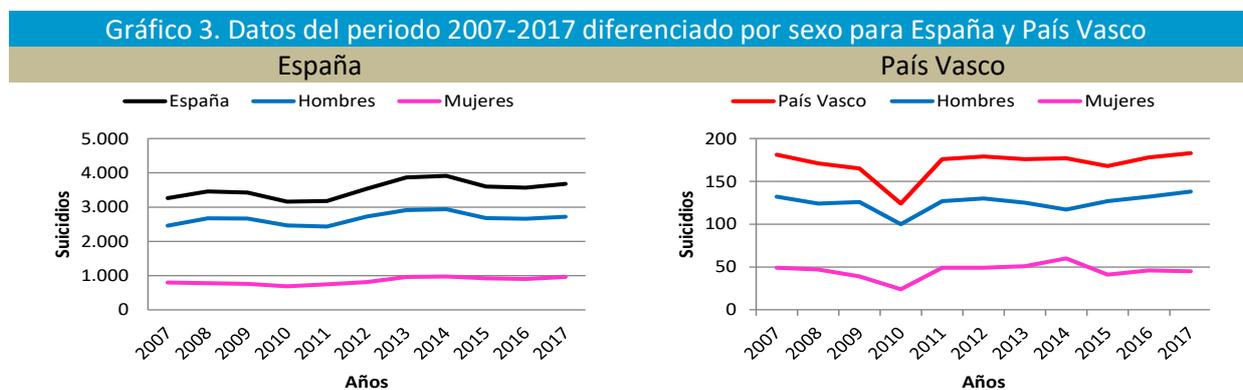
**Gráfico 2. Promedio de la totalidad de suicidios (2007-2017) por Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas**



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

## 1.2. Estudio por sexo

Continuamos con el estudio elaborando dos gráficos comparativos que nos permitan ver, de una forma general, la diferencia por género en cuanto al suicidio entre España y el País Vasco.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

En ambos casos se comprueba que existe una diferencia significativa entre los datos relativos a los suicidios de hombres y de mujeres. Por otro lado se observa el descenso llamativo en el País Vasco en 2010.

**Tabla 7. Número totales de suicidios en España y País Vasco por años**

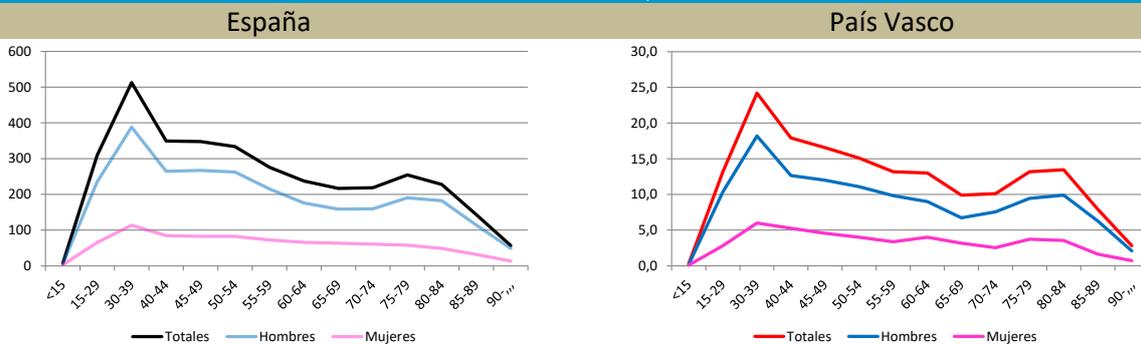
Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	$\bar{X}$	$\Sigma$	
España	♂	2463	2676	2666	2468	2435	2724	<b>2911</b>	<b>2938</b>	2680	2662	2718	2667	29341
	♀	800	781	763	690	745	815	959	<b>972</b>	922	907	<b>961</b>	847	9315
País Vasco	♂	<b>132</b>	124	126	100	127	130	125	117	127	<b>132</b>	<b>138</b>	125	1378
	♀	49	47	39	24	49	49	<b>51</b>	<b>60</b>	41	46	45	45	500

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

Podemos observar que en el periodo de estudio, en España, se han quitado la vida 29341 hombres (75,90%) y 9315 (24,10%) mujeres, lo que supone una relación de tres hombres por cada mujer. En el caso del País Vasco, se han quitado la vida 1378 hombres (73,38%) y 500 (26,62%) mujeres, lo que supone, igual que en el caso de España, tres hombres por cada mujer. Esto es un 0.08% anual en ambos casos.

### 1.3. Estudio por grupos de edad y sexo

Gráfico 4. Distribución del promedio de suicidios para el periodo 2007-2017 entre diferentes rangos de edad y sexo



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

Se observa en el Gráfico 4 que, según los rangos de edad establecidos en el INE, entre los 30 y los 39 años se produce el mayor número de suicidios (14%) en las dos poblaciones estudiadas. En grupos de edad superiores, el número de suicidios va disminuyendo progresivamente hasta los 75 años, cuando aparece un nuevo pico, que en el caso del País Vasco se extiende hasta los 85 años, cosa que no ocurre a nivel estatal.

Gráfico 5. Distribución porcentual de suicidios para el periodo 2007-2017 entre diferentes rangos de edad y sexo

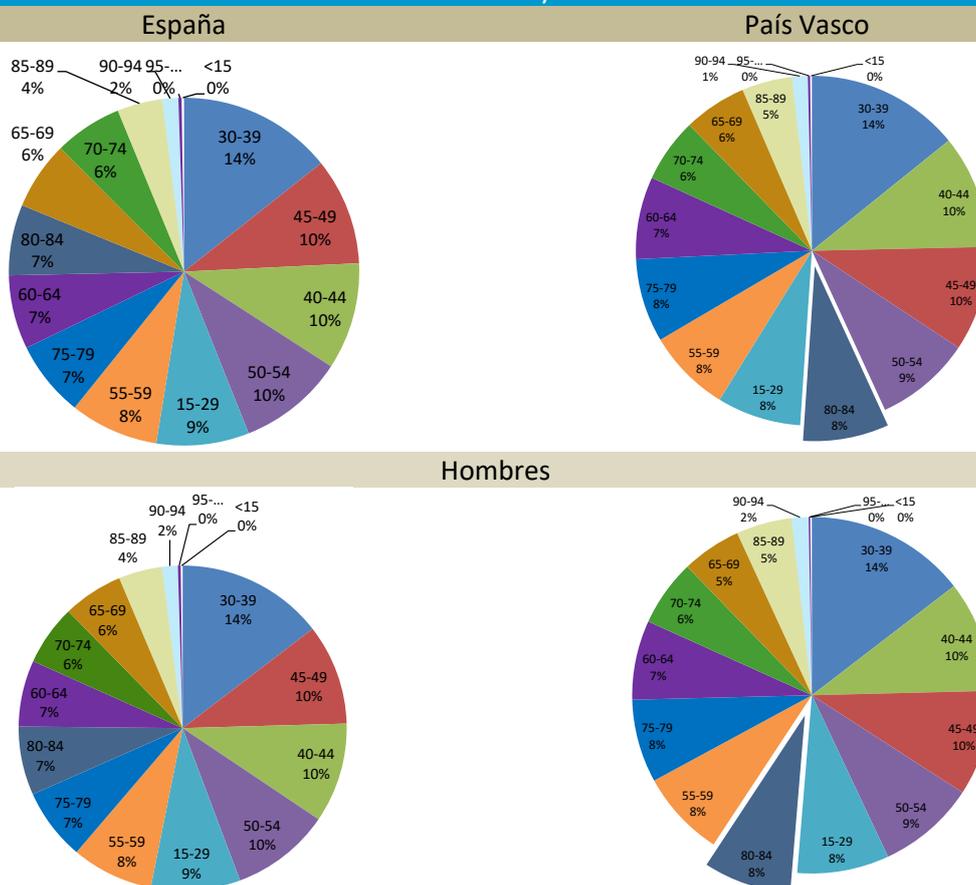
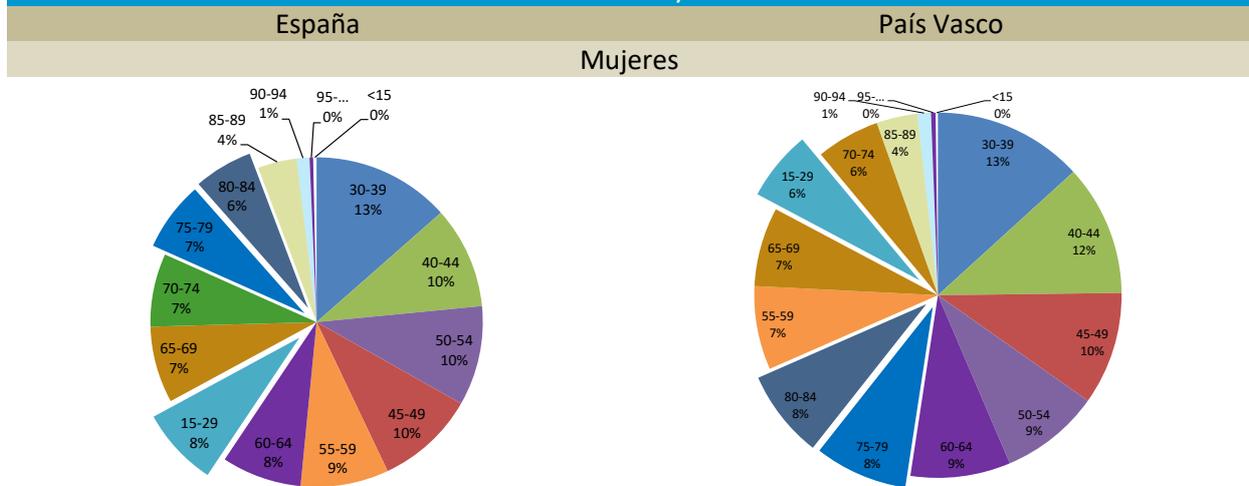


Gráfico 5. Distribución porcentual de suicidios para el periodo 2007-2017 entre diferentes rangos de edad y sexo



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

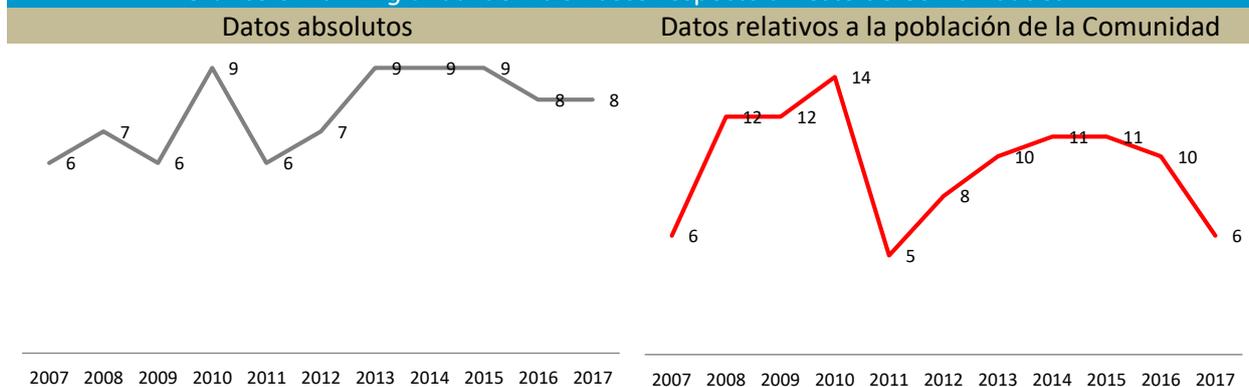
En el Gráfico 5 se comprueba que estas diferencias se deben principalmente al grupo de las mujeres. En el caso de España hay un mayor número de mujeres jóvenes de entre 15 y 29 años que se suicidan (8 %) que en el País Vasco (6%). Sin embargo, ocurre lo contrario en los grupos de edad más avanzada, de 75 a 84 años, lo que hace que las curvas observadas en el Gráfico 4 tengan picos correspondientes a diferentes rangos de edad que en la población total quedan diluidas debido a que, tal y como ya se ha explicado, la población femenina que se suicida es menor que la de hombres.

## 2. Evolución relativa del suicidio

Una vez analizada la información correspondiente a los datos de suicidio absolutos, se ha estimado el porcentaje que suponen dichos suicidios frente a la totalidad de la población correspondiente a cada Comunidad Autónoma.

### 2.1. Estudio sobre los totales

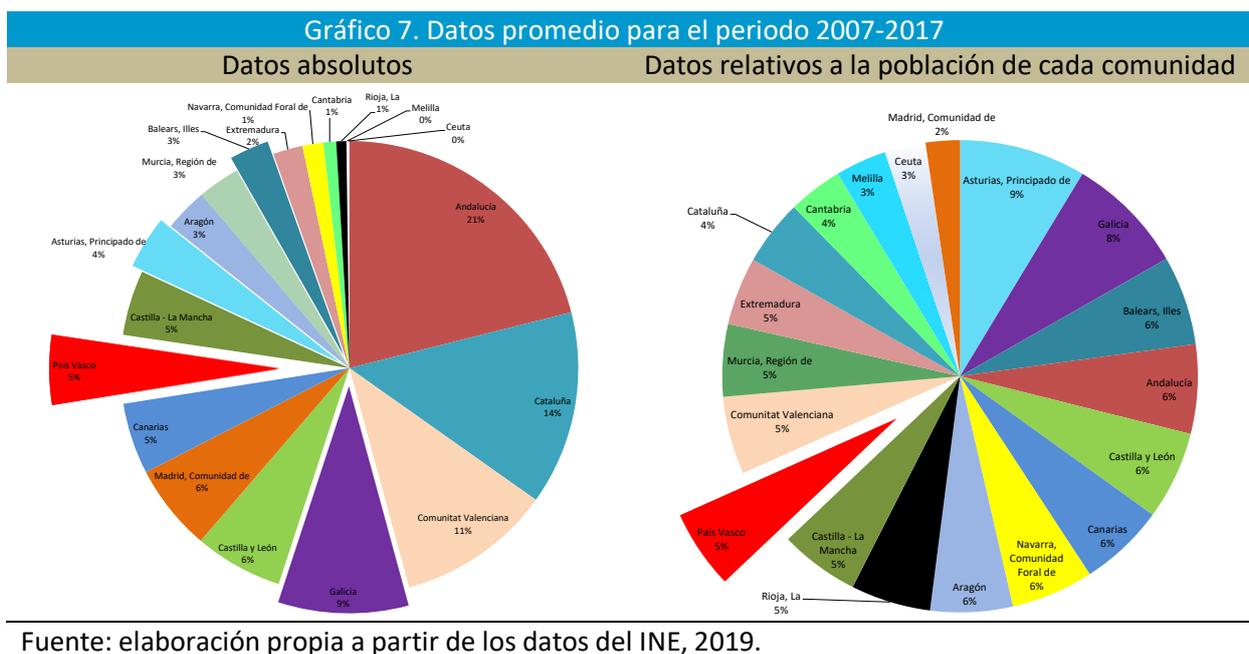
Gráfico 6. Ranking anual del País Vasco respecto al resto de Comunidades



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

Se han sacado únicamente los datos relativos al País Vasco representados en el Gráfico 6, para comprobar qué posición ocupa en el *ranking* respecto a la población de España anualmente y qué posiciones ocupa respecto a su población. Así, a modo de ejemplo, tomaremos el valor para el año 2010, donde el País Vasco se sitúa en la posición número 9ª en cuanto al número de suicidios para el conjunto del Estado, pero ocuparía una posición número 14º si es tenida en cuenta su población para ese año.

