

## El suicidio en Segovia (1992-1994)

**RESUMEN:** Se registran los suicidios consumados, y las tentativas de suicidio que ingresaron en el Hospital General de Segovia entre 1992 y 1994. La tasa media anual de suicidios consumados es de 9,3 por diez mil habitantes y la de tentativas de 29,5, muy distintas a las recogidas en la Estadística del Suicidio del INE. Se establecen diferencias entre el suicidio consumado, suicidio frustrado y tentativas de suicidio (parasuicidio) considerando algunos factores asociados a las distintas conductas suicidas.

**PALABRAS CLAVE:** Suicidio consumado. Suicidio frustrado. Tentativas de suicidio (parasuicidio). Factores asociados a las conductas suicidas.

**SUMMARY:** Suicide an attempts suicides, when were admitted to Hospital General de Segovia, were recorded the annual incidence rate was 9,3 and 29,5 cases per 10.000 inhabitants for suicide an attempt suicide respectively. Discrepancies with INE's statistic of suicide are found. Differences between consummated suicide, frustrated suicide and attempt suicide (parasuicide) were established, taking into account associated factors with suicides behaviors.

**KEY WORDS:** Consummated suicide. Frustrated suicide. Attempt suicide (parasuicide). Associated factors with suicides behaviors.

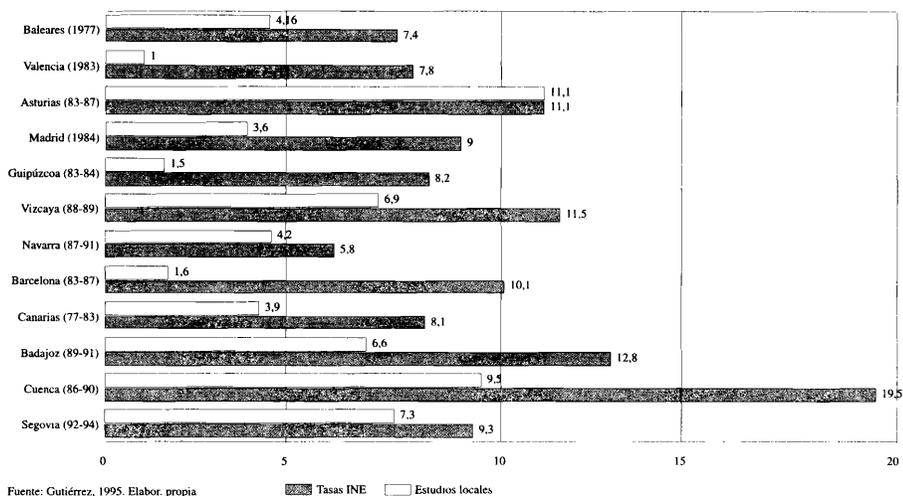
### *Amplio espectro de las conductas relacionadas con el suicidio*

Determinar la tasa de suicidios de una población ha sido uno de los motivos más antiguos de la investigación epidemiológica, puesto que representa un importante indicador de una serie de características culturales, políticas, económicas, religiosas y sanitarias de esa población (Schmidtke, 1991). En la mayor parte de los países occidentales se elaboran datos estadísticos sobre el suicidio desde hace más de un siglo. Aquí en España, una Real Orden de 1906 encarga al Instituto Geográfico y Estadístico el estudio y análisis de los datos relativos al número de suicidios que, en un principio, eran publicados de forma quinquenal. Cuando en 1945 se creó el actual Instituto Nacional de Estadística (INE) pasaría a su competencia la publicación de los datos relativos al suicidio a nivel nacional (Sarró y de la Cruz, 1991). Como apunta Gutiérrez (1995) en nuestro país se produce la paradoja de que un tema de naturaleza eminentemente sanitaria sea investigado por una Institución (el INE), dedicada fundamentalmente al estudio de temas socioeconómicos.

Muchas de las investigaciones que sobre el suicidio se han hecho han tenido como fuente exclusiva de sus datos los suministrados por el INE, a pesar de que en repetidas ocasiones se ha puesto de manifiesto la escasa validez de los mismos. Gutiérrez (1995) compara los datos del INE con estudios locales realizados por profesionales sanitarios del lugar y pone de manifiesto la escasa validez de los datos del INE (ver fig. 1).

El suicidio consumado es un hecho poco frecuente desde el punto de vista es-

Figura 1  
Tasas INE/Estudios locales



tadístico, aunque tiene, sin duda, una gran repercusión en el entorno familiar, social y sanitario de la persona que se suicida. Para que se pueda hablar de suicidio consumado se deben dar dos condiciones esenciales: por un lado, que la persona haya tenido una intención clara e inequívoca de acabar con su propia vida y, por otro, que la acción realizada le haya provocado la muerte. Existen, al menos, dos factores que pueden alterar la validez de los datos estadísticos. Por una parte, el suicida puede intentar enmascarar su intencionalidad simulando un accidente y, por otra, los familiares y/o el médico que certifica la muerte pueden alterar la causa de la misma en base a considerar las repercusiones familiares, sociales o económicas que pueda tener el acto suicida. A estas dos razones habría que añadir la falta de interés de las autoridades sanitarias por conocer los datos reales del suicidio.

Si al suicidio consumado añadimos los suicidios frustrados o las tentativas de suicidio el fenómeno ya no resulta tan raro desde el punto de vista estadístico. Por suicidio frustrado entendemos que ha habido por parte de la persona un deseo claro e inequívoco de acabar con su propia vida pero que ha fracasado en su intento, bien porque el método empleado no es tan letal como imaginaba, bien por factores casuales o por ser salvado por otra persona antes de morir.

Stengel, en 1964, fue el primero en afirmar que hay personas que realizan intentos suicidas, pero que no tienen un deseo claro e inequívoco de acabar con su vida, sino que más bien esa conducta autolesiva o autodestructiva tiene otra finalidad como pueda ser expresar hostilidad hacia su entorno, petición de ayuda, ven-

ganza, etc. La amenaza del suicidio la convierten algunas personas en una estrategia de interacción con su entorno, no existiendo en realidad un deseo claro de morir. En estos casos el término «tentativa de suicidio» ha sido sustituido por otros, pero el que más se está imponiendo en la literatura es el de parasuicidio (Sarró y de la Cruz, 1991; Kreitman, 1980). En el cuadro 1 reproducimos esquemáticamente lo que acabamos de decir:

Cuadro 1

Suicidio consumado	Deseo inequívoco de morir y muerte
Suicidio frustrado	Deseo inequívoco de morir y fracaso en consecución
Parasuicidio	Ausencia de deseo y ausencia de muerte.

Si a esta tipología añadimos las personas que en algún momento de su vida tienen ideas de suicidio, impulsos suicidas no llevados a la práctica, reflexiones o consideraciones sobre el suicidio como forma de solución a los problemas vitales o existenciales, suicidios enmascarados y contabilizados en las estadísticas como accidentes o sobredosis (fundamentalmente de drogas ilegales); personas que participan en juegos peligrosos como los denominados juegos de muerte que en determinados momentos y contextos se ponen de moda (por ejemplo, la ruleta rusa), o que realizan de forma repetitiva conductas de alto riesgo vital (por ejemplo, graves intoxicaciones alcohólicas), podríamos afirmar la naturaleza epidémica de todo el espectro relacionado con el suicidio.

