

TABLA 20-1 Número de suicidios y coeficiente por 100.000 habitantes en España. Decenio 1990-1999

Año	N.º de suicidios	Coficiente por 100.000 habitantes
1990	2.893	5,09
1991	3.326	5,96
1992	3.021	5,38
1993	3.089	5,54
1994	2.982	5,31
1995	3.490	6,59
1996	3.502	6,61
1997	3.500	6,61
1998	3.310	6,25
1999	3.131	5,92

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. www.ine.es

nos reformistas están situados en un puesto intermedio (índices entre 10 y 15). En Estados Unidos el índice se sitúa en 12,5/100.000 habitantes, lo que da una cifra de 30.000 muertes por suicidio al año. Hay países que tradicionalmente tienen índices mucho más altos como Rusia (38), Lituania (43), Hungría (35) y Austria (19) (datos de la OMS, 1995).

El suicidio está situado entre la décima y veintava causa de muerte. Nos referimos a un dato medio, pues, como veremos más adelante, en el adolescente está situado entre la segunda y tercera causa de muerte y, en cambio, en el anciano se sitúa por encima de la número 25.

El índice anual de suicidios en España oscila según los años alrededor de 6 por cada 100.000 habitantes. Según datos del Instituto Anatómico Forense, la evolución de los suicidios en Barcelona tiende a disminuir, especialmente en las mujeres, en relación a la década anterior (tablas 20-1 y 20-2).

Como podemos apreciar en la figura 20-1, el índice de suicidios por 100.000 habitantes es un punto y medio inferior en las capitales de provincia si lo comparamos con el índice global de todo el Estado español, lo cual es indicativo de que en las zonas rurales el suicidio está más arraigado.

Se estima que la relación entre suicidio/intento está situada entre 1/10 y 1/30, según países y épocas.

En un trabajo realizado en 1975 (Costa y cols., 1977), donde se recogían la mayor parte de intentos de suicidio atendidos en los servicios de urgencia de los cinco grandes hospitales de Barcelona y su periferia, se registraron un total de 638 intentos en 6 meses. Con estos resultados y efectuando una interpolación de datos, se hacía una estimación aproximada de 2.500 intentos al año en aquella época.

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA DINÁMICA DEL SUICIDIO

Entendemos por *suicidalidad* la suma de todas las energías y funciones psíquicas que tienden al acto suicida (Poldinger, 1968).

El proceso suicida se va gestando poco a poco y pasa por tres fases bien definidas. En una *primera fase* el individuo se plantea la posibilidad de quitarse la vida como solución frente a unos determinados problemas, reales o aparentes. Se podría llamar fase de *ideación suicida*. Una vez planteada la posibilidad, se pasa a la *segunda fase* o período de *ambivalencia*, en que aparecen las dudas y se enfrenta el instinto de vida a las tendencias autodestructivas. Este período es importante para la prevención, pues muchas veces el sujeto expresa de una u otra manera su intención de suicidarse (Robin y cols., 1959; Murphy, 1975). La fase de ambivalencia puede ser breve; se trataría de una reacción en cortocircuito, un suicidio poco meditado y muy impulsivo. Es característico de personalidades infantiles, inmaduras, explosivas o en estado de intoxicación por sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína, estimulantes sintéticos). Por el contrario, en las depresiones melancólicas, esta fase acostumbra ser bastante lenta, a veces de una duración de varios meses. En el estudio de Murphy (1975), de 49 suicidios estudiados, el 71 % de los sujetos habían consultado a un médico en los 6 meses anteriores a su muerte. En la *tercera fase* el individuo ya ha tomado la *decisión* de suicidarse. En este momento el sujeto presenta una cierta tranquilidad, pues sus dudas se han disipado; podríamos decir que es la calma que precede a la tormenta. Hay que prestar atención a los indicios o actos preparatorios de cómo llevar a cabo técnicamente el suicidio (fig. 20-2).