A continuación, en la imagen de la izquierda del Gráfico 7, se representa en rojo la posición que ocupa el País Vasco en el *ranking* por número de suicidios en el Estado. Se debe anotar que se han entresacado, además del País Vasco, las comunidades autónomas que posteriormente ocuparán las primeras posiciones en la imagen de la derecha. De esta forma se visualiza, de una forma sencilla, cómo Comunidades con una tasa de población más baja ocupan posiciones inferiores en el *ranking* general, para pasar a las primeras posiciones en cuanto se tiene en cuenta su población.



## 2.2. Estudio por sexo

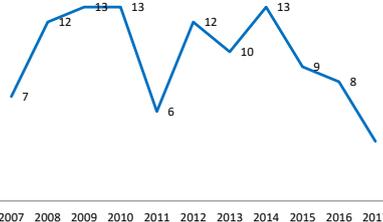
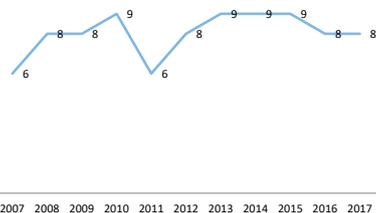
Al igual que en el apartado anterior, en este epígrafe se plasman las posiciones que ocupa el País Vasco dentro del *ranking* de suicidios cometidos en el conjunto del Estado, pero, más detalladamente, por sexo.

Gráfico 8. Posición que ocupa anualmente el País Vasco por sexo respecto al resto de Comunidades

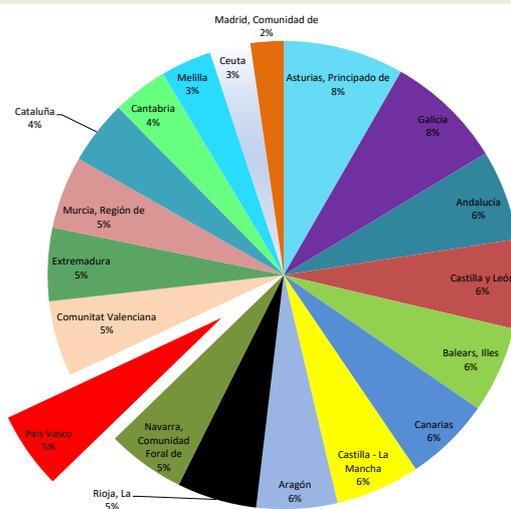
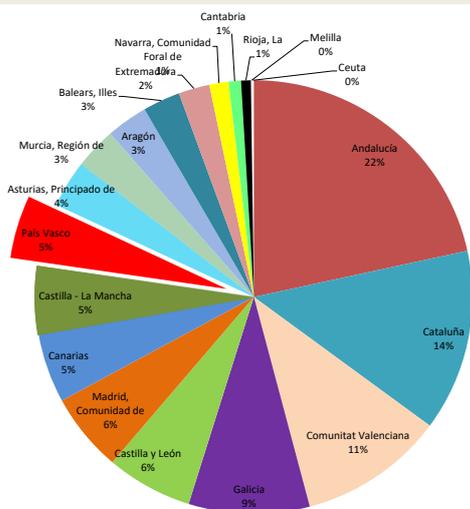
Por datos absolutos

Por datos relativos a la población de la Comunidad

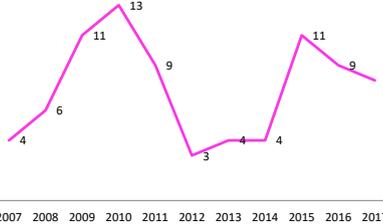
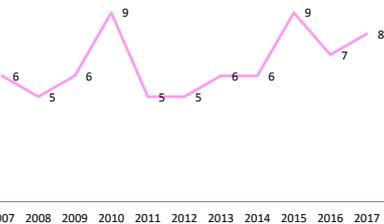
Hombres



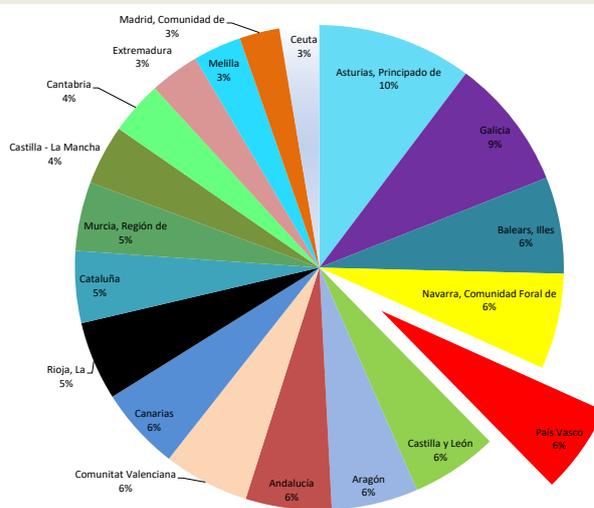
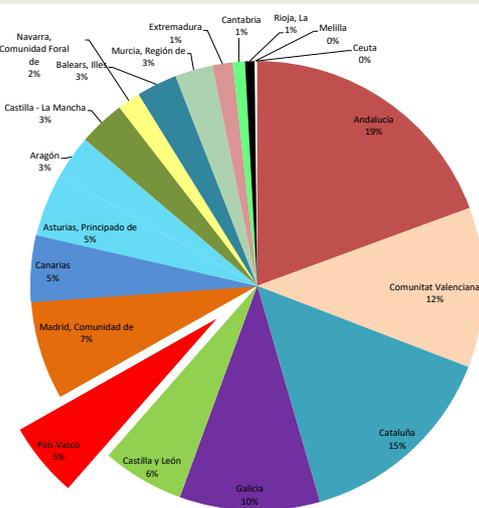
Datos promedio



Mujeres



Datos promedio



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

El gráfico evidencia que:

- En el caso de la población masculina la posición del País Vasco frente al resto de comunidades se encuentra en el 6º y el 9º cuando se tratan los datos absolutos, mientras que al utilizar como referencia la población total de la comunidad, el País Vasco se coloca en posiciones más alejadas (incluso en la posición 13ª en varios años).
- El número de suicidios entre mujeres coloca al País Vasco en posiciones más altas en el ranking (entre 5º y 9º con los datos absolutos y entre 3º y 13º en el caso de los datos relativos), a pesar de que tanto a nivel estatal como en el País Vasco el número de suicidios en hombres es mayor que el número de suicidios en mujeres.

### 2.3. Estudio por grupos de edad y sexo

Los datos que se presentan en el apartado 1.3 de este capítulo indican que hay unos determinados grupos de edad en los que el número de suicidios es mayor. Tal y como se ha hecho en el resto de los casos, se ha revisado esta información calculando el número de suicidios promedio por cada 100.000 habitantes para cada rango de edad. Los resultados se presentan a continuación.

Gráfico 9. Número de suicidios promedio para cada rango de edad relativos al tamaño de la población correspondiente

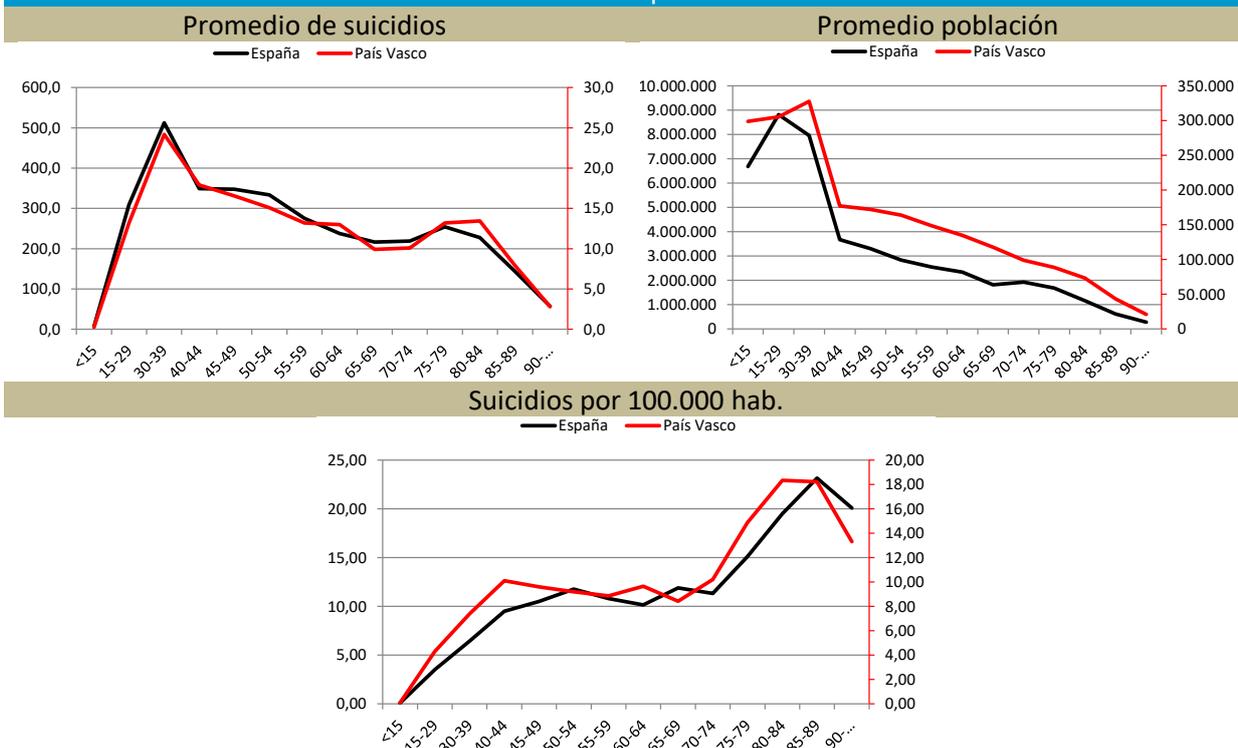
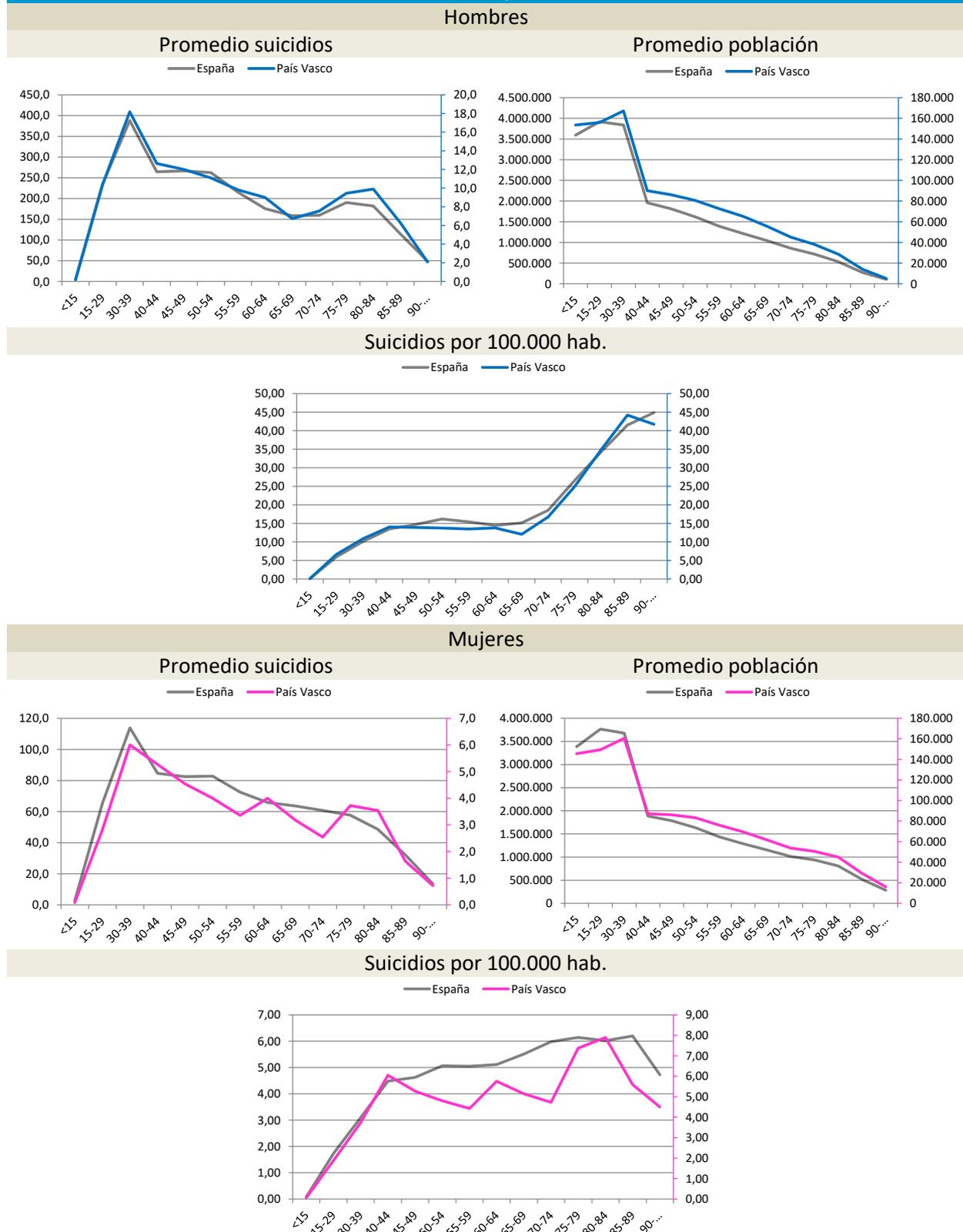


Gráfico 9. Número de suicidios promedio para cada rango de edad relativos al tamaño de la población correspondiente



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

El grueso de la población se encuentra en los rangos de edad más joven, hasta los 45 años, de modo que el número de suicidios por cada 100.000 habitantes en este rango es significativamente menor que el observado en edades más avanzadas, que incrementa de forma exponencial a partir de los 70 años en hombres y 75 en mujeres.