El mejor símil que se nos ocurre para representar lo que acabamos de decir es el símil del iceberg. En la parte visible estarían los suicidios consumados, frustrados y conductas parasuicidas conocidos y contabilizados en las estadísticas y en la parte invisible estarían todos aquellos suicidios consumados, frustrados o conductas parasuicidas que no se reflejan en las estadísticas, los suicidios enmascarados como accidentes, las conductas parasuicidas que no entran en contacto con el sistema sanitario y las personas que tienen ideación que de momento no ponen en práctica.

Existen estudios epidemiológicos que han tratado de aflorar esta parte sumergida del iceberg del suicidio. Así, Kennedy y Kreitman (1973) afirman que entre un 20-30% de las personas que hacen una tentativa de suicidio no entran en contacto con el sistema sanitario, no reflejándose estos casos en las estadísticas. Las muertes por sobredosis de drogas ilegales en las que se sospecha que hay una intencionalidad suicida pueden representar, según Hafner y Schmidtke (1987), entre el 10-20%. Los accidentes de tráfico de personas que viajan solas y que en realidad enmascaran suicidios oscila entre el 1% de este tipo de accidentes (Handel, 1982) y el 15% (Pokorny y otros, 1972). Una investigación de Paykel y

col. (1973) con una muestra de personas sanas de New Haven arrojó los siguientes resultados: un 11% de la muestra admitió haber creído en algún momento que no merecía la pena seguir viviendo; un 8,2% expresó haber tenido el deseo de estar muertos; un 4,8% había pensado con frecuencia en el suicidio; un 2,6% habían pensado en el suicidio de forma seria y un 1,1% admitieron haber hecho un intento de suicidio (citado de Finzen 1989).

Qué relación existe entre los grupos de personas que configuran este amplio espectro, y la eventual evolución de un tipo a otro, es algo que se escapa del marco de esta investigación y que se deberá dilucidar en investigaciones futuras. En el cuadro 2 se refleja el espectro del fenómeno del suicidio.

Cuadro 2. *Espectro de suicidio*

- Suicidios consumados
- Tentativas de suicidio o suicidios frustrados
- Parasuicidios
- Suicidios consumados enmascarados como accidentes o sobredosis
- Suicidios frustrados o parasuicidios que no acuden al sistema sanitario
- Ideación suicida persistente o situacional (de naturaleza existencial, depresiva u obsesiva)
- Participación en juegos de muerte
- Conductas que implican un alto riesgo vital

Nuestra intención a la hora de emprender esta investigación en la provincia de Segovia fue hacer lo más visible posible el iceberg del suicidio. El objetivo fue la determinación más exacta posible de todos los suicidios consumados, así como de las tentativas de suicidio y los parasuicidios que acudieron al servicio de urgencias del hospital general. En un principio pretendimos también investigar, con la técnica de la «autopsia psicológica» (Weisman y Kastenbaum, 1968), los posibles suicidios consumados enmascarados como accidentes, pero los problemas burocráticos e institucionales encontrados nos hicieron desistir de esta idea.

### *Población y método*

La investigación está referida al periodo que va desde el uno de enero de 1992 hasta el treinta y uno de diciembre de 1994. Se llevó a cabo en la provincia de Segovia que cuenta con 147.188 habitantes, de los cuales 54.375 residen en la capital y el resto en zonas rurales, según el censo de 1991. A lo largo del periodo estudiado se cumplimentaron unos protocolos de elaboración propia en que se recogía la información que se consideraba relevante (información sociodemográ-

fica y clínica) tanto sobre los suicidios consumados como de los suicidios frustrados y las conductas parasuicidas que acudieron al servicio de urgencias hospitalario. Se estudiaron 171 casos, de los cuales 41 correspondían a suicidios consumados.

La determinación de los suicidios consumados se hizo en base al análisis médico forense y, siempre que fue posible, a las informaciones recogidas entre familiares y personal sanitario (preferentemente el médico de cabecera) mediante la técnica de la «autopsia psicológica». Con esta técnica se pretendía determinar si antes de la muerte habían existido indicadores verbales, conductuales o situacionales que despejaran las posibles dudas que pudieran existir entre si se trataba de un accidente o de un suicidio. En muchos casos de suicidio consumado el suicida dejó una nota, facilitando así al médico forense del equipo la determinación de la causa de la muerte.

El material recogido por medio de los protocolos hubo de resumirse en cuestionarios para su análisis estadístico por medio del paquete estadístico SPSS/PC+ Versión 5.0. Se utilizó la prueba chi cuadrado de Pearson para hallar asociaciones entre variables cualitativas. Para el tratamiento de las variables cuantitativas (edad, número de intentos previos) se utilizó *oneway* con la prueba de la diferencia mínima significativa (LSD), y las comparaciones múltiples de Scheffe. De las variables consideradas en un principio sólo se han tenido en cuenta aquellas sobre las que se tenía información en más del 90% de los casos y que se asociaban ( $p < 0,01$ ) con la variable autenticidad (distribuida en cuatro categorías: suicidio consumado, tentativas de suicidio (autenticidad suicida), tentativas manipulativas (parasuicidio) y mixtas (de dudosa adscripción a alguna de las dos categorías anteriores).

### Resultados

Algunos de los datos obtenidos se ofrecen en las tablas del Anexo. Como se ha indicado, la asociación entre los distintos factores y la variable autenticidad se ha establecido a partir de  $p < 0,01$ . Quizás convenga detenerse en ciertos aspectos.

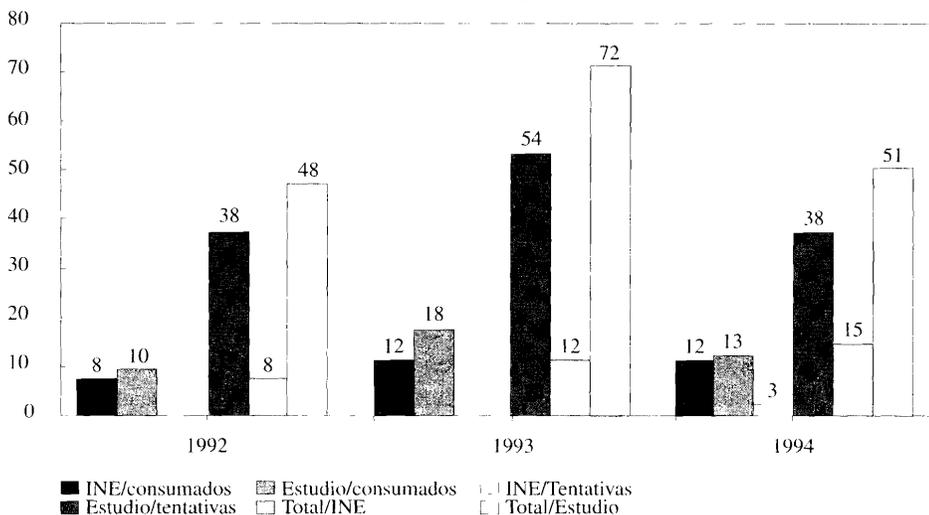
El total de suicidios consumados ocurridos en la provincia de Segovia durante los años 1992, 1993 y 1994 fue de 41. El de suicidios frustrados y conductas parasuicidas fue de 130. La relación entre suicidio consumado y tentativa de suicidio/parasuicidio es de 1 a 3. La tasa anual media para los suicidios consumados por 100.000 habitantes fue de 9,3 y para las tentativas de suicidio/parasuicidio fue de 29,5. Los datos del INE para el mismo periodo fueron de 32 suicidios consumados y 2 tentativas de suicidio.