Una vez tomada la decisión, se pasa al acto. Es entonces cuando se escoge el *método* que se utilizará para llevar a cabo el acto suicida. Es evidente que la elección de un método u otro nos va a dar una información, muchas veces valiosa,

TABLA 20-2 Evolución de los suicidios consumados en la ciudad de Barcelona

Año	Total de suicidios	Varones (%)	Mujeres (%)
1983	180	60,0	40,0
1987	166	69,1	30,9
1992	142	70,4	29,6

Datos del Instituto Anatómico Forense de Barcelona.

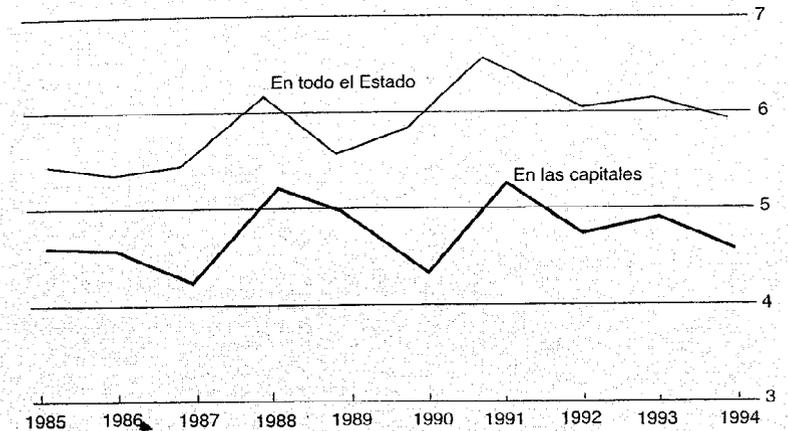


FIG. 20-1

Comparación del índice de suicidios por 100.000 habitantes de las capitales de provincia con el total del Estado. Decenio 1985-1994. (De Instituto Nacional de Estadística [INE], 1995.)

cuando estemos atendiendo a una persona que acaba de efectuar una tentativa. Hay que señalar que no hay demasiada correlación entre la gravedad médica y la gravedad psicológica en muchos de los intentos de suicidio.

Podemos considerar dos tipos de métodos utilizados: *a)* violentos, y *b)* no violentos. Generalmente, el hecho de que un individuo escoja un método violento y, además, de una gran seguridad letal, como puede ser la precipitación desde un lugar elevado, es indicativo de que hay una finalidad real de morir, independientemente del resultado.

Los métodos más frecuentemente utilizados son los siguientes:

Métodos traumáticos: armas de fuego, arma blanca, precipitaciones, aplastamiento, procedimientos químicos, ingestión de causticos y quemaduras.

Métodos por asfixia: suspensión, sofocación, sumersión, inhalación de vapores tóxicos y electrocución.

Métodos tóxicos: venenos y fármacos en general, aunque tienen una especial relevancia los psicofármacos.

Además del método utilizado, es importante analizar el *escenario* donde se ha cometido el intento. En algunas ocasiones es casi imposible que el suicida sea descubierto, al menos en un tiempo prudencial, lo cual evita cualquier posible

ayuda. Otras veces, el intento se efectúa a sabiendas de que las personas que están cercanas se van a enterar y, por lo tanto, estarán obligadas a intervenir. Es evidente que, en este último caso, lo que realmente se busca no es la muerte, sino exponer a los demás la necesidad de ayuda o de cambio de una situación, hasta el momento, insostenible según opinión del afectado. En este caso, el intento de suicidio no sería la expresión de un deseo de morir, sino un deseo de cambio y de una nueva forma de vida.

Desde esta perspectiva, Farberow (1969) señala tres grupos:

1. Los que desean realmente morir.
2. Los que dejan al azar la supervivencia.
3. Los que desean ser salvados.

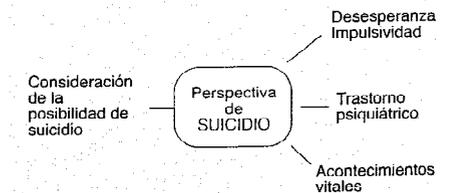


FIG. 20-2

Aspectos implicados en la perspectiva de suicidio.