Respecto a la comparación entre España y el País Vasco, tanto los datos totales como los datos referidos a los hombres muestran curvas muy similares, mientras que en el caso de las mujeres, que en España sigue un incremento suave a partir de los 45 años, en el País Vasco la tendencia es irregular con picos en los rangos 40-44, 60-64 y 75-85 años.

### 3. Métodos del suicidio

#### 3.1. Estudio sobre los totales en España y País Vasco

Para la elaboración del siguiente epígrafe, como se expuso en el epígrafe 2.5 del capítulo II, se seguirá con el sumatorio para los métodos X60-X64, X66-X67, X68-X69 y X72-X74.

Tabla 8. Porcentaje que representa cada método sobre el total.

Método	X60-X64	X65	X66-X67	X68-X69	X70	X71	X72-X74	X75	X76	X77	X78	X79	X80	X81	X82	X83	X84
España	6,8	0,1	1,3	2,6	48,6	3,5	5,4	0,0	0,4	0,0	2,2	0,0	22,6	2,1	0,6	0,1	3,7
País Vasco	9,1	0,3	1,0	0,8	26,9	4,9	7,2	0,0	0,6	0,0	2,5	0,0	40,8	5,4	0,1	0,1	0,3

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

Se observan dos medios de suicidio que se utilizan de manera preferente tanto a nivel estatal como a nivel del País Vasco, que son X70 y X80. No obstante, en España el método que supone un porcentaje mayor de los suicidios totales es el X70, mientras que en el País Vasco es el X80. En ambos casos, el tercer método más utilizado es X60-X64. Así, con objeto de poder observar claramente la distribución del resto de medios suicidas en una escala adecuada para ello, se han representados los mismos datos de nuevo en la Tabla 9 eliminando estos tres métodos mayoritarios (X60-X64, X70 y X80).

Tabla 9. Porcentaje que representa cada método sobre el total. Eliminando métodos.

Método	X65	X66-67	X68-X69	X71	X72-X74	X75	X76	X77	X78	X79	X81	X82	X83	X84
España	0,5	5,9	11,8	16,0	24,7	0,2	1,7	0,1	9,9	0,0	9,4	2,8	0,6	16,6
País Vasco	1,3	3,3	3,8	21,3	32,2	0,0	2,8	0,0	11,4	0,0	21,8	0,5	0,3	1,3

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

Con esta nueva escala se aprecian diferentes patrones en cuanto a los medios de suicidio entre España y el País Vasco.

Para una visualización gráfica detallada, remitimos al ANEXO 2.

### 3.2. Estudio por sexo en España y País Vasco

Siguiendo la metodología del punto anterior, se realizará un estudio comparativo de los métodos utilizados en España y el País Vasco, separándolos por sexo.

Tabla 10. Porcentaje que representa cada método sobre el total. Sexo.

Método	X60-X64	X65	X66-X67	X68-X69	X70	X71	X72-X74	X75	X76	X77	X78	X79	X80	X81	X82	X83	X84
España ♂	4,5	0,0	1,4	2,0	54,7	2,8	6,9	0,0	0,4	0,0	2,3	0,0	18,7	2,1	0,6	0,1	3,2
País Vasco ♂	6,6	0,2	0,9	0,6	30,7	4,2	9,9	0,0	0,6	0,0	3,1	0,0	37,1	5,6	0,2	0,0	0,2
España ♀	12,8	0,3	0,8	4,8	30,3	6,0	0,9	0,0	0,4	0,0	1,9	0,0	34,4	2,0	0,4	0,2	4,8
País Vasco ♀	15,8	0,7	0,4	1,5	16,7	7,0	0,9	0,0	0,7	0,0	1,5	0,0	50,5	3,5	0,0	0,2	0,4

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

Haciendo la comparación por sexo se observa, igual que en el punto anterior, que existen dos medios de suicidio que se utilizan de manera preferente tanto a nivel estatal como a nivel del País Vasco, que son X70 y X80.

En el caso de los hombres, mientras en España el método mayoritario es X70, a mucha distancia del siguiente método, X80; en el País Vasco el primer método utilizado es X80, seguido de cerca por el X70. El tercer método de suicidio para hombres en ambas poblaciones es X72-X74.

En el caso de las mujeres, mientras en España el método mayoritario es X80, seguido muy de cerca por X70; en el País Vasco el primer método utilizado es también X80, pero a mucha distancia del siguiente método, X70. El tercer medio de suicidio para mujeres en ambas poblaciones es X60-X64.

Así, con objeto de poder observar claramente la distribución del resto de métodos en una escala adecuada, se han representado los mismos datos de nuevo en la Tabla 11, eliminando los tres métodos mayoritarios sobre el total (X60-X64, X70 y X80).

Tabla 11. Porcentaje que representa cada método sobre el total. Eliminando métodos.

Método	X65	X66-67	X68-X69	X71	X72-74	X75	X76	X77	X78	X79	X81	X82	X83	X84
España ♂	0,2	6,5	9,0	12,9	31,3	0,2	1,7	0,1	10,4	0,0	9,7	2,7	0,6	14,6
País Vasco ♂	0,6	3,5	2,5	16,4	38,8	0,0	2,5	0,0	12,0	0,0	22,1	0,6	0,0	0,9
España ♀	1,4	3,6	21,5	26,8	3,9	0,0	1,9	0,0	8,3	0,1	8,8	1,9	0,8	21,2
País Vasco ♀	3,9	2,6	9,1	41,6	5,2	0,0	3,9	0,0	9,1	0,0	20,8	0,0	1,3	2,6

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

Con esta nueva escala se aprecian patrones similares entre España y País Vasco para la población masculina, mientras que en el caso de la población femenina se observan patrones diferentes.

Para una visualización gráfica detallada, remitimos al ANEXO 2

### 3.3. Estudio por grupos de edad y sexo

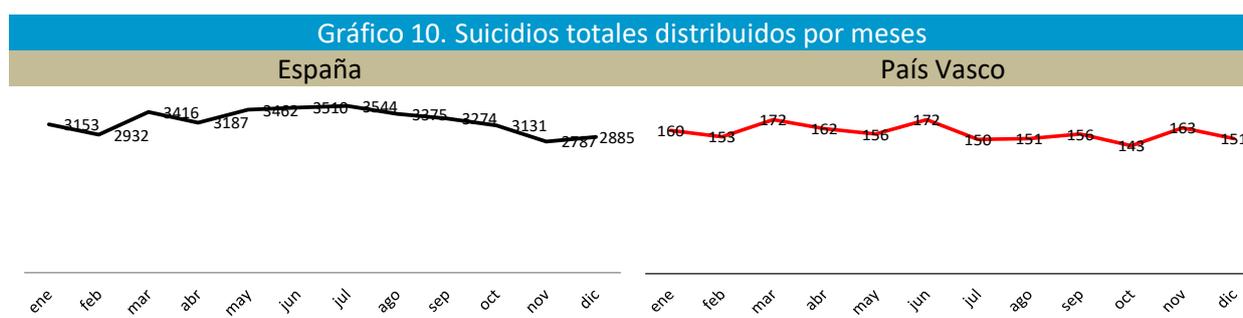
El estudio de los medios suicidas utilizados por cada uno de los grupos de edad estudiados en los apartados anteriores se considera de interés. Sin embargo, el INE no proporciona información a este respecto por comunidades autónomas, y los rangos de edad que se pueden consultar en EUSTAT son distintos, de modo que no se dispone de información que permita realizar el comparativo, objeto de este trabajo.

No obstante, la información recopilada del INE se incluye en el ANEXO 3 de este trabajo. A este respecto, cabe destacar que, independientemente del rango de edad, los métodos más empleados son los catalogados como X70 y X80.

## 4. Evolución del suicidio por meses para el periodo 2007-2017

### 4.1. Estudio sobre los totales en España y País Vasco

Para la elaboración de este epígrafe se han sumado los datos de suicidio disponibles y se ha evaluado su distribución por meses. A continuación se presentan dos gráficos con esta información, tanto para España como para el País Vasco.

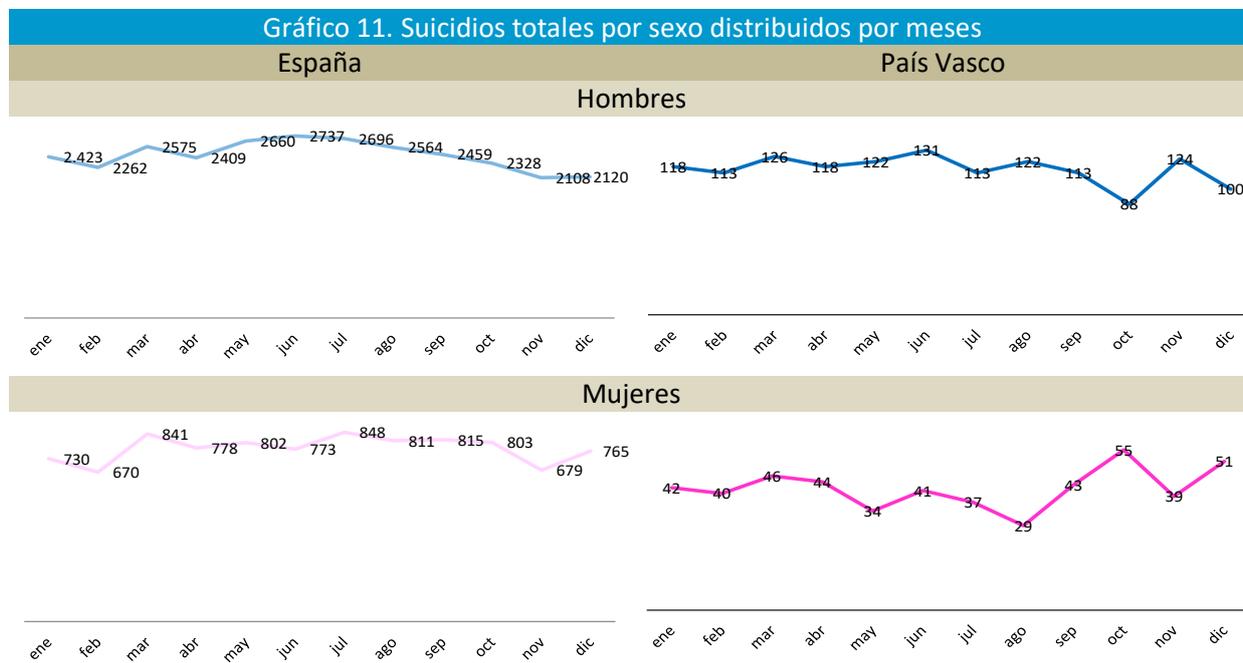


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

Los datos no muestran diferencias significativas entre los diferentes meses del año, aunque hay un ligero incremento en los meses de junio, julio y agosto. Tampoco se observan diferencias en la línea de tendencia entre España y País Vasco, aunque en este último parece existir una mayor irregularidad.

#### 4.2. Estudio por sexo en España y País Vasco

A continuación se presentan los gráficos correspondientes a los mismos datos del epígrafe 4.1, pero distribuidos por sexo.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE 2019 en gráficos de España.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del EUSTAT 2019 en gráficos del País Vasco.

Los resultados no muestran datos que difieran de los ya observados en apartados anteriores, a excepción del caso de las mujeres en el País Vasco, entre las que el número de suicidios se incrementa en los meses de octubre-diciembre. Cabe destacar que, precisamente durante estos meses, es cuando la incidencia del suicidio en hombres es menor.

#### 4.3. Estudio por grupos de edad sexo

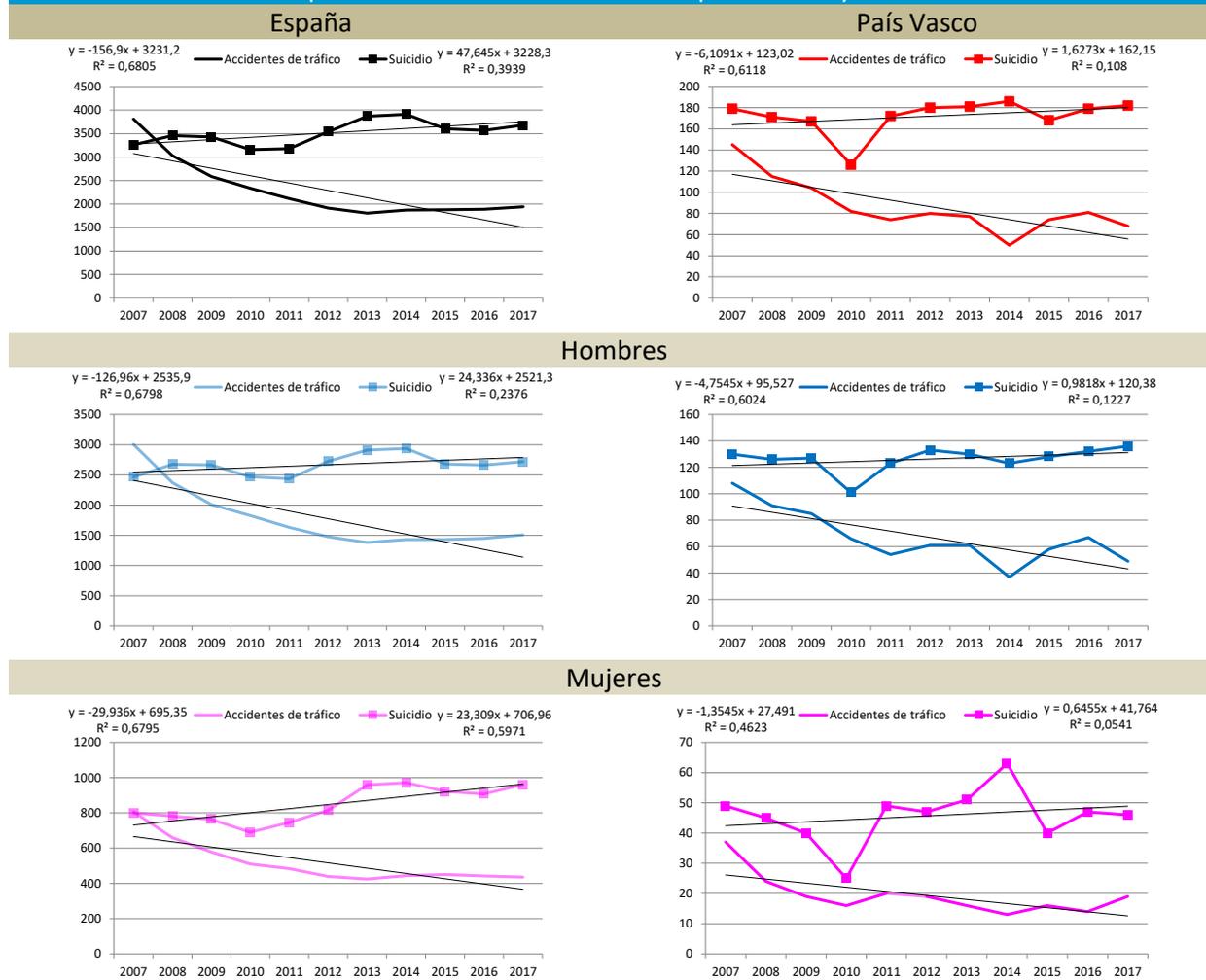
El estudio de la distribución por meses para cada uno de los grupos de edad estudiados en los apartados anteriores se considera de interés. Sin embargo, el INE no proporciona información a este respecto por comunidades autónomas, y los rangos de edad que se pueden consultar en EUSTAT son distintos, de modo que no se dispone de información que permita realizar el comparativo, objeto de este trabajo.