Ha de resaltarse la discrepancia entre nuestros datos y los del INE, confirmando una vez más el hecho de que cuando una investigación sobre el suicidio es

realizada por profesionales sanitarios que trabajan en la zona, el número total de casos es significativamente superior al que reflejan las estadísticas oficiales. En la figura 2 se puede ver la gráfica que representa los datos publicados por el INE para los años 1992, 1993 y 1994 y los obtenidos en nuestra investigación. En el caso de los suicidios consumados la diferencia es de 9 casos detectados por nosotros que no constan en los datos del INE. Llama más, sin embargo, la atención las diferencias encontradas en las tentativas autolíticas que en el caso del INE son sólo 2 y en el nuestro 150, es decir, la diferencia es de 128 casos.

Figura 2

El suicidio en Segovia (1992-1994)  
Notificaciones INE/Estudio



Como decíamos anteriormente, la determinación de los suicidios consumados se hizo en base al análisis médico forense y a la autopsia psicológica. Las personas con tentativas de suicidio y con parasuicidio fueron valoradas clínicamente por nosotros en el Servicio de Urgencias del Hospital y, como parte importante de esa valoración, se determinó la intencionalidad del acto suicida. De acuerdo con este criterio dividimos a los 130 pacientes entre aquellos que tenían una clara intención suicida (TS) (n = 46), aquellos que su intención no era morir sino modificar en algún sentido su entorno sociofamiliar (P) (n = 65) y un grupo mixto que resultaba dudoso adscribirlos a una u otra categoría (M) (n = 19). La distribución de todos los datos, de acuerdo con esta tipología de la conducta suicida, y teniendo en cuenta la edad y el género de todos los sujetos puede verse en las figs. 3 y 4.

Figura 3

El suicidio en Segovia (1992-1994)  
Tipología del suicidio/edad

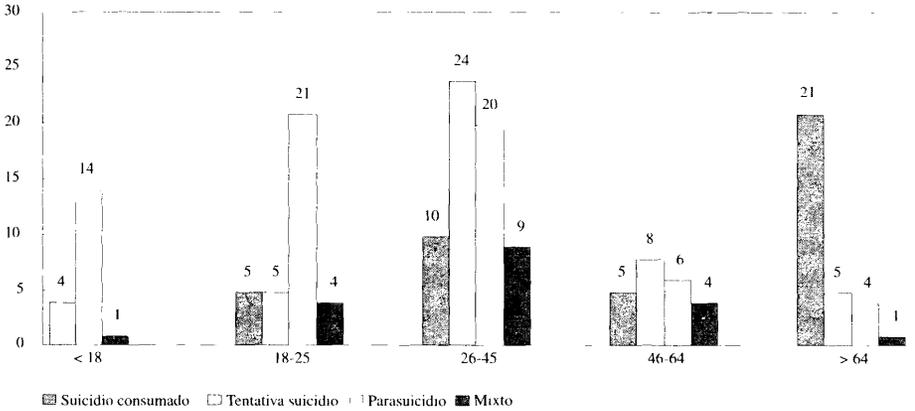
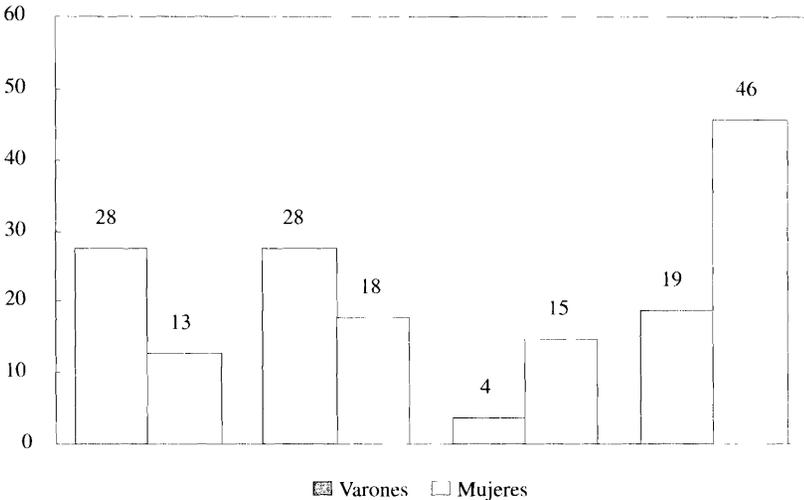


Figura 4

El suicidio en Segovia (1992-1994)  
Tipología del suicidio/Sexo

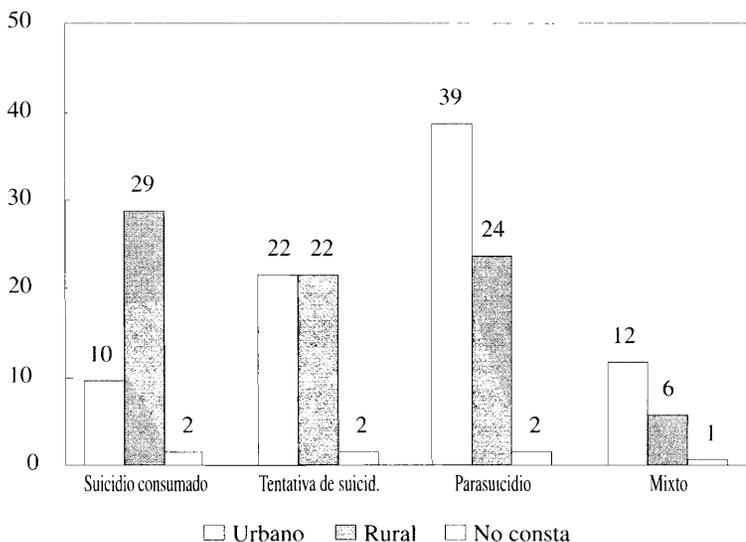


En el periodo de tiempo estudiado no se ha producido en nuestra provincia ningún suicidio consumado de niños o adolescentes, aunque hay que señalar que existen 19 casos de adolescentes con tentativas de suicidio y parasuicidios. En