No obstante, la información recopilada del INE se incluye en el ANEXO 4 de este trabajo.

## 5. Estudio comparativo Suicidios totales vs Accidentes de tráfico

Una de las causas de defunción que ha tenido un mayor impacto en nuestra sociedad, en este último siglo, han sido los accidentes de tráfico. A continuación se presenta una serie de gráficos comparativos entre ambas causas de defunción tanto en España como en el País Vasco.

Gráfico 12. Comparativa de número de fallecidos por suicidio y accidente de tráfico



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

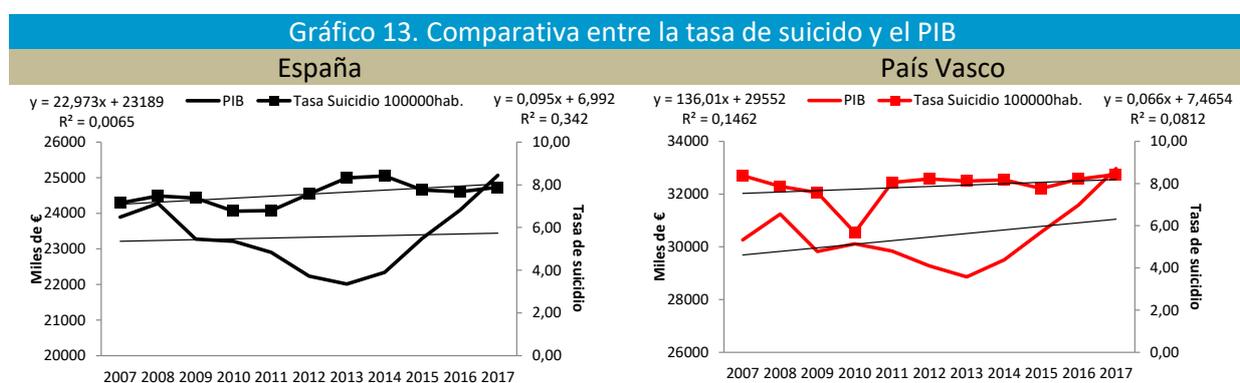
A nivel estatal se observa que en 2007 el número de fallecidos en accidentes de tráfico era superior al número de suicidios, pero la implantación de planes de prevención y seguridad vial, por parte de la Dirección General de Tráfico (DGT), ha conseguido que en la última década el número de defunciones por esta causa haya disminuido de forma muy significativa, mientras que el número de suicidios se mantienen en cifras que superan las 3000 defunciones anuales. Por su parte, en el País Vasco, aunque se observa la misma tendencia a la baja en el número de defunciones por accidente de tráfico, en ningún

momento, en los diez años que son objeto de estudio, esta cifra ha superado al número de suicidios anuales.

Respecto a la diferenciación por sexo en cuanto a los accidentes de tráfico, no se observan diferencias significativas en ninguna de las dos poblaciones en estudio, exceptuando el caso de las mujeres en el País Vasco en los años 2009 y 2016.

## 6. Estudio comparativo Tasa de suicidio vs PIB

A continuación se presentan los resultados de la comparativa entre la tasa de suicidio y el PIB.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

Exceptuando los primeros años de la década estudiada (entre 2007 y 2009), los datos muestran que existe una relación entre el PIB y la tasa de suicidio, de modo que cuando uno aumenta, el otro disminuye, y viceversa.

No se observan diferencias significativas entre España y País Vasco.

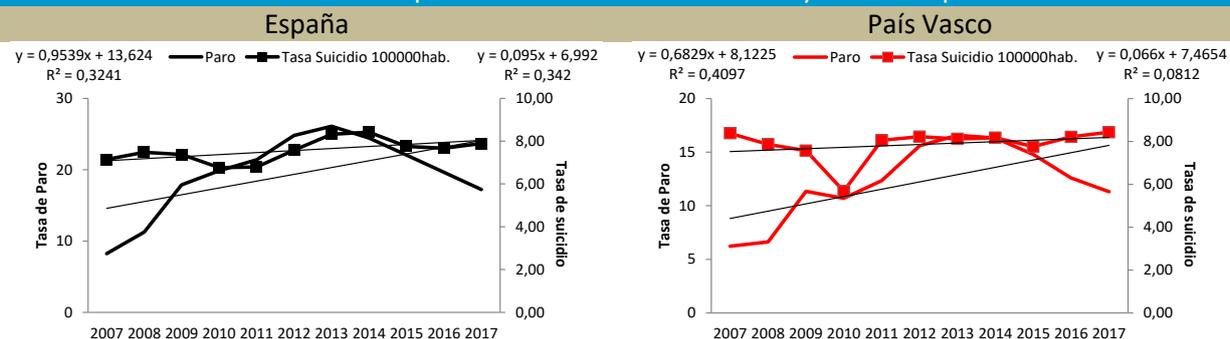
Con objeto de comprobar si realmente existe una correlación entre ambas variables, se ha procedido a realizar el Test de Pearson, arrojando los siguientes resultados: existe una débil correlación, tanto a nivel estatal (-0,21) como en el País Vasco (0,15), siendo en ambos casos el resultado del test distinto de 0. Sin embargo, aunque en principio no se observan diferencias significativas entre ambas poblaciones, en España es una correlación negativa, que confirma lo observado en el gráfico anterior, y en el País Vasco es positiva. En el apartado de discusión se profundiza en este tema.

Para la visualización gráfica, remitimos al ANEXO 1.

## 7. Estudio comparativo Tasa de suicidio vs Tasa de paro

A continuación se presentan los resultados de la comparación entre la tasa de paro y la tasa de suicidio en España y en el País Vasco.

Gráfico 14. Comparativa entre la tasa de suicidio y la tasa de paro



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

Los datos comparados muestran que podría darse una cierta tendencia a aumentar el número de suicidios cuando aumenta la tasa de paro y viceversa.

No se observan diferencias significativas entre España y País Vasco.

Con objeto de comprobar si realmente existe una correlación entre ambas variables, se ha procedido a realizar el Test de Pearson, arrojando los siguientes resultados: los datos muestran que en ambos casos existe una correlación positiva. Esta correlación es más fuerte a nivel estatal (0,43) que en el País Vasco (0,13).

Para la visualización gráfica, remitimos al ANEXO 1.

## VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Para alcanzar el objetivo específico planteado, la confirmación o el rechazo de la hipótesis de partida, vamos a analizar y discutir en este capítulo los datos que previamente hemos obtenido.

Considerando el total de suicidios, hemos de señalar que el comportamiento suicida es desigual en España y País Vasco. En España se han producido un total de 38.656 suicidios en 10 años. La media para el periodo estudiado es de 3.514 casos anuales; así, durante los años 2007-2008 y 2015-2017 el número total de suicidios permanece dentro de la propia media. Los años 2010 y 2011 son los que marcan un notorio descenso, por lo que podría tratarse de un error en la recopilación de datos por parte de las diferentes instituciones. Destacan los años 2013 y 2014, en los que España marca los valores más altos del periodo estudiado, aunque se debe anotar la advertencia del INE de que las formas de recopilación de información, por parte de la comunidad de Madrid, han variado a partir de esos años.

En cuanto al comportamiento suicida en el País Vasco, este sigue una tendencia relativamente estable, con un total de 1.878 casos en 10 años y una media de 171 casos

anuales, destacando los años 2007 y 2017 como años de mayor incidencia. Igual que en España, el año 2010 resulta atípico, lo que podría deberse a la falta de información recabada por parte del INE.

De manera general, el estudio sobre el sexo en las dos poblaciones estudiadas determina que ambas siguen un mismo patrón, así marcan una relación de 3 hombres por 1 mujer que lleva a cabo el suicidio.

Nuevamente, se ha podido comprobar cómo los datos de suicidios referidos a la población correspondiente (datos relativos) muestran una distribución de los suicidios, a nivel estatal, con diferencias significativas respecto a los datos brutos. Por ejemplo, Andalucía es la comunidad autónoma en la que se han producido un mayor número de suicidios en el periodo estudiado, pero también es una de las comunidades con mayor población, de modo que los datos relativos la sitúan en cuarto lugar.

En el País Vasco, a pesar de no ser una de las comunidades autónomas con mayor población, se observa que, con los datos brutos, ocupa la octava posición (datos promedio), mientras que los datos relativos la sitúan en las últimas posiciones. Esto podría ser indicativo de que, aunque se observan tendencias similares entre el País Vasco y España, los protocolos y/o planes de prevención están funcionando de forma más eficaz en el País Vasco que en otras comunidades, como Asturias o Galicia, en las que se da un mayor número de suicidios por cada 100.000 habitantes.

También se han observado diferencias en cuanto a los medios de suicidio más empleados. Mientras que en España el método más usado es el X70 (ahorcadura) y posteriormente el X80 (precipitarse al vacío), en el País Vasco el más usado es el X80, seguido del X70, ocupando la tercera posición en ambos casos los métodos X60-X64 (drogas, medicamentos y sustancias biológicas).

Distinguiendo por sexo, se observa que mientras que en España los hombres utilizan el método X70, muy alejado del método X80, en el País Vasco es a la inversa, aunque comparten como tercer método el X72-X74 (disparo de arma de fuego). En el caso de las mujeres el método mayoritario en ambas poblaciones es el X80, seguido del X70, en tanto que el tercer lugar lo ocupa el X60-X64. Por lo que mientras que los hombres, en las dos poblaciones estudiadas prefieren el método X70, las mujeres se decantan por el método X80. Como explica JIMÉNEZ *et al.* (2012), en la diferente literatura sobre el suicidio, la

consideración respecto a los métodos varía, pero normalmente las primeras posiciones las ocupan los mismos métodos.

En relación a los grupos de edad, se debe remarcar que los datos revelan que el rango de edad donde el comportamiento suicida es más frecuente es el de 30-39 años. No obstante, hay que prestar atención a que los rangos de edad que establece el INE no tienen la misma amplitud. Así el primer y segundo rango de edad es de 15 años, el tercero es de 10 años, para pasar a partir de los 40 años a un rango etario de 5 años. Estas diferencias hacen que la interpretación de la información, presentada tal y como la recoge el INE, pueda ser errónea. Si, por ejemplo, se agrupan los rangos de edad en periodos de 10 años y se suman los suicidios cometidos (tanto totales en 10 años como promedios), se comprueba que en realidad, el mayor número de actos suicidas en el periodo estudiado se produjo en personas entre 40 y 50 años, llegando a representar hasta el 20% de los suicidios cometidos en este periodo, frente al 14% que se produjo en el rango 30-39 años. En este caso, no hay diferencias entre el País Vasco y España. No obstante, se ha procedido a realizar los cálculos relativos al número de habitantes por cada rango de edad, observando que mientras en España el rango etario que presenta mayor número de suicidios por cada 100.000 hab. es el que parte de los 85 años, en el País Vasco es el que parte de los 80 años.

En lo que respecta a los meses más habituales para consumar el suicidio, y a pesar de que puedan existir las creencias, o bien de que en los meses más fríos y con menos luz se producen más suicidios, debido a la baja incidencia de la luz solar y, por lo tanto, a la disminución de la hormona melatonina, como explican RODRÍGUEZ *et al.* (2007, p. 325-331); o bien que, por el contrario, los meses de más calor y con más luz se producen más suicidios, debido a la mayor disponibilidad de tiempo libre y a la liberación de los pensamientos rumiantes, que durante el año el estrés no deja exteriorizar; a pesar de tales creencias, en el presente trabajo no se advierte una clara diferencia entre los diferentes meses, los diferentes sexos y las poblaciones estudiadas, si bien en España se observa un ligero incremento en los meses de junio, julio y agosto, que en el País Vasco no se da. Por lo que se considera no concluyente que los meses del año y por ende la luz solar pueda afectar directamente a las tasas de suicidio, siendo, pues, necesarios estudios más precisos que permitan establecer si la luz solar tiene alguna incidencia en el suicidio y en qué medida.

Con los datos observados en la comparativa de los accidentes de tráfico y el suicidio, se evidencia que los planes de prevención y sanción por parte de la DGT consiguen que descienda el número de muertes por accidente de tráfico. Aun así, se debe apuntar que, igual que el suicidio, los accidentes de tráfico se deben a diversos factores, tanto exógenos como endógenos, sólo que, siendo factores mucho más objetivos y con un efecto más directo, es relativamente más fácil bajar la siniestralidad. Entre ellos se podrían destacar las mejoras en la red viaria y en los sistemas de seguridad de los diferentes vehículos, mejoras que a pesar de que no evitan del todo los siniestros, reducen considerablemente el número de muertes.

El PIB y la tasa de paro están íntimamente relacionados. En nuestro trabajo hemos encontrado que, tal y como expone la literatura más diversa sobre este tema, cuando el PIB aumenta, la tasa de paro disminuye, y cuando el paro aumenta, la tasa de suicidio aumenta, cosa que sucede de igual manera tanto en España como en el País Vasco, aunque los estudios de correlación muestran que existe una mayor correlación en el caso de España que en el del País Vasco.

Para este último punto, se hacen necesarios más estudios y más datos, que muestren con detalle la relación que hay entre la economía y la tasa de suicidio, ya que la literatura existente hasta el momento no está exenta de controversias.

## VII. CONCLUSIONES

### Generales

1. Existen factores de riesgo y factores precipitantes, que aumentan la probabilidad de llevar a cabo un acto autolítico o de sufrir pensamientos de esta naturaleza, por lo que su pronta identificación por parte del personal adecuado resulta primordial. En contraposición, existen factores de protección que ayudan y permiten disminuir el riesgo de suicidio.
2. Existen señales de alerta que pueden ser utilizadas para la prevención del suicidio.
3. A día de hoy –afortunadamente– cada Comunidad Autónoma elabora sus Protocolos o Guías de Prevención del Suicidio, ya que para el conjunto del Estado, no existe ningún plan o programa de prevención del suicidio, siendo elaboradas en su mayoría a partir de la última revisión en 2013 del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en su 5ª Edición (DSM-V).

## Específicas

1. Con los datos de los que hemos dispuesto en nuestro trabajo, no se observan diferencias significativas del Estado frente a la Comunidad Autónoma del País Vasco. En líneas generales, el comportamiento frente al suicidio, tanto de España como del País Vasco, sobre la base de las variables estudiadas, resulta muy similar.
2. Por lo expuesto, debemos reconocer que la hipótesis planteada, «existen diferencias significativas en los índices de suicidio entre la Comunidad Autónoma Vasca y el Estado», no es concluyente.

### 1. Limitaciones y Prospectiva

#### Limitaciones

Durante la elaboración del presente trabajo la dificultad principal que se ha encontrado ha sido la falta de información o el difícil acceso a la misma; así como la *cifra negra*<sup>6</sup> y el miedo existente en torno al suicidio.

El objetivo específico plantado en este trabajo es muy ambicioso y la información que se requiere para realizarlo no es pública y está sujeta a protección de datos estadísticos, de modo que los datos presentan un sesgo. Ejemplo de ello es que los datos reflejados en los Institutos consultados no recogen las variables de situación laboral o los antecedentes autolíticos o clínicos entre otros, siendo estos, sin embargo, de gran importancia para el análisis del suicidio.

Además, se debe mencionar que los Institutos de Estadística consultados pueden no seguir los mismos baremos o requisitos a la hora de elaborar las diferentes clasificaciones, destacando que los rangos de edad del INE no corresponden a los rangos de edad de EUSTAT, por lo que, como se explica en el punto 3.3 y 4.3 del capítulo V, los datos no son comparables.

Otra de las limitaciones encontradas a la hora de obtener información ha sido el proceder de los mediadores, que han recurrido a menudo a diferentes evasivas cuando he intentado ponerme en contacto con ellos, entre las que se encuentra que los procedimientos llevados a cabo por ellos son privados.

---

<sup>6</sup> Cifra negra: casos de los que se desconoce con exactitud la etiología.

## Prospectiva

Como se ha venido insistiendo a lo largo del trabajo, el suicidio no es un problema baladí; por ende, debe tratarse como el gran problema social que es e ir modificando la forma en la que la población lo percibe, debe dejar de considerarse tabú e ir aceptando la realidad. Han tenido que suceder muchas muertes hasta atreverse a considerarlo como lo que realmente es, un problema de salud mental; así, no es hasta la edición DSM-V en el año 2013 cuando la APA lo incorpora como trastorno depresivo mayor, incluyendo dos categorías para reflejar con más exactitud la ideación suicida: desorden del comportamiento suicida y autolesión no suicida.

Asimismo, en mayo del 2013, la 66ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer Plan de acción sobre salud mental de la historia de la OMS. La prevención del suicidio forma parte integrante de este plan, que se propone reducir un 10%, para el 2020, la tasa de suicidio en los distintos países.

En España, tal y como recoge la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2019), *«no existe ningún plan o programa de prevención del suicidio a nivel estatal ni estrategia alguna en su Sistema Nacional de Salud»*. Expone que el Sistema Nacional de Salud elaboró en 2006 una Estrategia en Salud Mental, evaluada y actualizada para 2009-2013. Afirma que dicha estrategia no contiene como objetivo la prevención del suicidio, *«lo comparte con la prevención de la depresión dentro, a su vez, de un objetivo mayor de prevención de los trastornos mentales»*. Asimismo, explica que, en la actualidad (2019), lleva varios años en revisión y actualización, y se desconoce cuándo podrá estar disponible. Por lo tanto, en el caso de España, debemos remitirnos a las diferentes Guías o Protocolos elaborados por cada una de las Comunidades Autónomas. Debemos reseñar que las Guías y Protocolos, salvo excepciones, están elaboradas a partir del 2017, e incluso hay Comunidades que no poseen una guía o protocolo como tal, estando englobada la actuación, o el procedimiento, dentro de las guías de salud mental.

Todo lo anterior constituye un gran esfuerzo y trabajo conjunto de todas y cada una de las Administraciones que componen el Estado; pero no por ello se debe esquivar el problema o redactar guías y protocolos sobre el aire, sino más bien, a través de la educación, tomar conciencia del problema en el conjunto de la sociedad e ir, con el paso del tiempo, rechazando la estigmatización y el miedo que el suicidio reporta.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

«Contabilidad Regional de España. Serie 2000-2018. PIB Regional». *Instituto Nacional de Estadística*. 01 de octubre de 2019, 12:00. Disponible en:

[https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736167628&menu=resultados&idp=1254735576581](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736167628&menu=resultados&idp=1254735576581)

«Estadística de defunciones según la causa de muerte». *Instituto Nacional de Estadística*. 01 de octubre de 2019, 13:00. Disponible en:

[https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&idp=1254735573175&menu=resultados&secc=1254736194710&padre=&capsel=4325](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&idp=1254735573175&menu=resultados&secc=1254736194710&padre=&capsel=4325)

«Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS». *Fundación Española para la Prevención del Suicidio*. 21 de noviembre de 2019, 12:00. Disponible en: <https://www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/sns/>

«Población residente por fecha, sexo y edad». *Instituto Nacional de Estadística*. 02 de octubre de 2019, 11:00. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9687>

«Suicide warning signs». *American Psychological Association*. 21 de noviembre de 2019, 12:00. Disponible en: <http://www.apa.org/topics/suicide/signs.aspx>

«Suicidios por mes de defunción, sexo y edad». *Euskal Estatistika Erakundea*. 07 de octubre de 2019, 10:37. Solicitado a través de correo «informazioa@eustat.eus» y remitido por «s-ugartebilbao@eustat.eus» bajo la petición 9887.

«Tasas de paro por distintos grupos de edad, sexo y Comunidad Autónoma». *Instituto Nacional de Estadística*. 21 de noviembre de 2019, 17:00. Disponible en:

<https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=4247>

ACOSTA, M.; BORREGO, L. «Factores de riesgo de la Conducta Suicida», 117-194. En: ANSEÁN, A. (Dir.). *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida*. Revisada. Madrid: FSME, 2014.

ADAM, K.; SHELDON-KELLER, A.; WEST, M. «Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996, vol. 64, núm. 2, p. 264.

ÁLVAREZ TORRES, S. M. «Efecto Werther: Una propuesta de intervención en la facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV/EHU)». *Norte De Salud Mental*. 2012, vol. 10, núm. 42, p. 48-55. ISSN 1578-4940.

AMADOR RIVERA, G. H. «Suicidio: consideraciones históricas». *Revista Médica La Paz*. 2015, vol. 21, núm. 2, p. 91-98.

BARBER, C. W.; MILLER, M. J. «Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda». *American journal of preventive medicine*. 2014, vol. 47, núm. 3, p. 264-272.

BARRERO, S. «Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos». *Revista colombiana de psiquiatría*. 2005, vol. 34, núm. 3, p. 386-394. ISSN 0034-7450.

BECK, A. *et al.* «Themeasurement of pessimism: thehopelessnessscale». *Journal of consulting and clinicalpsychology*. 1974, vol. 42, núm. 6, p. 861.

BELLIVIER, F.; CHASTE, P.; MALAFOSSE, A. «Association between the TPH gene A218C polymorphism and suicidal behavior: a meta-analysis». *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2004, vol. 124, núm. 1, p. 87-91.

BLOOD, R. W.; PIRKIS, J. «Suicide and the media: Part III. Theoretical issues. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2001, vol. 22, núm. 4, p. 163.

BOUCHARD, G. «Le suicide à l'adolescence. Une question de santé publique dans la pressequotidienationale». *Agoradébats/jeunesses*, 2011/3 (N° 59), p. 39-51.

BREZO, J.; PARIS, J.; TURECKI, G. «Personalitytraits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematicreview». *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006, vol. 113, núm. 3, p. 180-206.

CATALÁN, J. *et al.* «HIV infection and mental health: suicidal behaviour–systematic review». *Psychology, health& medicine*. 2011, vol. 16, núm. 5, p. 588-611.

CEREL, J. *et al.* «Parents with Suicidal Behavior: Parenting is Not Always Protective». *Journal of Child and Family Studies*. 2016, vol. 25, núm. 7, p. 2327-2336. ISSN 1062-1024.

CHÁVEZ-HERNÁNDEZ, A. M.; LEENAARS, A. A. «Edwin S Shneidman y la suicidología moderna». *Salud Mental*. 2010, vol. 33, núm. 4, p. 355-360. ISSN 0185-3325.

CLAYDEN, R. C. *et al.* «Theassociation of attempted suicide with genetic variants in the SLC6A4 and TPH genes depends on the definition of suicidal behavior: a systematic

review and meta-analysis». *Translational psychiatry*. 2012, vol. 2, núm. 10, p. e166. ISSN 2158-3188.

COKER, A. L. *et al.* «Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health». *Journal of women's health & gender-based medicine*. 2002, vol. 11, núm. 5, p. 465-476.

DERVIC, K. *et al.* «Moral objections to suicide: Can they counter act suicidality in patients with cluster B psychopathology?» *The Journal of clinical psychiatry*. 2006, vol. 67, núm. 4, p. 620-625.

DONALD, M. *et al.* «Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. Australian and New Zealand». *Journal of Psychiatry*. 2006, vol. 40, núm. 1, p. 87-96.

DUBERSTEIN, P. R. *et al.* «Age and suicidal ideation in older depressed patients. The American». *Journal of Geriatric Psychiatry*. 1999, vol. 7, núm. 4, p. 289-296. ISSN 1064-7481.

DURKHEIM, É. *Las formas elementales de la vida religiosa*. Ediciones Akal, 1982.

DURKHEIM, É. *Le Suicide. Estudio de sociología*. 2ª Edición, Paris, Editor Félix Alcan. Paris, 1897.

EARLS, F. «Sex differences in psychiatric disorders: origins and developmental influences». *Psychiatric developments*. 1987, vol. 5, núm. 1, p. 1-23.

ECHÁVARRI, A. *Concepto y clasificación de la conducta suicida*. 2010.

ELLIOTT, J. L.; FRUDE, N. «Stress, coping styles, and hopelessness in self-poisoners». *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2001, vol. 22, núm. 1, p. 20.

*Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi*. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, Departamento de Salud, 2019.

EVERALL, R.D.; ALTROWS, K. J.; PAULSON, B. L. «Creating a future: A study of resilience in suicidal female adolescents». *Journal of Counseling & Development*. 2006, vol. 84, núm. 4, p. 461-470. ISSN 0748-9633.

FLOURI, E.; BUCHANAN, A. «The protective role of parental involvement in adolescent suicide». *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2002, vol. 23, núm. 1, p. 17.

GIL, T. L. Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos. Directores: Enrique Baca García, David Delgado Gómez e Hilario Blasco Fontecilla. Universidad de Alcalá. 2012.

*Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad. 2012.

GUTIÉRREZ-GARCÍA, A. G.; CONTRERAS, C. M.; OROZCO-RODRÍGUEZ, R. C. «El suicidio, conceptos actuales». *Salud mental*. 2006, vol. 29, núm. 5, p. 66-74. ISSN 0185-3325.

HERRERA R. R.; URES VILLAR, M. B.; MARTÍNEZ JAMBRINA, J. J. «El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2015, vol. 35, núm. 125, p. 123-134. ISSN 0211-5735.

HOPPE, S. K.; MARTIN, H. W. «Patterns of suicide among Mexican Americans and Anglos, 19602–1980». *Social psychiatry*. 1986, vol. 21, núm. 2, p. 83-88.

JOINER JR, T. E.; BROWN, J. S.; WINGATE, R. «Thepsychology and neurobiology of suicidal behavior». *Annual Review of Psychology*. 2005, vol. 56, p. 287-314. ISSN 0066-4308.

JOINER, T. *Why People Die by Suicide* [online]. Cambridge: Harvard University Press. 2007.

KIA-KEATING, B. M.; GLATT, S. J.; TSUANG, M. T. «Meta-analyses suggest association between COMT, butnot HTR1B, alleles, and suicidal behavior». *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2007, vol. 144, núm. 8, p. 1048-1053.

KLOMEK, A. B. *et al.* «Bullying, depression, and suicidality in adolescents». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007, vol. 46, núm. 1, p. 40-49. ISSN 0890-8567.

LESTER, D. «Suicidal Behavior, Sex, and Mental Disorder». *Psychological reports*. 1970, vol. 27, núm. 1, p. 61-62.

LEWINSOHN, P. M.; ROHDE, P.; SEELEY, J. R. «Adolescent suicidalideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications». *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1996, vol. 3, núm. 1, p. 25-46.

LI, Z. *et al.* «Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review». *Social science& medicine*. 2011, vol. 72, núm. 4, p. 608-616. ISSN 0277-9536.

LOIS-BARCIA, M.; RODRÍGUEZ-ARIAS, I.; TÚÑEZ, M. «Pautas de redacción y análisis de contenido en noticias sobre suicidio en la prensa española e internacional: efecto Werther & Papageno y seguimiento de las recomendaciones de la OMS». *ZER: Revista de Estudios de Comunicación=KomunikaziolkasketenAldizkaria*. 2018, vol. 23, núm. 45.

MALO, P.; ALBÉNIZ, J. M.; URIARTE, J. J. «Memes y Psiquiatría (1) Memes, Enfermedades y Psiquiatras». *Norte de Salud mental*. 2010, vol. 8, núm. 36, p. 3. ISSN 1578-4940.

MANN, J. J. *et al.* «Suicide prevention strategies: a systematic review». *Jama*. 2005, vol. 294, núm. 16, p. 2064-2074.

MARCHIORI, H. *El suicidio, enfoque criminológico*. 2ªed. México: Porruá, 2000.