general se puede afirmar que a medida que una persona supera los 65 años, existe mayor riesgo de realizar un suicidio consumado, distribuyéndose el resto de las conductas suicidas entre todas las edades, preferentemente entre los 18 y los 45 años. La media de edad es ilustrativa de esto que acabamos de decir. Para los suicidios consumados es de 57 años; para las tentativas de suicidio es de 39; para el grupo mixto es de 36 y para los parasuicidios es de 30. Con respecto al sexo, la relación varón/mujer es de 2/1 en el suicidio consumado, se tiende a mantener la misma relación, aunque inferior, en las tentativas de suicidio y es claramente inversa en el parasuicidio. Datos, por otra parte, que suelen ser congruentes con la mayor parte de las investigaciones sobre el suicidio. En relación con la variable del hábitat (rural/urbano) no se aprecian grandes diferencias ya que, aunque hay muchos más suicidios consumados en el medio rural (29) que en el urbano (10), sin embargo, la población rural es aproximadamente el doble que la población urbana (ver fig. 5). Los parasuicidios, sin embargo, se producen claramente con más frecuencia en el medio urbano que en el medio rural.

En una provincia cuya economía se basa en la agricultura, ganadería y en los servicios, es de esperar que la amplia población dedicada a estas tareas esté más representada entre las personas que realizan conductas suicidas. Así, las personas

Figura 5  
El suicidio en Segovia (1992-1994)  
Tipología del suicidio/Lugar residencia

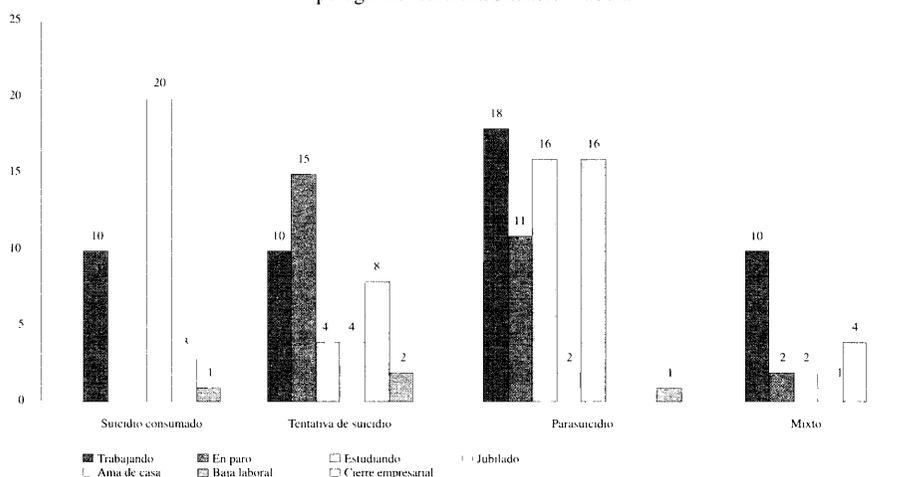


## ORIGINALES Y REVISIONES

dedicadas a actividades de agricultura y ganadería son las que más han realizado suicidios consumados (15). Los estudiantes y las amas de casa son los más representados en la tipología del parasuicidio. Antes habíamos mencionado que uno de los factores de riesgo del suicidio consumado es la edad. A partir de los 65 años es más frecuente que en edades anteriores. Pues bien, con respecto a la situación laboral el estar jubilado se asocia más al suicidio que el estar en paro. Ninguno de los 41 suicidios consumados se encontraba en paro. Los jubilados, por el contrario, realizan pocas tentativas de suicidio (ver fig. 6).

Figura 6

El suicidio en Segovia (1992-1994)  
Tipología del suicidio/Situación laboral



Acaso sea conveniente subrayar la importancia del suicidio entre los varones mayores de 64 años que viven en el medio rural. La tasa media de suicidios consumados para ese grupo se ofrece en el cuadro 3 y cabe compararla con la tasa para toda la población, 9, 3.

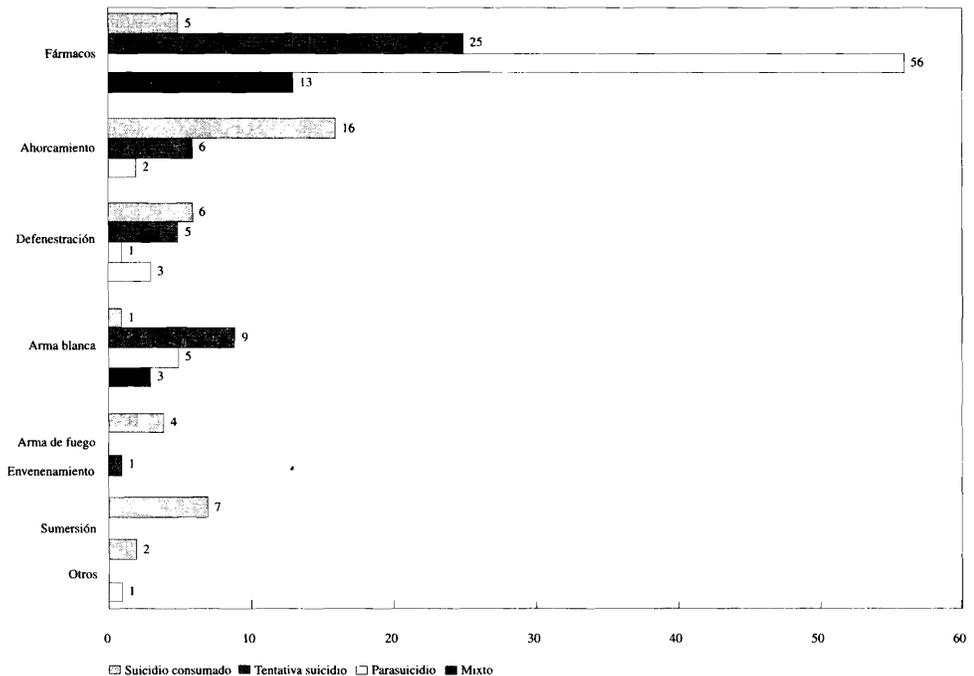
Cuadro 3

Tasa media anual (x 100.000 habitantes) de suicidios consumados para las personas de más de 64 años, distribuida por hábitat y sexo

	Varones	Mujeres	Total
Urbano	20,4	7,3	12,7
Rural	39,9	14,9	26,2
Total	37,6	14,9	24,8

Cuando una persona tiene ideación suicida y empieza a elaborar un plan para llevar a cabo esa ideación, la elección del método estará en función de una serie de variables como son la accesibilidad que la persona tenga al método elegido, la tradición que existe en el medio social sobre ese método y la valoración subjetiva que el suicida hace sobre la letalidad. En nuestro estudio, el método más frecuentemente utilizado en los suicidios consumados fue el ahorcamiento seguido de la sumersión (en el pozo de la casa o en el de un campo cercano) y la defenestración. En las otras modalidades de conducta suicida o parasuicida la ingestión de fármacos es el método utilizado con mayor frecuencia (ver fig. 7). Llama la atención, aunque no está recogido en la gráfica, el importante número de jóvenes que mezclan el alcohol y los psicofármacos como método para inducir el suicidio.

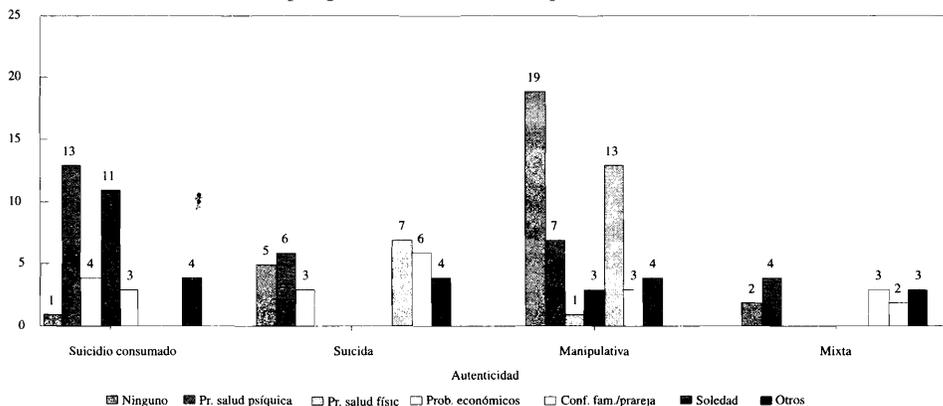
Figura 7  
El suicidio en Segovia (1992-1994)  
Tipología del suicidio/Método



La presencia de enfermedades (físicas y/o mentales) es el factor desencadenante principal en los suicidios consumados (48,8%), mientras que los problemas familiares, de pareja o los conflictos y rupturas amorosas son los que principal-

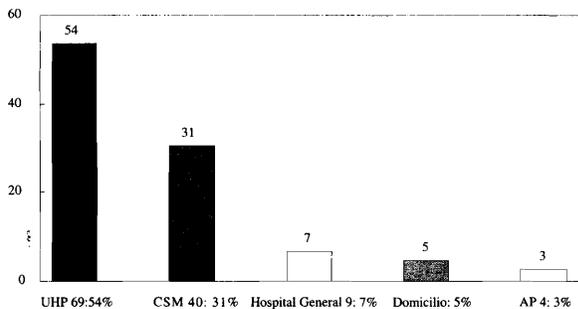
mente desencadenan las tentativas autolíticas o los parasuicidios (ver fig. 8). La soledad está presente como situación estresante en el 28,8% de los suicidios consumados.

Figura 8  
El suicidio en Segovia (1992-1994)  
Tipología del suicidio/Situación previa de estrés



En la fig. 9 se puede apreciar dónde fueron derivados los pacientes con tentativas de suicidio y con parasuicidios una vez que fueron dados de alta del servicio de urgencia hospitalaria. Los criterios de derivación estaban en función de la psicopatología que subyacía al intento autolítico, la gravedad del mismo y la actitud del paciente y los familiares. La mayor parte de los suicidios frustrados (n = 40) fueron ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y algunos otros permanecieron ingresados en distintos servicios del Hospital para ser atendidos por su patología orgánica derivada del intento autolítico.

Figura 9  
El suicidio en Segovia (1992-1994)  
Tipología del suicidio/derivación



A modo de resumen, en el cuadro 4 recogemos las diferencias más importantes encontradas por nosotros entre los suicidios consumados y las tentativas de suicidio/parasuicidios.

Cuadro 4. Factores asociados a suicidios y parasuicidios ( $p < 0,01$ )

Factores	Suicidio	Tentativas de suicidio/parasuicidio
Frecuencia	Poco frecuente	Más frecuente
Sexo	Más frecuente en varones	Más frecuente en mujeres
Hábitat	Medio rural	Medio urbano
Edad	Varones mayores de 60 años	Personas jóvenes entre 28 y 45 años
Estado	Más frecuente en solteros mayores, viudos y jubilados	Más frecuente en casadas y solteros/as estudiantes
Método	Ahorcamiento	Fármacos
Desencadenante	Enfermedad mental y/o física	Reacciones adaptativas. Conflictos familiares. Conflictos de pareja

### Discusión y conclusiones

En nuestro país los estudios sobre el suicidio se han centrado fundamentalmente en la epidemiología teniendo otro tipo de investigaciones menor relevancia. Esta ausencia de interés, más allá de lo epidemiológico, quizás sea debida a dos factores. Por una parte, la baja tasa de suicidios, una de las más bajas de Europa, según las estadísticas oficiales, y, por otra, la idea errónea o fatalista extendida entre los profesionales de la salud mental y de la Administración en general de que las tasas de suicidio son inmodificables con programas preventivos. Las tasas del suicidio en España —estimadas en los distintos estudios— son parecidas a las de las muertes por accidente de tráfico. Nos llama la atención las medidas preventivas que las autoridades responsables toman para intentar disminuir los accidentes de tráfico (mejorar la infraestructura viaria, ITV, estímulos a la modernización del parque automovilístico, control periódico de permisos de conducir, control de alcoholemias, etc., etc.) y la práctica ausencia de planes específicos de prevención del suicidio. La relación entre las muertes por suicidio y las muertes en accidente de tráfico se suelen resaltar en muchas investigaciones. En Alemania, por ejemplo, el número de suicidios se sitúa alrededor de las 14.000 personas/año, mientras que las muertes por accidentes de tráfico están aproximadamente en torno a las 7.000 personas (Schmidtke, 1989). En Francia, el suicidio representa el 2,5% de las muertes anuales, porcentaje mayor que las muertes por accidentes de tráfico (ver Diario Médico, 28-2-1996). Según estos datos, podríamos afirmar que a mayor desarrollo industrial

y económico aumentan las muertes por suicidio y disminuyen las muertes por accidentes de tráfico.

En numerosos estudios epidemiológicos se recoge que la mayor parte de los suicidios consumados son llevados a cabo por personas que sufren alteraciones psicopatológicas. Según esos estudios esa variable explicaría entre el 74% y el 100% de los suicidios (ver Rodríguez Pulido y otros, 1994). Son muchos los autores que resaltan que en los últimos veinte o treinta años se han producido aumentos considerables en las tasas de suicidio como consecuencias de las políticas de desinstitucionalización que han vivido la mayor parte de los países occidentales. En España son necesarias estadísticas más válidas y fiables para poder determinar con mayor exactitud cómo determinados cambios sociosanitarios (institucionalización *versus* desinstitucionalización) terapéuticos (antidepresivos tricíclicos *versus* inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), etc. influyen en el fenómeno del suicidio. No obstante, y de acuerdo con la información de la que hemos dispuesto no podemos afirmar que en Segovia se haya producido ese proceso. De los 41 suicidios consumados, 15 habrían recibido atención ambulatoria en Salud Mental en algún momento de su vida, y 10 de los suicidas la habían recibido regularmente en los seis meses previos a su fallecimiento, desenlace que no es posible asociar al fenómeno desinstitucionalizador.