MAYO, D. J. *What is being predicted?: The definition of "suicide"*. 1992.

MELTZER, H. *et al.* *Non-Fatal Suicidal Behaviour in Adults aged 16–74 in Great Britain*. Palgrave, 2002.

MINKOFF, K. *et al.* «Hopelessness, depression, and attempted suicide». *American Journal of Psychiatry*. 1973, vol. 130, núm. 4, p. 455-459. ISSN 0002-953X.

MINOIS, G. *History of Suicide, Voluntary Death, in Western Culture*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press, 1999.

MORIN, A. «Suicidas, apóstatas y asesinos. La desesperación en la Séptima partida de Alfonso el Sabio». *Hispania*. 2001, vol. 61, núm. 207, p. 179-219. ISSN 0018-2141.

MÜLLER, F. «El "Efecto Werther": gestión de la información del suicidio por la prensa española en el caso de Antonio Flores y su repercusión en los receptores». *Cuadernos de Gestión de Información*. 2011, vol. 1, p. 65-71.

NIEDERKROTENTHALER, T. *et al.* «Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects». *The British Journal of Psychiatry*. 2010, vol. 197, núm. 3, p. 234-243. ISSN 0007-1250.

OLMO L. A.; GARCÍA F. D. «Suicidio y libertad de información: Entre la relevancia pública y la responsabilidad». *Revista de Comunicación de la SEECI*. 2015, núm. 38, p. 70-92. ISSN 1576-3420.

ORTEGA-SORET, A. Estudio comparativo de las muertes violentas de etiología médico-legal suicida en los institutos de medicina legal y ciencias forenses de Extremadura

durante los años 2012 a 2016. Dir. Marta Grijalba Mazo. Universidad Internacional de la Rioja (UNIR), La Rioja, 2018.

PEARSON, J. L.; CONWELL, Y. «Suicide in late life: challenges and opportunities for research». *International Psychogeriatrics*. 1995, vol. 7, núm. 2, p. 131-136.

PÉREZ JIMÉNEZ, J. C. *La mirada del suicida: el enigma y el estigma*. Madrid: Plaza y Valdés, 2011.

PHILLIPS, D. P. «The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect». *American Sociological Review*. 1974, p. 340-354.

POLDINGER, W. *La Tendencia al Suicidio*. Ediciones Morata, Madrid, 1969.

Prevención del suicidio. *Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra: OMS 2000.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.3 en línea]. 13 de octubre de 2019, 15:15. Disponible en: «<https://dle.rae.es>».

REMAFEDI, G.; FARROW, J. A.; DEISHER, R. W. «Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth». *Pediatrics*. 1991, vol. 87, núm. 6, p. 869-875.

RODRÍGUEZ, H. *et al.* «Glándula pineal humana, factores reguladores de la producción de melatonina: Morfometría, celularidad y células c-Kit». *Revista Internacional de Andrología*. 2007, vol. 5, núm. 4, p. 325-331.

ROJAS, E. *Estudios sobre el suicidio*. Salvat Editores Colombia, 1984.

SALMAN ROCHA, D. G. *Futuro imperfecto: dimensión hermenéutico-simbólica del suicidio en la obra de Jorge Semprún*. Directora. Dra. Gloria Prado Garduño. Universidad Iberoamericana, México D.F., 2011.

SAVIÑÓN TIRADO, J. Á. *El suicidio*. 1984, p. 58-75.

SMITH, M. *et al.* «The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism–suicide relationship». *Journal of Personality*. 2018, vol. 86, núm. 3, p. 522-542.

STENAGER, E. N.; JENSEN, K. «Attempted suicide and contact with the primary health authorities». *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994, vol. 90, núm. 2, p. 109-113.

WILCOX, H. C.; STORR, C. L.; BRESLAU, N. «Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban American young adults». *Archives of general psychiatry*. 2009, vol. 66, núm. 3, p. 305-311.

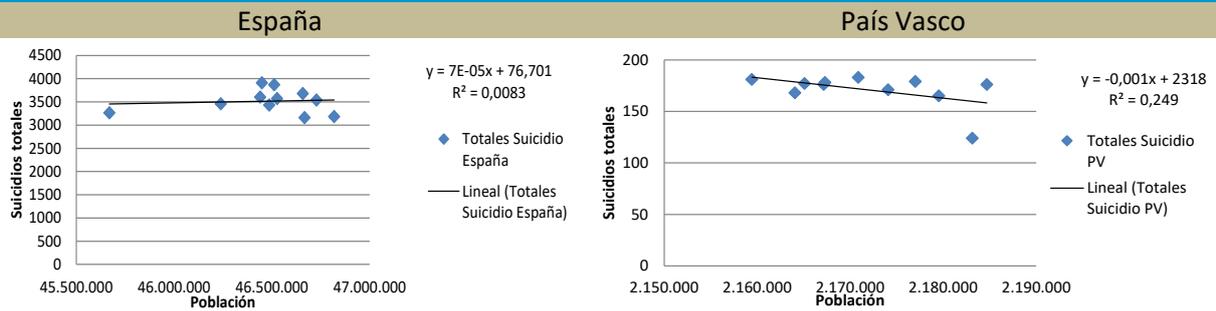
WRIGHT, H. N. *Cómo aconsejar en situaciones de crisis: ayuda para situaciones de crisis y tensión*. Editorial Clie, 1990, p. 147-177.

YOSHIMASU, K. *et al.* «Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsystudies». *Environmental health and preventive medicine*. 2008, vol. 13, núm. 5, p. 243-256. ISSN 1342-078X

ZAI, C. *et al.* «The brain-derived neurotrophic factor gene in suicidal behaviour: a meta-analysis». *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2012, vol. 15, núm. 8, p. 1037-1042. ISSN 1461-1457.

## ANEXO 1. Estudios gráficos de correlación

**Test de correlación de Pearson. Población total vs Suicidios totales.**

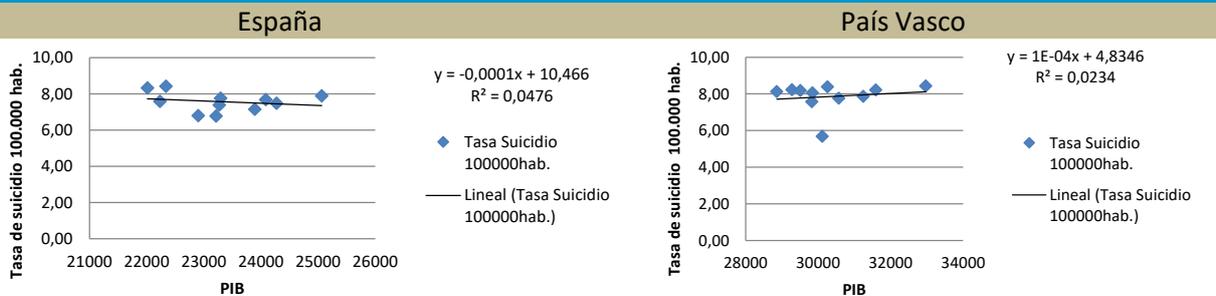


**Estudio de correlación**

	Población total	Totales Suicidio		Población total	Totales Suicidio
Población total	1		Población total	1	
Totales Suicidio	0,091197443	1	Totales Suicidio	-0,49895174	1

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

**Test de correlación de Pearson. PIB vs Tasa de suicidio.**

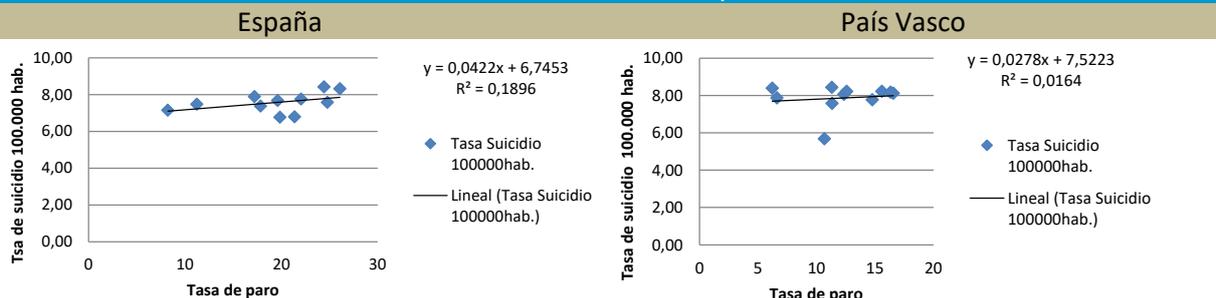


**Estudio de correlación**

	PIB	Tasa Suicidio 100000hab.		PIB	Tasa Suicidio 100000hab.
PIB	1		PIB	1	
Tasa Suicidio	-0,2180627	1	Tasa Suicidio	0,15305206	1

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

**Test de correlación de Pearson. Tasa de paro vs Tasa de suicidio.**



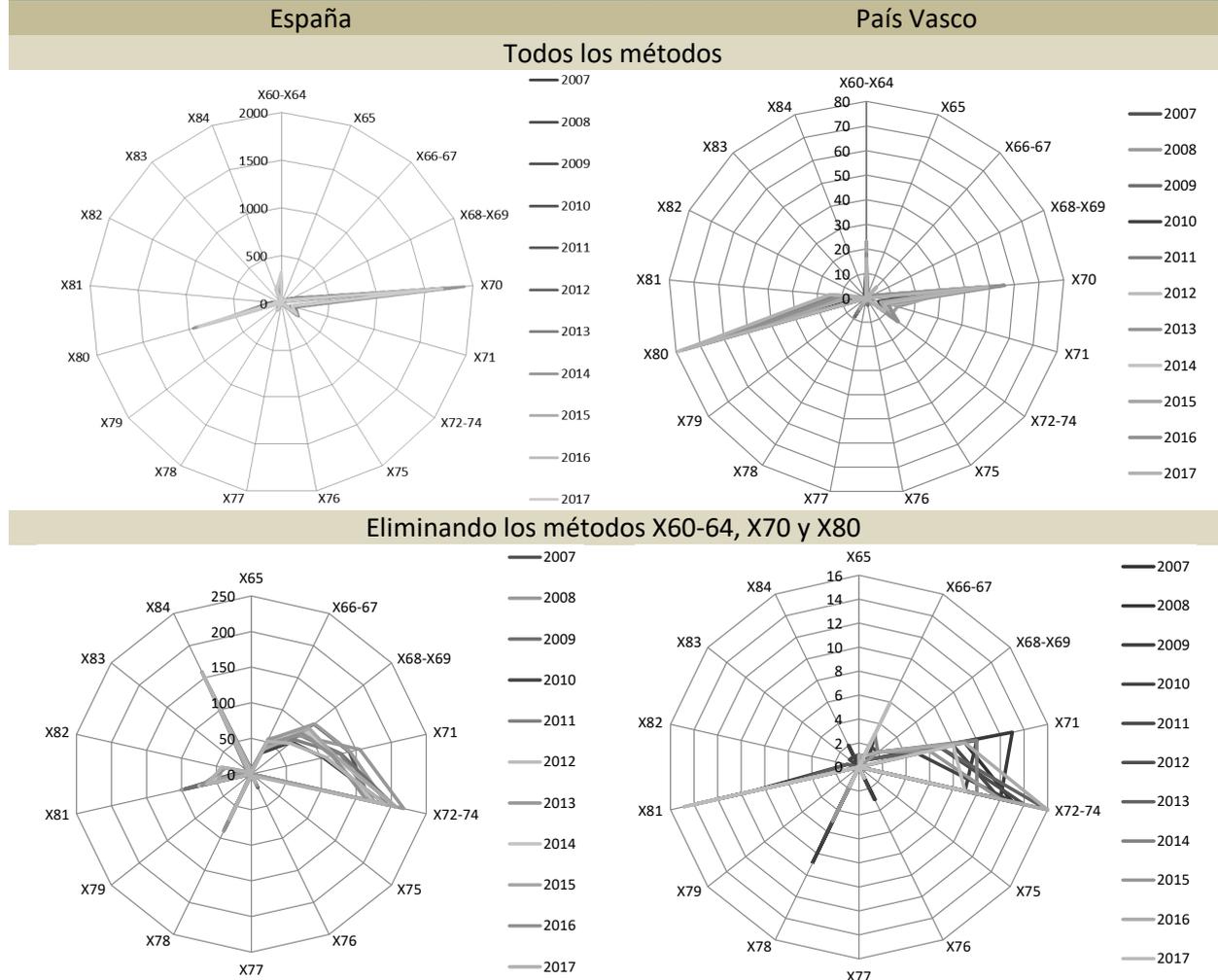
**Estudio de correlación**

	Paro	Tasa Suicidio 100000hab.		Paro	Tasa Suicidio 100000hab.
Paro	1		Paro	1	
Tasa Suicidio	0,43537775	1	Tasa Suicidio	0,12788116	1

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

## ANEXO 2. Gráficos de distribución relativos a los métodos

Distribución valores promedio para el periodo 2007-2017 por métodos



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

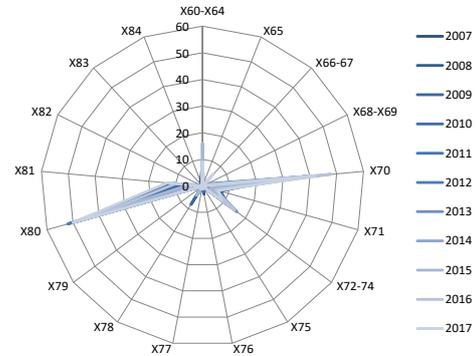
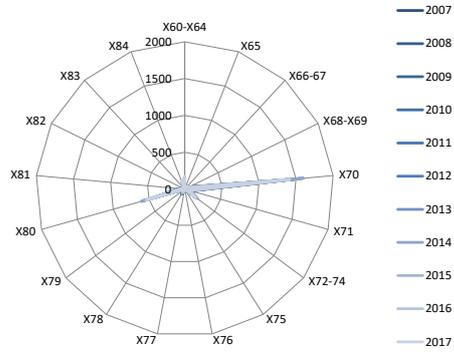
Distribución de promedios para el periodo 2007-2017 por métodos y sexo