En los cuadros siguientes (extraídos del «Plan Sectorial de Prevención y Atención de las Conductas Suicidas», editado por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León en 1994) es posible comparar los resultados obtenidos en este trabajo con otros estudios realizados en España. En el caso de los suicidios consumados también se ofrece la información aportado por el INE.

Para terminar destaquemos los aspectos siguientes:

1. El fenómeno del suicidio es mucho más amplio que el número de personas que se suicidan y/o que llegan a los servicios de urgencias de los hospitales generales por un intento autolítico.

2. Se hace necesario realizar otro tipo de investigaciones que vayan más allá de los estudios puramente epidemiológicos, y que suponen pérdida de información cualitativa.

3. Se deberían realizar estudios más minuciosos sobre el suicidio en determinadas patologías, así como los factores implicados en la decisión y realización de la conducta suicida.

4. Aunque todo profesional sanitario tiene por objetivo conservar la vida del paciente y evitar su muerte, es necesario hacer programas específicos de prevención del suicidio que coordinen las diversas estructuras sanitarias (atención primaria, salud mental, etc.) y las estructuras sociales. El suicidio es un derecho de todo ser humano lúcido, pero los organismos sanitarios y sociales deberían incidir en disminuir el número de personas que cada año hace uso de ese derecho.

5. Con esta investigación hemos intentado hacer una fotografía del suicidio en la provincia de Segovia durante los años 1992-1994. Somos conscientes de que cualquier otra fotografía realizada en cualquier otro periodo debería ser distinta. Así, por ejemplo, en el tiempo de nuestra investigación no nos hemos encontrado con el fenómeno del suicidio por contagio. Sin embargo, durante 1996 en un pequeño pueblo de la provincia ocurrieron en un espacio de unos 5 meses tres sui-

Cuadro 5  
*Algunos estudios sobre suicidio consumado en España*

AUTORES	TASA	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	MEDIOS	MES
F. J. de las Heras (1984) Madrid	9,0/10 <sup>s</sup>	66,5 varones 33,5% mujeres	El grupo de mayor incidencia por encima de los 60 años	32,6% casados 17,3% solteros 8,8 viudos 0,5% sep./div. 17,0% no consta	Suspensión: 16,2% Defenestración: 48,9% Arma de fuego: 11,6% Envenenamiento: 16,6%	Más frecuente en enero, junio y julio
A. García Prieto (1983-87) Asturias	11,1/10 <sup>s</sup>	72,0% varones 28,0% mujeres	La mayor tasa corresponde al grupo de más de 55 años.		Suspensión: 61,0% Sumersión: 10% Arma: 14,0%	No hay diferencias estacionales significativas
J. Díaz Suárez (1975-86) Gijón	11,1/10 <sup>s</sup>	72,4% varones 27,6% mujeres	Edad media de 55,6 años	59,9% casados 26,0% solteros 23,1% vi/sep/div.	Suspensión: 38,0% Defenestración: 30,9% Arma de fuego: 8,9%	No hay diferencias significativas por trimestres
S. Porras Obeso (1978-85) Extremadura		74,2% varones 24,7% mujeres	El 61,% tiene más de 49 años	21,2% casados 17,6% solteros 7,4% viudos 52,8% no consta	Suspensión: 39,0% Sumersión: 34,9% Arma de fuego: 8,9%	Junio (12,7%) Enero (9,8%) Julio (9,5%)
INE (1990) (Suicidio y tratamiento del suicidio) España	6,1/10 <sup>s</sup>	71,4% varones 27,8% mujeres	El 56,0% por encima de 50 años	42,2% casados 31,8% solteros 14,3% viudos 3,6% sep/div.	Suspensión: 40,5% Defenestración: 20,0% Arma: 12,1% Envenenamiento: 9,0%	Marzo (9,8%) Mayo (9,8%) Abril (8,9%)
J. Aso Escario y cols. (1988-1991) Zaragoza	15,0/10 <sup>s</sup>	67,0% varones 33,0% mujeres	El 63,1% tiene más de 50 años		Suspensión: 18,6% Sumersión: 20,8% Defenestración: 33,7% Envenenamiento. 10,6%	Más suicidios de abril a julio y de octubre a septiembre
J. M. Rodao <i>et al.</i> (1992-1994) Segovia	9,3/10 <sup>s</sup>	68,3% varones 31,7% mujeres	El 56,1% tiene más de 50 años. Me = 66 años	48,8% casados 17,1% solteros 34,1% viudos	Suspensión: 39,0% Sumersión: 17,1% Defenestración: 14,6% Fármacos: 12,2%	No hay diferencias estacionales significativas

## ORIGINALES Y REVISIONES

Cuadro 6  
Algunos estudios sobre tentativas de suicidio en España

AUTORES	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	MEDIOS	TENTATIVAS ANTERIORES	DESENCADENANTE
Martínez García, J. J. (1988) Madrid	64,9% mujeres 31,1% varones	X=27 años	30,8% casados 58,9% solteros 3,4% viudos 6,9% sep/div.	Farmacos: 95,2%	17,8%	Conflicto pareja: 36,5% Conf. familiar: 34,9%
Villasana Caudillos, A. (1990) Vizcaya	65,0% mujeres 35,0% varones	X=25,3 años	34% casados 62,0% solteros 4,0% sep/vid.	Intoxicación medicamentosa: 87,0%	40%	Conf. amorosos Conf. familiares Conf. laborales
Montejo, M. L. (1989) Barcelona	68,0% mujeres 32,0% varones	63% por debajo de los 30 años	41,0% casados 53,0% solteros 4,0% sep/div. 2,0% viudos			Mujeres en fase premenstrual: 32,0% Hombres alcoholismo: 30,0% Conf. pareja: 20,0%
Zubia, C. (1991) Guipúzcoa	54,3% mujeres 45,7% varones	X=33 años 60% por debajo de los 35 años	35,8% casados 55,0% solteros 3,1% viudos 5,8% sep/div.	Intoxicación medicamentosa: 58,0%		
Gallego, J. y cols. (1990) Santiago de Compostela	62,0% mujeres 38,0% varones	Mujeres: X=25,5 años Hombres: X=29,5 años	32,0% casados 63,0% solteros 5,0% viu/sep/div.	Intoxicación medicamentosa: 75,9%		Conf. seres queridos: 50,6% Prob. salud psi. 33,7%
J. M. Rodao <i>et al.</i> (1992-1994) Segovia	60,8% mujeres 39,2% varones	Mujeres: X=33,4 años Hombres: X=34,7 años 78,5% menos de 46 años	39,2% casados 53,8% solteros 6,9% viu/sep.	Intoxicación medicamentosa: 72,3% Arma blanca: 13,1%	37,7%	Conf. pareja: 15,4% Conf. familiar: 33,8% Prob. salud psi: 15,4% Conf. amoroso: 15,4%

cidios de varones jóvenes en los cuales, por la información que tenemos, se podría incluir, entre otras, la variable de suicidio por contagio, por imitación, o considerarlo como un brote suicida (Gould, 1990). Dos de ellos habían estado en contacto con los servicios de salud mental de la zona.

6. Nuestra experiencia en el seguimiento de personas que han realizado tentativas con clara intencionalidad suicida y que han sobrevivido es que vuelven a encontrar gusto por la vida y nuevas razones para seguir viviendo, haciendo así válido el eslogan norteamericano que recogen en su libro Sarró y de la Cruz (1991): «El suicidio es una solución eterna para lo que a menudo no es más que

Tabla 1  
*El suicidio en Segovia. 1992-994*  
 $p < 0,01$  para la asociación entre las variables y autenticidad

	Autenticidad												Total		
	Suicidios consumados			Suicida			Manipulativa			Mixta			N	%	Edad med.
	Edad			Edad			Edad			Edad					
	N	%	Edad med.	N	%	Edad med.	N	%	Edad med.	N	%	Edad med.			
<i>Edad</i>															
< 18				4	8,7%	15	14	21,5%	16	1	5,3%	14	19	11,1%	16
18-25	5	12,2%	22	5	10,9%	23	21	32,3%	21	4	21,1%	21	35	20,5%	22
26-45	10	24,4%	36	24	52,2%	33	20	30,8%	33	9	47,4%	32	63	36,8%	33
46-64	5	12,2%	52	8	17,4%	57	6	9,2%	53	4	21,1%	57	23	13,5%	55
> 64	21	52,2%	76	5	10,9%	74	4	6,2%	72	1	5,3%	71	31	18,1%	75
Total	41	100%	57	46	100%	39	65	100%	30	19	100%	36	171	100%	39
<i>Sexo</i>															
Varón	28	68,3%	55	28	60,9%	37	19	29,2%	32	4	21,1%	31	79	46,2%	42
Mujer	13	31,7%	60	18	39,1%	43	46	70,8%	29	15	78,9%	37	92	53,8%	37
Total	41	100%	57	46	100%	39	65	100%	30	19	100%	36	171	100%	39
<i>Habitat</i>															
Urbano	10	25,6%	50	22	50,0%	38	39	61,9%	29	12	66,7%	36	83	50,6%	35
Rural	29	74,4%	58	22	50,0%	41	24	38,1%	31	6	33,3%	38	81	49,4%	44
Total	39	100%	55	44	100%	39	63	100%	30	18	100%	36	164	100%	39
<i>Estado civil</i>															
Soltero	20	48,8%	39	25	54,3%	30	37	56,9%	21	8	42,1%	22	90	52,6%	28
Casado	7	17,1%	65	19	41,3%	48	24	36,9%	40	8	42,1%	43	58	33,9%	46
Viudo	14	34,1%	78	2	4,3%	73	1	1,5%	71	1	5,3%	71	18	10,5%	76
Separado							3	4,6%	36	2	10,5%	46	5	2,9%	40
Total	41	100%	57	46	100%	39	65	100%	30	19	100%	36	171	100%	39
<i>Tipo de convivencia</i>															
Con fam. nuclear	23	60,5%	53	41	89,1%	38	58	89,2%	30	17	89,5%	34	139	82,7%	37
Con fam. de origen	5	13,2%	66	3	6,5%	51	5	7,7%	36	1	5,3%	71	14	8,3%	52
Institución	4	10,5%	57				1	1,5%	15				5	3,0%	48
Solo en su domicil.	6	15,8%	56	2	4,3%	42	1	1,5%	22	1	5,3%	26	10	6,0%	47
Total	58	100%	56	46	100%	39	65	100%	30	19	100%	36	168	100%	39

## ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 2  
*El suicidio en Segovia. 1992-994*  
 p < 0,01 para la asociación entre las variables y autenticidad

	Autenticidad											Total			
	Suicidios consumados			Suicida			Manipulativa			Mixta			N	%	Edad med.
	Edad			Edad			Edad			Edad					
N	%	Edad med.	N	%	Edad med.	N	%	Edad med.	N	%	Edad med.				
<i>Profesión</i>															
Empres/profesi.	1	2,7%	62				4	6,5%	43				5	3,1%	47
Estudiantes				5	11,6%	17	16	25,8%	17	2	11,8%	17	23	14,5%	17
Agropecuarios	15	40,5%	66	7	16,3%	45	1	1,6%	26				23	14,5%	58
Enseñanza	4	10,8%	41	3	7,0%	35				2	11,8%	41	9	5,7%	39
Servicios				4	9,3%	41	11	17,7%	25	5	29,4%	29	20	12,6%	29
Oficios indust.	8	21,6%	45	4	9,3%	41	4	6,5%	52	2	11,8%	23	18	11,3%	43
Sus labores	8	21,6%	72	8	18,6%	57	17	27,4%	38	4	23,5%	50	37	23,3%	51
Oficinistas				4	9,3%	34	2	3,2%	23	2	11,8%	35	8	5,0%	31
Ninguna	1	2,7%	24	8	18,6%	35	7	11,3%	22				16	10,1%	29
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>	<b>59</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>	<b>40</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>29</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>	<b>34</b>	<b>159</b>	<b>100%</b>	<b>39</b>
<i>Situación laboral</i>															
Trabajando	10	26,3%	36	10	21,7%	33	18	27,7%	28	10	52,6%	33	48	28,6%	32
En paro				15	32,6%	31	11	16,9%	27	2	10,5%	23	28	16,7%	29
Estudiando				4	8,7%	17	16	24,6%	17	2	10,5%	17	22	13,1%	17
Jubil. anticip.	4	10,5%	38	3	6,5%	49	1	1,5%	30				8	4,8%	41
Jubilado	20	52,6%	73	4	8,7%	64	2	3,1%	76	1	5,3%	71	27	16,1%	72
Ama de casa	3	7,9%	61	8	17,4%	57	16	24,6%	39	4	21,1%	50	31	18,5%	47
Baja laboral	1	2,6%	24	2	4,3%	43							3	1,8%	36
Cierre empresarial							1	1,5%	57				1	0,6%	57
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>57</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>	<b>39</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>	<b>30</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>36</b>	<b>168</b>	<b>100%</b>	<b>39</b>

un problema temporal». En la práctica clínica asistimos a métodos excesivamente brutales con que los pacientes ponen fin a su vida y nos preguntamos si no sería más ético y humano que las personas tuvieran más información sobre formas «más dulces» de poner fin a sus vidas. Pero esto es entrar en otros temas más espinosos, como el suicidio asistido o la eutanasia, que se salen claramente del marco de esta pequeña investigación epidemiológica.

7. Una política preventiva del suicidio en la provincia de Segovia habrá de considerar la situación de soledad en la que viven algunos de nuestros mayores y que en nuestro estudio se revela como un factor estresante que promueve idea suicidas.