España

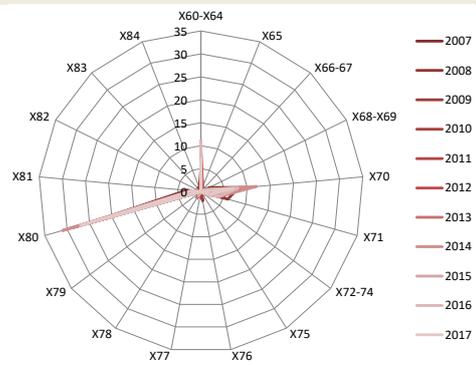
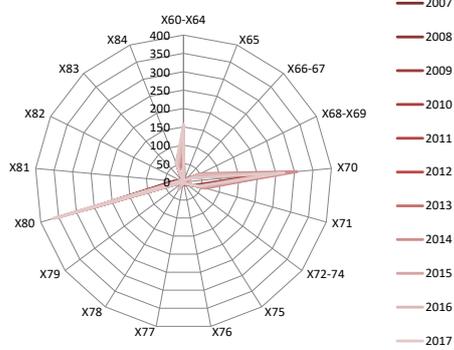
País Vasco

Todos los métodos

Hombres

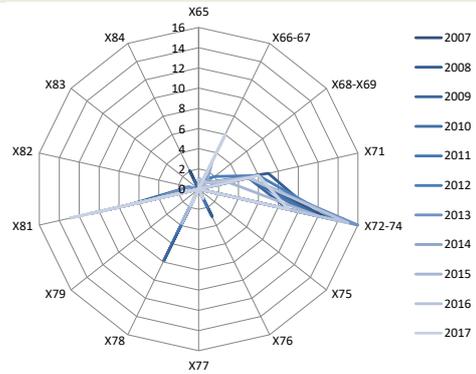
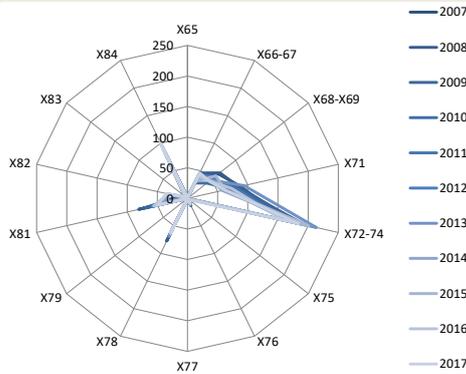


Mujeres

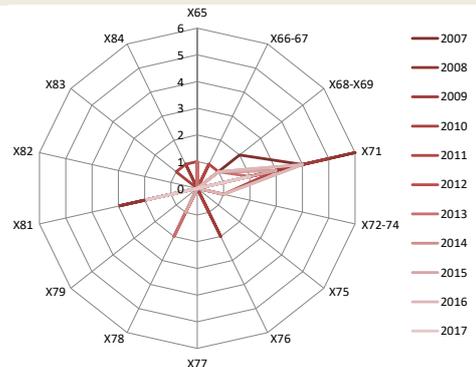
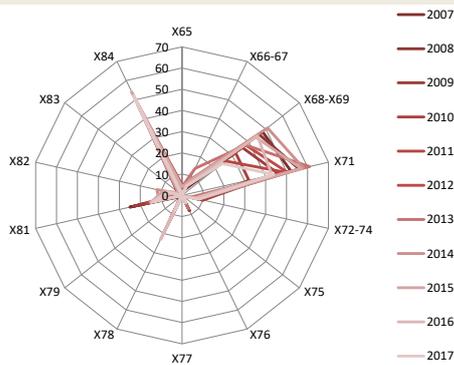


Eliminando los métodos X60-64, X70 y X80

Hombres



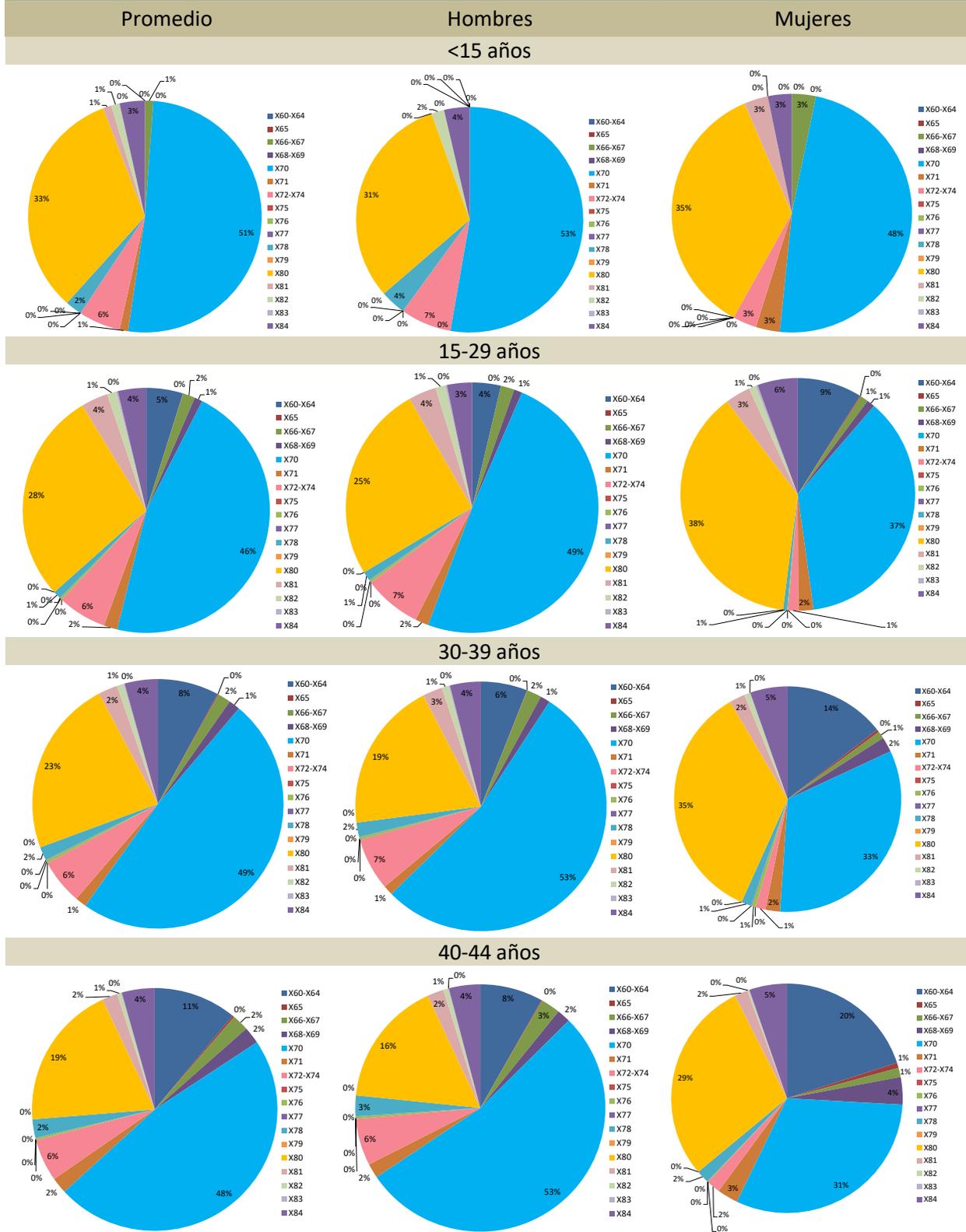
Mujeres



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

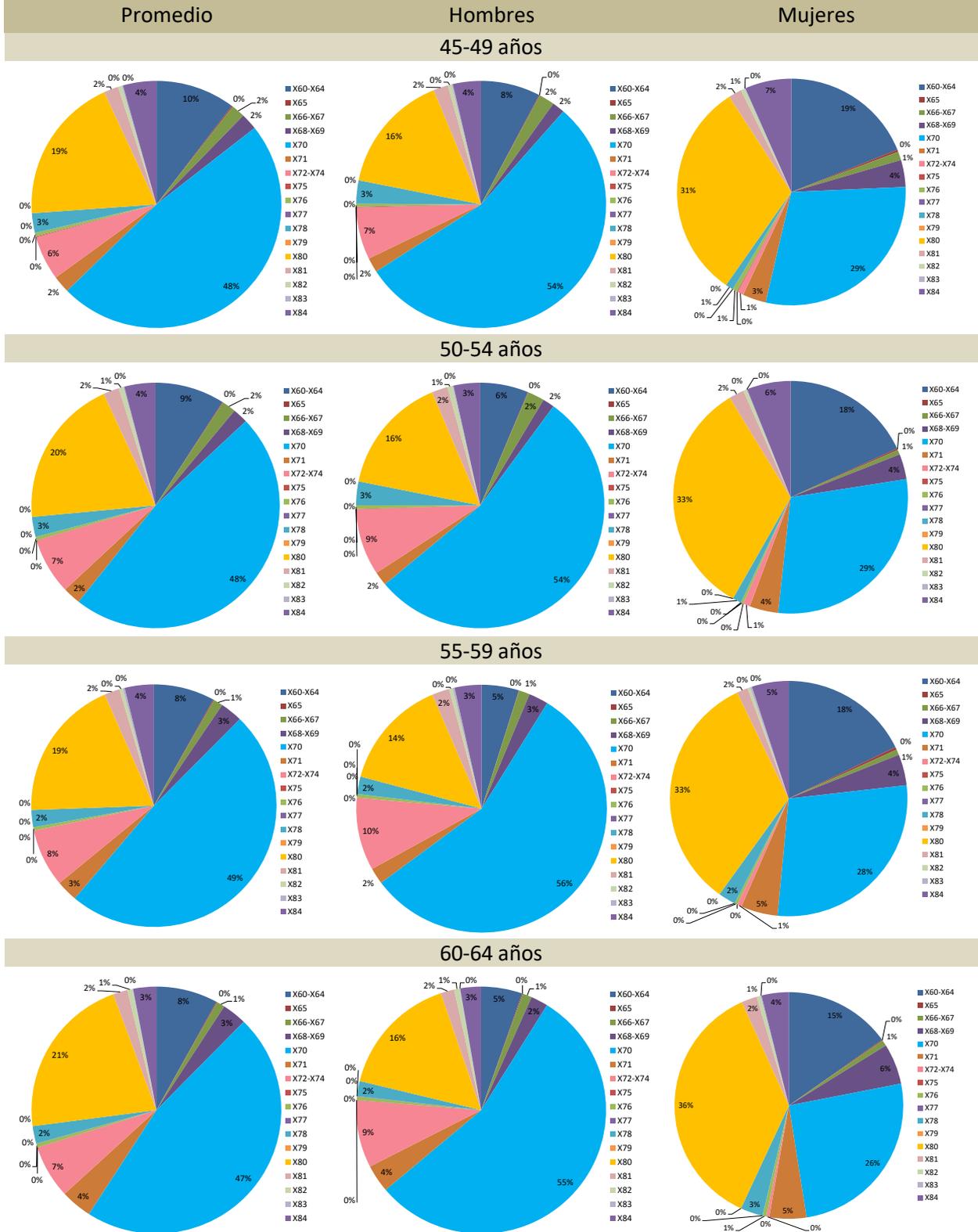
### ANEXO 3. Metodica del suicidio por grupo de edad y sexo

Diferencias en la metódica utilizada por rango de edad<sup>7</sup>



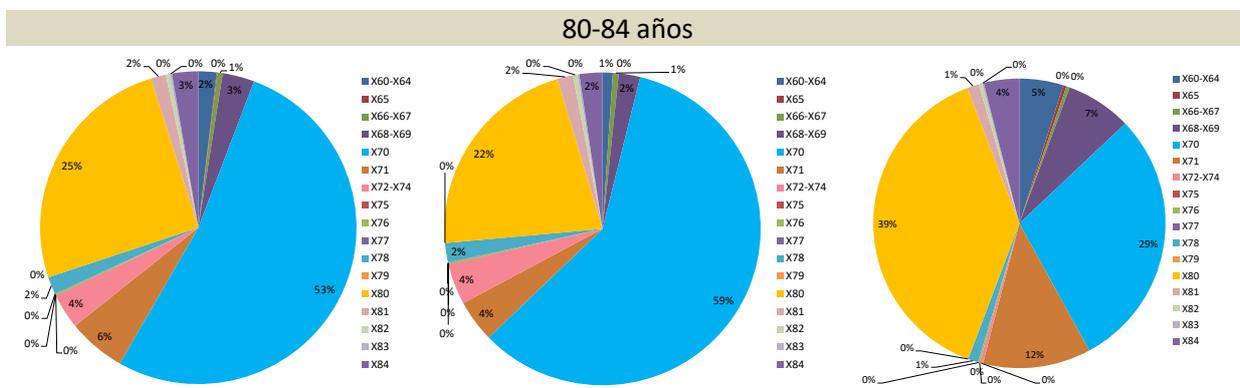
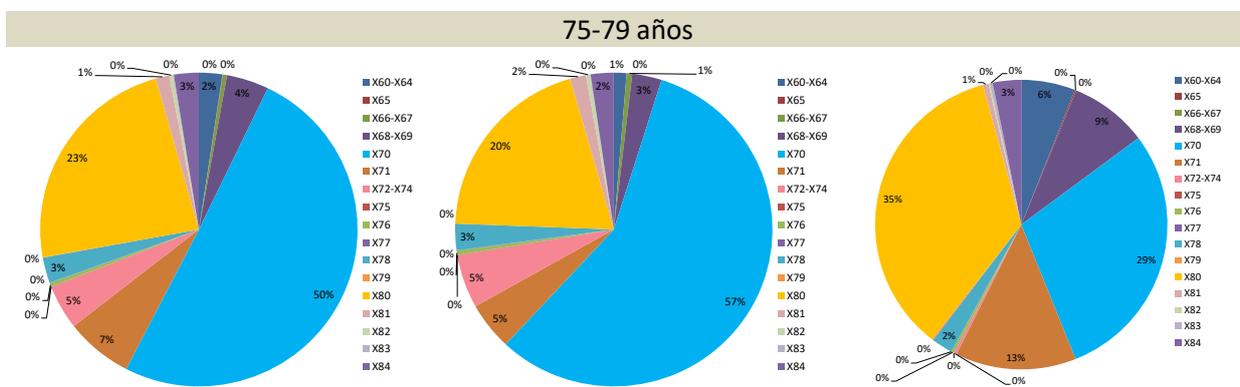
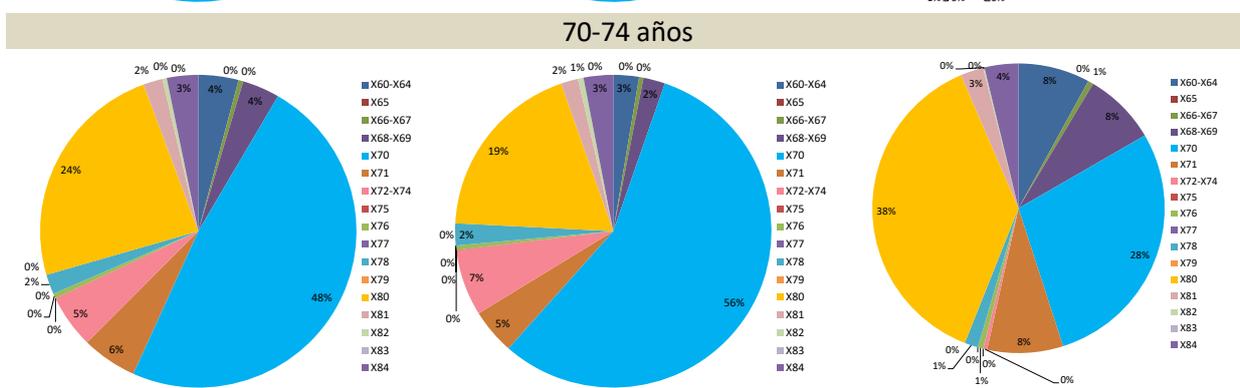
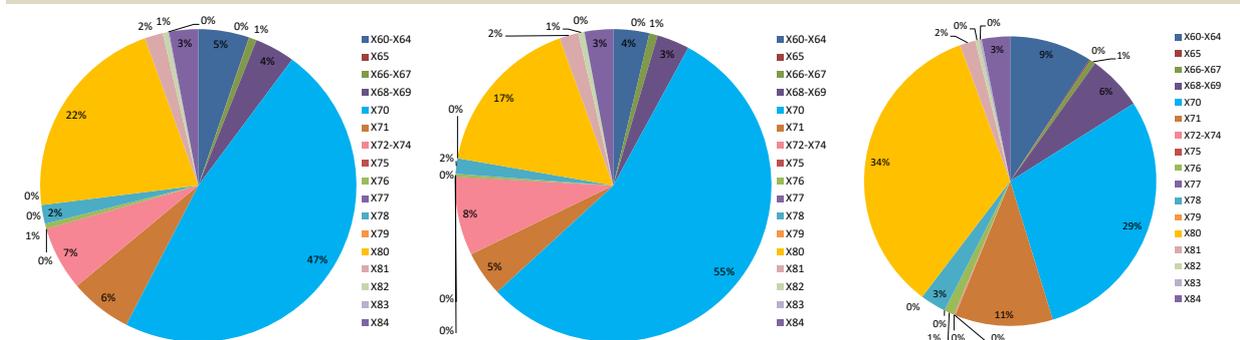
<sup>7</sup>Para una correcta visualización se recomienda el uso de ordenador.