Tabla 3  
*El suicidio en Segovia. 1992-994*  
 $p < 0,01$  para la asociación entre las variables y autenticidad

	Autenticidad												Total		
	Suicidios consumados			Suicida			Manipulativa			Mixta			N	%	Edad med.
	Edad			Edad			Edad			Edad					
	N	%	Edad med.	N	%	Edad med.	N	%	Edad med.	N	%	Edad med.			
<i>Método utilizado</i>															
Fármacos	5	12,2%	55	25	54,3%	36	56	86,2%	30	13	68,4%	36	99	57,9%	34
Ahorcamiento	16	39,0%	53	6	13,0%	40	2		21				24	14,0%	47
Defenestración	6	14,6%	68	5	10,9%	36	1	1,5%	19	3	15,8%	45	15	8,8%	49
Arma blanca	1	2,4%	46	9	19,6%	51	5	7,7%	31	3	15,8%	28	18	10,5%	41
Arma de fuego	4	9,8%	60										4	2,3%	60
Envenenamiento				1	2,2%	33							1	0,6%	33
Sumersión	7	17,1%	64										7	4,1%	64
Otros	2	4,9%	34				1	1,5%	28				3	1,8%	32
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>	<b>57</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>	<b>39</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>	<b>30</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>36</b>	<b>171</b>	<b>100%</b>	<b>39</b>
<i>Factor desencad.</i>															
C. pareja				5	10,9%	39	12	18,5%	38	3	15,8%	38	20	11,7%	38
C. familiares	7	17,1	54	13	28,3%	36	24	36,9%	29	7	36,8%	36	51	29,8%	35
C. amorosos	4	9,8%	37	3	6,5%	24	15	23,1%	23	2	10,5%	27	24	14,0%	26
C. laborales	1	2,4%	46				1	1,5%	43				2	1,2%	45
C. económicos	1	2,4%	66	2	4,3%	41	2	3,1%	40	1	5,3	43	6	3,5%	45
Pr. salud psíquica	13	31,7%	63	17	37,0%	42	1	1,5%	54	2	10,5%	47	33	19,3%	51
Pr. salud física	7	17,1%	68	4	8,7%	52	1	1,5%	26				12	7,0%	59
Desconocido	1	2,4%	33	1	2,2%	34	3	4,6%	27	1	5,3%	33	6	3,5%	30
Otros	7	17,1%	50	1	2,2%	19	6	9,2%	26	3	15,8%	30	17	9,9%	36
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>	<b>57</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>	<b>39</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>	<b>30</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>36</b>	<b>171</b>	<b>100%</b>	<b>39</b>
<i>Previa situación estrés</i>															
Otros	1	2,4%	23	3	6,5%	22	2	3,1%	21				6	3,5%	22
Ninguno	1	2,4%	50	5	10,9%	36	19	29,2%	29	2	10,5%	30	27	15,8%	31
C. pareja				1	2,2%	38	2	3,1%	32	1	5,3%	38	4	2,3%	35
Conf. familiares	3	7,3%	64	6	13,0%	39	11	16,9%	26	2	10,5%	42	22	12,9%	36
C. amorosos	1	2,4%	24	1	2,2%	28	1	1,5%	20	2	10,5%	27	5	2,9%	25
C. laborales	2	4,9%	40				1	1,5%	43	1	5,3%	31	4	2,3%	38
C. económicos				6	13,0%	39	3	4,6%	38	2	10,5%	23	11	6,4%	35
Pr. salud psíquica	13	31,7	46	6	13,0%	34	7	10,8%	22	4	21,1%	50	30	17,5%	39
Pr. salud física	4	9,8%	59	3	6,5%	46	1	1,5%	35				8	4,7%	51
Desconocido	5	12,2%	56	15	32,6%	46	15	23,1%	29	5	26,3%	34	40	23,4%	39
Soledad	11	26,8%	77				3	4,6%	59				14	8,2%	73
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>	<b>57</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>	<b>39</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>	<b>30</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>36</b>	<b>171</b>	<b>100%</b>	<b>39</b>

## ORIGINALES Y REVISIONES

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL, *Plan sectorial de prevención y atención de las conductas suicidas*, Valladolid, 1994.
- (2) *Diario médico*, 28, 2, 1996.
- (3) FINZEN, A., *Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Leitlinien für den therapeutischen Alltag*, Bonn, Psychiatrie, 1989.
- (4) GOULD, M. S.; WALLENSTEIN, S.; KLEINMAN, M., «Time-space clustering of teenage suicide», *American Journal of Epidemiology*, 1990, 131, pp. 78-78.
- (5) GUTIÉRREZ, J. M., «Análisis breve del estudio oficial del suicidio en el Estado Español», *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1995, 22, 1, pp. 25-28.
- (6) HAFNER, H.; SCHMIDTKE, A., «Suizid und Suizidversuche. Epidemiologie und Aetiologie», *Nervenheilkunde*, 1987, 6, pp. 49-63.
- (7) HANDEL, K., «Suizid am Steuer», *Lebensversicherungsmedizin*, 1982, 34, pp. 153-154.
- (8) KENNEDY, P. F.; KREITMAN, N., «An epidemiological survey of parasuicide ('attempted suicide') in general practice», *British Journal of Psychiatry*, 1973, 123, pp. 23-24.
- (9) KREITMAN, N., «Die Epidemiologie von Suizid und Parasuizid», *Nervenarzt*, 1980, 51, pp. 131-138.
- (10) POKORNY, A. D.; SMITH, J. D.; FINCH, J. R., «Vehicular suicides», *Suicide and Lifethreatening Behavior*, 1972, 2, pp. 105-199.
- (11) RODRÍGUEZ PULIDO, F., y otros, «Suicidio y enfermedad mental», en RODRÍGUEZ PULIDO, F., y otros, *Psiquiatría legal y forense*, Colex, 1994, vol. II.
- (12) SARRÓ, B.; CRUZ, C. de la, *Los suicidios*, Barcelona, Martínez Roca, 1991.
- (13) SCHMIDTKE, A., «Entwicklung der Suizid und Suizidversuchshäufigkeit in der Bundesrepublik Deutschland 1970-1988», *Suizidprophylaxe*, 1989, 16, pp. 271-280.
- (14) SCHMIDTKE, A., «Suizid und Suizidversuche: Probleme der zuverlässigen Erfassung», *Psyc. Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie für Klinik und Praxis*, 1991, 17, pp. 234-247.
- (15) STENGEL, E., *Suicide and attempted suicide*, Londres, Penguin, 1964.
- (16) WEISMAN, A. D.; KASTENBAUM, R., *The psychological autopsy*, Nueva York, Behavioral Publications, 1968.

\* J. M. Rodao García, Psiquiatra, Hospital General de Segovia; J. A. García Marcos, Psicólogo, Hospital General de Segovia; P. de Francisco Beltrán, Sociólogo, Centro de Salud Mental Antonio Machado de Segovia; J. A. Menéndez Lucas, Médico Forense, Audiencia Provincial de Segovia.

*Correspondencia:* J. M. Rodao, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, Hospital Policlínico, C/ San Agustín, 13, 40001 Segovia.

\*\* Fecha de recepción: 17-XII-1996.