Diferencias en la metódica utilizada por rango de edad<sup>7</sup>

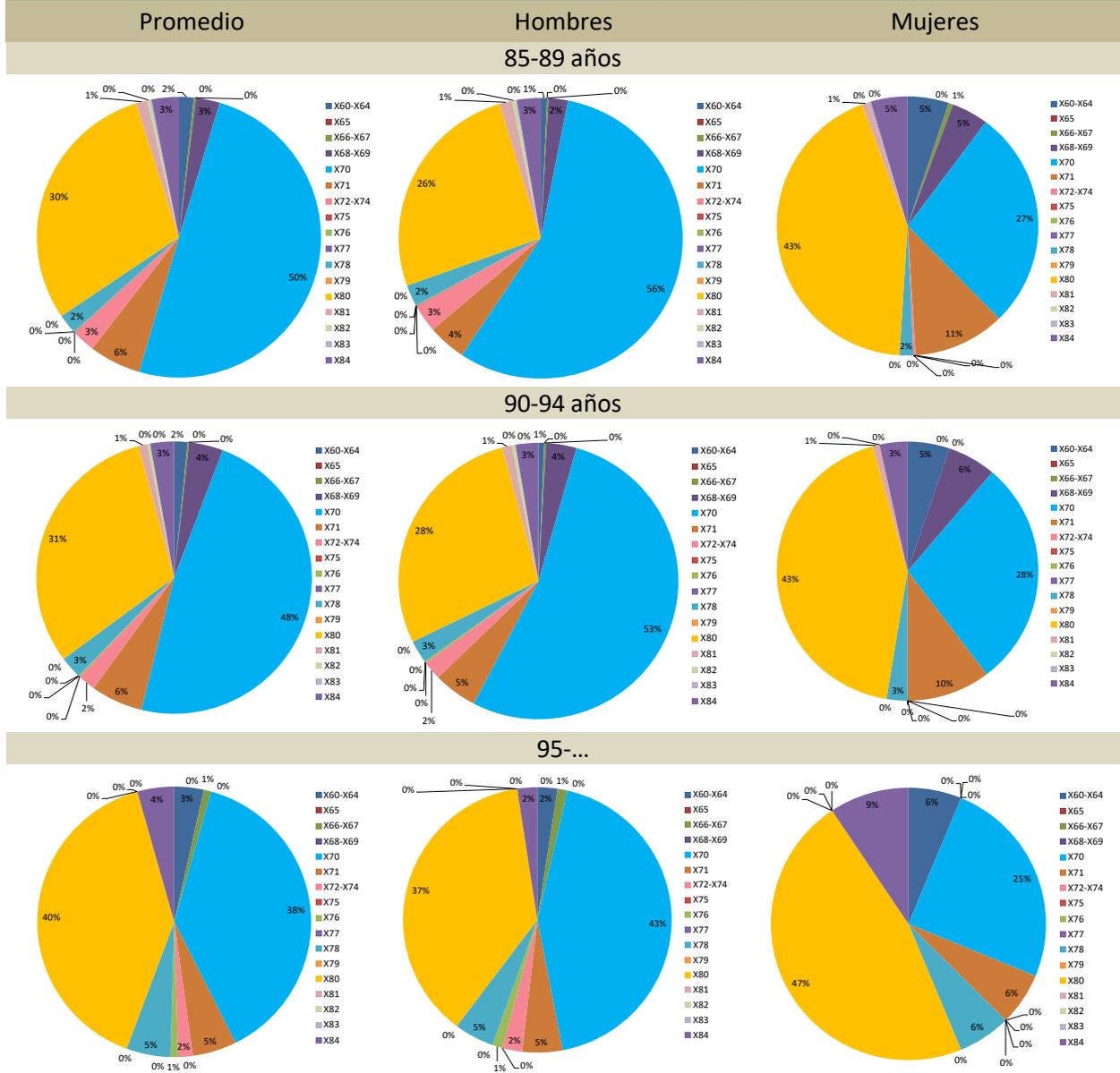


Diferencias en la metódica utilizada por rango de edad<sup>7</sup>

Promedio Hombres Mujeres



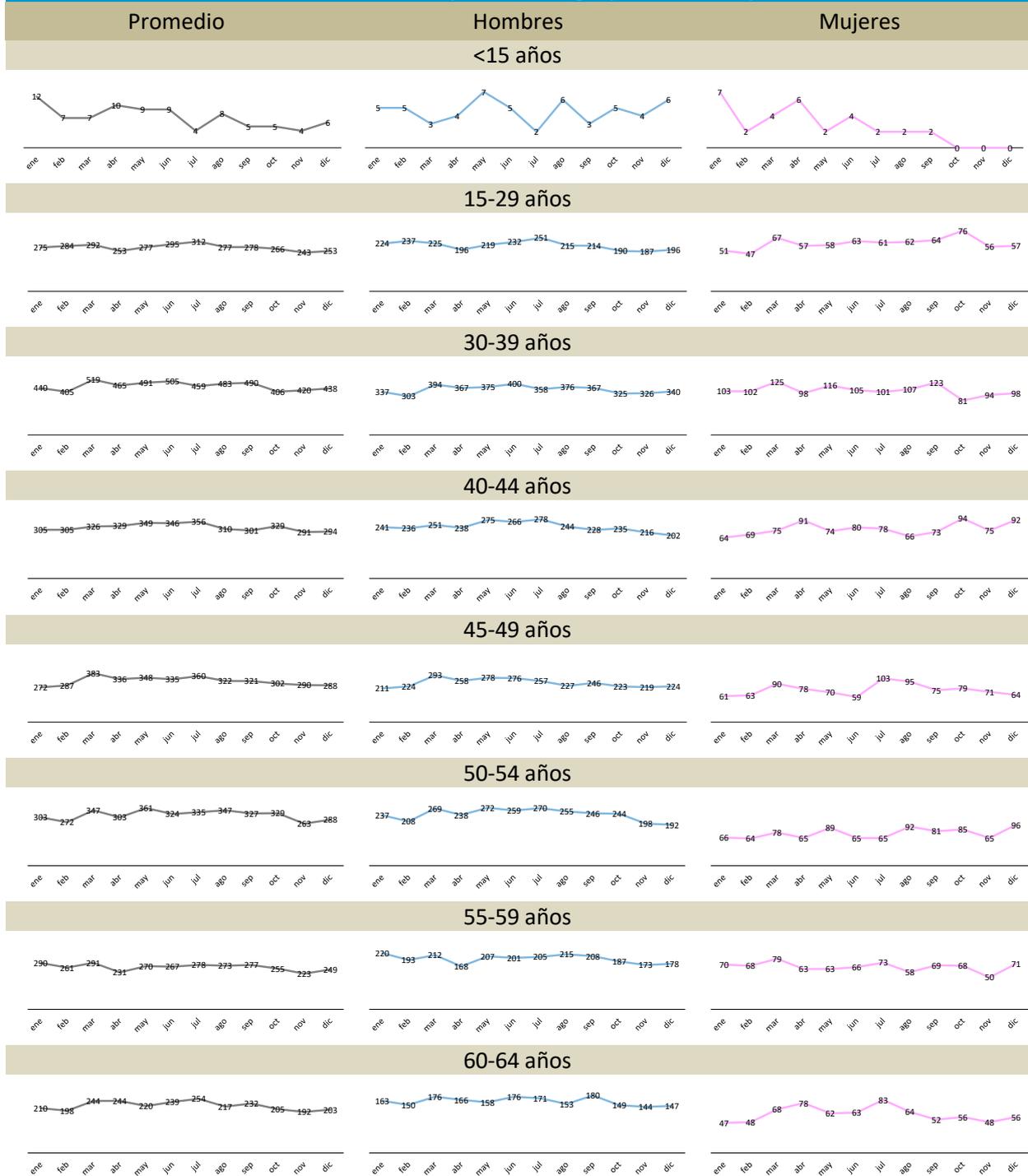
Diferencias en la metódica utilizada por rango de edad<sup>7</sup>



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.

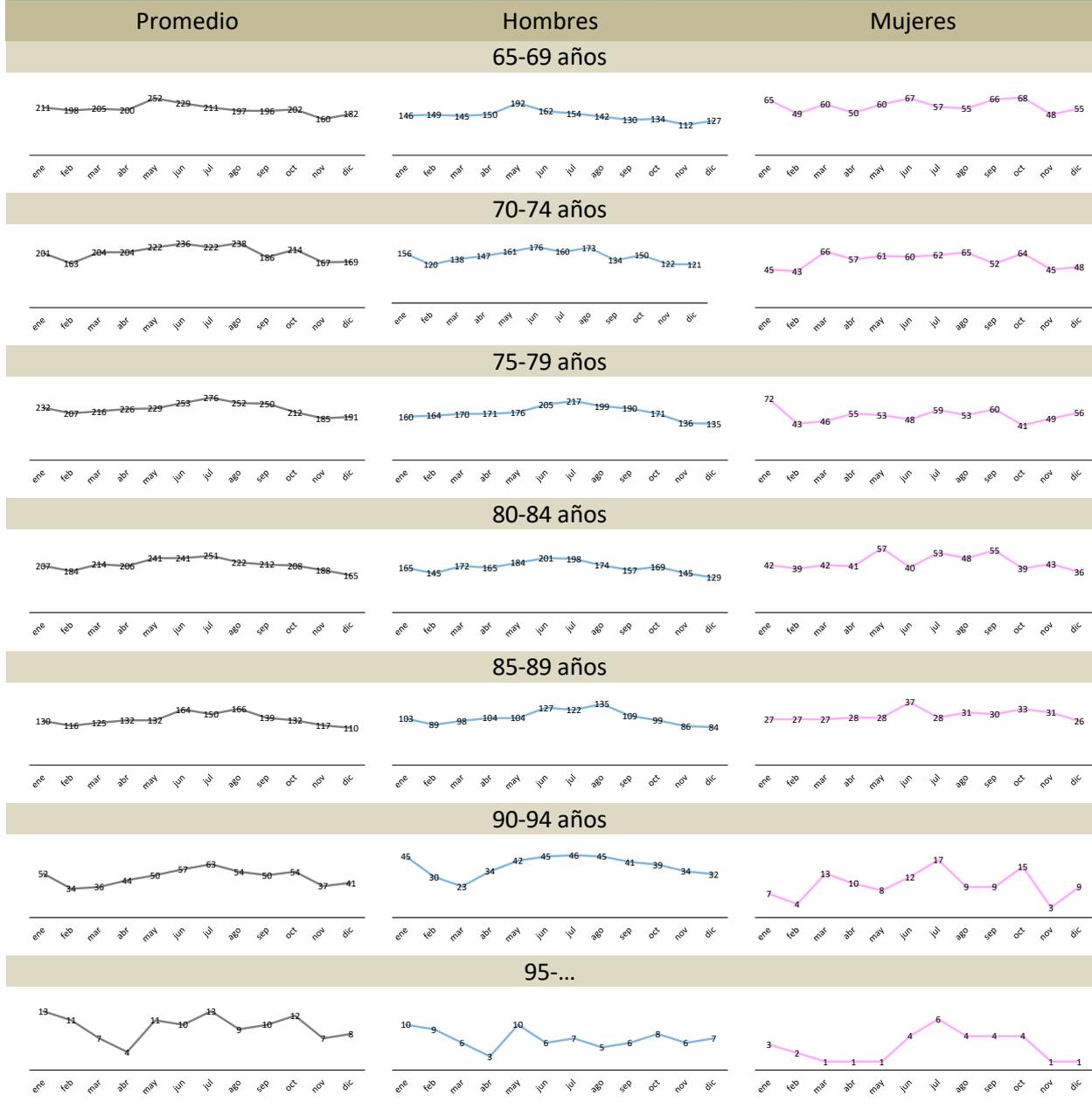
## ANEXO 4. Evolución del suicidio por meses, grupos de edad y sexo

Evolución del suicidio por meses, grupos de edad y sexo<sup>8</sup>



<sup>8</sup> Para una correcta visualización se recomienda el uso de ordenador.

Evolución del suicidio por meses, grupos de edad y sexo<sup>8</sup>



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE, 2019.